

EVALUASI PENERAPAN *BALANCED SCORECARD* PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG

Sherlita Nurosidah
Dr. Bambang Purnomosidhi, SE. MBA. Ak.
Universitas Brawijaya, Jl. MT. Haryono 165, Malang
Email: nsherlita@gmail.com

ABSTRACT

The purposes of this research were to know the compliance of balanced scorecard implementation in RSSA Malang with the standard from Griffith *et. al.*, (2002), to know the supporting and inhibiting factors of balanced scorecard implementation in RSSA Malang, and to describe the recommendations for balanced scorecard implementation's problems. Balanced scorecard implementation in RSSA Malang as of 9 indicators used, 5 of them were in compliance with the standard from Griffith *et. al.*, (2002). Indicators which in compliance with the standard were asset turnover, mortality index, occupancy, change in occupancy, and outpatient activity, in adverse 4 indicators which were not in compliance with the standard from Griffith *et. al.* (2002) were cash flow margin, complications index, cost per case, and length of stay.

Keywords: Evaluation, Balanced Scorecard, implementation, RSSA Malang.

PENDAHULUAN

Kinerja organisasi menurut Helfert (1996, h. 67) adalah hasil dari banyak keputusan individual yang dibuat secara terus menerus oleh manajemen. Penilaian kinerja digunakan untuk mengetahui kesuksesan dari organisasi. Penilaian kinerja merupakan suatu hal yang penting untuk mengukur kesuksesan organisasi, baik di sektor privat, publik, maupun nirlaba (Niven, 2005). Menurut Bititcti *et al.* (2000) terdapat beberapa karakteristik untuk sistem penilaian kinerja yang baik, yakni sensitif terhadap perubahan lingkungan internal dan eksternal, mampu menilai dan memprioritaskan kembali tujuan organisasi ketika terdapat perubahan signifikan di lingkungan bisnis, membawa pengaruh baik pada tujuan organisasi, dan memelihara

keuntungan yang telah didapatkan.

Karakter organisasi mengalami perubahan, yaitu pada pemisahan antara kepemilikan organisasi dan manajemen organisasi pada pertengahan abad dua puluh sehingga kriteria keuangan mendominasi penilaian kinerja pada kerangka akuntansi (Bruns, 1998). Namun, sistem penilaian kinerja dengan menggunakan sistem akuntansi tersebut dianggap sudah tidak mampu lagi menggambarkan kondisi kinerja yang relevan dengan lingkungan saat ini (Chen, 2008; Johnson dan Kaplan, 1987) karena penilaian kinerja keuangan yang bersifat historis (Dixon *et al.*, 1990) memberikan sedikit indikasi terhadap kinerja masa yang akan datang, mendorong untuk fokus pada jangka pendek (Hayes dan Abernathy, 1980; Neely *et al.*, 1995), lebih fokus pada

internal daripada eksternal, kurang mempertimbangkan kompetitor atau pelanggan (Kaplan dan Norton, 1992; Neely *et al.*, 1995), dan kurangnya fokus strategis, dan seringkali menghalangi inovasi (Richardson dan Gordon, 1980). Informasi yang dihasilkan oleh sistem berdasarkan biaya pada penilaian kinerja keuangan tradisional, tidak mendukung efektivitas manajemen di pasar yang dinamis dan kompetitif sehingga banyak organisasi menginvestasikan usaha dan sumber daya yang besar dalam merancang dan mengimplementasikan sistem penilaian kinerja baru, yaitu *balanced scorecard*.

Balanced scorecard bertujuan untuk mengukur kinerja dengan ukuran keuangan dan non keuangan. Ukuran keuangan digunakan untuk mengetahui hasil tindakan organisasi di masa lalu, sedangkan ukuran non keuangan, seperti pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan akan menentukan kinerja organisasi di masa mendatang.

Balanced scorecard merupakan sebuah alat inovatif dalam akuntansi manajemen (Vesty, 2004) yang digunakan untuk menerjemahkan visi ke dalam sasaran-sasaran strategis. *Balanced scorecard* dalam implementasinya juga merupakan sebuah sistem manajemen terintegrasi yang terdiri dari tiga komponen, yakni: *strategic management system, communication tool, and measurement system* (Niven, 2002). Dalam sejarahnya, pengenalan *balanced scorecard* pertama kali didorong oleh kesadaran bahwa ukuran kinerja keuangan yang digunakan selama ini untuk mengukur kinerja organisasi

yang tidak lagi memadai. *Balanced scorecard* mencakup empat perspektif, yaitu: keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, serta pembelajaran dan pertumbuhan. Organisasi terpacu untuk memperhatikan dan melaksanakan usaha yang menjadi faktor pemacu sesungguhnya (*the real drivers*) untuk mewujudkan kinerja keuangan. Dalam perkembangannya *balanced scorecard* tidak lagi hanya berfungsi sebagai alat pengukur kinerja, tetapi juga berkembang menjadi inti sistem manajemen strategis.

Menurut hasil penelitian terdahulu yang dilakukan oleh Baker dan Pink (1995, dalam Zelman *et al.*, 2003), teori dan konsep dari *balanced scorecard* cocok diterapkan di rumah sakit. *Balanced scorecard* memberikan kerangka yang dibutuhkan untuk menilai kinerja pada lingkungan medis yang kompleks dan cepat berubah (Gumbus *et al.*, 2005). Kemudian didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Gao dan Gurd (2008), *balanced scorecard* yang digunakan di rumah sakit memiliki empat sampai lima perspektif dengan tiga belas sampai tiga puluh tujuh indikator. Penerapan *Balanced scorecard di rumah sakit* digunakan sebagai alat manajemen strategik.

RSSA Malang adalah sebuah rumah sakit di Kota Malang yang mengukur kinerjanya dengan menggunakan *balanced scorecard* karena sesuai dengan Keputusan Gubernur Provinsi Jawa Timur No. 188/439/KPTS/013/2008 tanggal 30 Desember 2008 yang menetapkan RSSA Malang sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD). Hal tersebut memberikan tantangan bagi manajemen rumah sakit untuk

terus melakukan beberapa inovasi. Dengan tujuan untuk memajukan dan meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, melalui pelayanan kesehatan yang ditawarkan serta menciptakan lingkungan kerja yang sehat, terstruktur dengan rapi. Dengan menjadi BLUD, RSSA Malang pun diberikan kewenangan untuk mengelola pendapatan yang diperoleh secara langsung serta merencanakan, mengelola, dan mengendalikan semua urusan internal rumah sakit secara lebih fleksibel. Landasan RSSA menjadi BLUD mengikuti Peraturan Menteri Dalam Negeri (Permendagri) No. 61/2007 Pasal 127 ayat 1 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) menyebutkan bahwa evaluasi dan penilaian kinerja BLUD dilakukan setiap tahun oleh kepala daerah dan/atau dewan pengawas terhadap aspek keuangan dan non keuangan, yang diukur berdasarkan perspektif pelanggan, proses internal pelayanan, pembelajaran, dan pertumbuhan (Permendagri 61/2007, Pasal 129). Dengan adanya peraturan tersebut mengharuskan RSSA Malang menggunakan *balanced scorecard* untuk mengukur kinerja organisasi. Kinerja RSSA Malang secara keseluruhan menunjukkan *trend* yang baik meskipun masih terdapat masalah, seperti masih terkendalanya efektivitas, efisiensi, dan fleksibilitas (Trianasari dan Idrus, 2013).

Kaplan dan Norton (1996) menyebutkan bahwa untuk menjadikan *balanced scorecard* sebagai bagian dari proses rutin manajemen dibutuhkan waktu 26 bulan atau setara dengan 2,16 tahun. RSSA Malang telah menerapkan *balanced scorecard* selama 5 tahun

sejak tahun 2009 hingga 2014 namun terdapat indikasi belum maksimalnya penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang, seperti perspektif pelanggan dan proses bisnis internal. Dalam kerangka *balanced scorecard*, kepuasan pelanggan menunjukkan kinerja perspektif pelanggan (Tarigan *et. al.*, 2012). Upaya untuk meningkatkan pelayanan publik dan kepuasan pelanggan di rumah sakit adalah dengan menggunakan Indeks Kepuasan Masyarakat (Duhita, 2011). Menurut data Laporan Penyelenggaraan Pemerintah Daerah (LPPD) RSSA Malang Tahun 2013, kepuasan pelanggan yang digambarkan dengan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) tahun 2011 hingga 2013 berada pada interval mutu pelayanan B (Baik). Masalah yang dihadapi RSSA Malang yakni kurang puasnya pasien atau keluarga pasien terhadap informasi perincian biaya, pelayanan, pengurusan administrasi pindah ruangan, prosedur pelayanan dan kenyamanan lingkungan. Hal tersebut menunjukkan bahwa masih diperlukannya perbaikan kinerja pelayanan kepada pasien untuk meningkatkan kepuasan masyarakat.

Menurut Chandra (2011, h. 28), sub sistem dan komponen dari sistem pengendalian manajemen seharusnya dirancang untuk membantu program *balanced scorecard* mencapai kepuasan pelanggan. Pemberian komitmen pada kualitas pelayanan secara konsisten dapat menjadi sebuah keunggulan kompetitif sehingga memudahkan untuk membina loyalitas pelanggan dan hubungan pelanggan dengan sukses (Lovelock 2002 dalam Christina, 2006). Alrubaiee dan Alkaa'ida (2011) mengemukakan bahwa kepuasan pasien berpengaruh positif

pada persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan dan kepercayaan pasien. Kepuasan masyarakat yang kurang mengakibatkan turunnya kepercayaan pasien dan negatifnya persepsi pasien terhadap kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. *VHA Customer Satisfaction Report* Tahun 2013 melaporkan bahwa index kepuasan pelanggan di rumah sakit mempengaruhi loyalitas pelanggan. Kepuasan pelanggan adalah salah satu determinan kesuksesan dari sebuah organisasi karena pelanggan akan lebih tertarik untuk bertransaksi dengan rumah sakit yang memberikan kepuasan dibandingkan dengan rumah sakit yang tidak memberikan kepuasan. Dengan masih kurangnya kepuasan pelanggan tersebut mengindikasikan bahwa *balanced scorecard* belum diterapkan dengan maksimal, terlebih pada perspektif pelanggan.

Gao dan Gurd (2008) mengemukakan salah satu ukuran yang digunakan dalam perspektif proses bisnis internal adalah kualifikasi pemberi pelayanan atau staff. Masalah yang dihadapi RSSA Malang yakni masih ada perawat dengan pendidikan SPK, dan sebagian besar usia para perawat tersebut tidak memenuhi persyaratan tugas belajar atau ijin belajar. Sistem pengendalian manajemen efektif ditunjukkan dengan pemberian dukungan yang dibutuhkan karyawan oleh organisasi sehingga dapat mencapai tujuan yang diharapkan (Chandra, 2011, h. 6). Dengan tidak tercapainya indikator pemberi pelayanan mengindikasikan bahwa penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang belum maksimal terlebih pada perspektif proses bisnis internal karena belum terintegrasinya

balanced scorecard dengan pelaksanaan (*execution*) sebagai bagian dari sistem pengendalian manajemen. *Balanced scorecard* sebagai bagian dari sistem pengendalian manajemen seharusnya dapat digunakan untuk mengintegrasikan penerapan *balanced scorecard* dengan pelaksanaan (*execution*) sehingga dapat meningkatkan kinerja organisasi. Tidak maksimalnya penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang mengakibatkan tujuan sistem pengendalian manajemen untuk mencapai tujuan organisasi menjadi terganggu.

Perlunya evaluasi penerapan *balanced scorecard* pada RSSA Malang, maka penelitian ini fokus pada *balanced scorecard* yang diterapkan RSSA Malang Tahun 2014. Maka dapat dirumuskan masalah yang menjadi pokok bahasan penelitian ini adalah: 1) Bagaimanakah kesesuaian penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang terhadap standar *balanced scorecard* menurut penelitian Griffith *et., al.* (2002), 2) Jika terjadi ketidaksesuaian, apa sajakah faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang, dan 3) Bagaimanakah rekomendasi penyelesaian kendala penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang menurut analisis yang telah dilakukan oleh peneliti.

Berdasarkan rumusan masalah, maka tujuan dari penelitian ini adalah 1) mengetahui kesesuaian penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr.

Saiful Anwar Malang terhadap standar *balanced scorecard* menurut penelitian Griffith *et. al.* (2002), 2) mengetahui faktor pendukung dan penghambat dalam penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang apabila terjadi ketidaksesuaian, dan 3) mendeskripsikan rekomendasi penyelesaian kendala penerapan *balanced scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang menurut analisis yang telah dilakukan oleh peneliti.

TINJAUAN PUSTAKA

Balanced Scorecard

Menurut Mulyadi (2001, h. 1), *balanced scorecard* berasal dari kata *scorecard* (kartu skor) dan *balanced* (berimbang). Kartu Skor merupakan kartu yang digunakan untuk mencatat skor kinerja seseorang, sedangkan berimbang menunjukkan kinerja yang diukur dari dua aspek, yakni: keuangan dan non keuangan, jangka pendek dan jangka panjang, serta pendekatan intern dan ekstern. *Balanced Scorecard* merupakan sebuah metode yang digunakan untuk menerjemahkan peta strategis ke dalam tujuan yang *actionable* dan terukur yang siap untuk diterapkan pada semua level organisasi (Nair, 2004).

Balanced Scorecard memberikan kesempatan bagi manajer untuk melihat bisnis dari empat perspektif penting, yakni: keuangan, pelanggan, proses bisnis internal, serta proses pembelajaran dan pertumbuhan (Kaplan dan Norton, 1992).

1. Perspektif Keuangan

Kaplan dan Norton (1992) mengaitkan perspektif keuangan sebagai *how do we look to*

shareholders. Perspektif keuangan merepresentasikan tujuan jangka panjang dari organisasi. Sebagaimana dijelaskan oleh Kaplan dan Norton (1996a, dalam Mooraj *et al.*, 1999) roda kehidupan produk atau jasa tersebut terdiri dari *rapid growth*, *sustain*, dan *harvest*. Perspektif keuangan dalam tahap *growth* didasarkan pada jumlah penjualan, hubungan pelanggan yang ada dan baru, dan pengembangan proses. Dalam tahap *sustain*, akan direpresentasikan oleh *return on investment* (ROI), seperti *return on capital employed*, *discounted cash flow*, dan mungkin *economic value added* (EVA). Sebaliknya, dalam tahap *harvest* didasarkan pada analisis arus kas dengan ukuran seperti periode pengembalian dan jumlah pendapatan.

2. Perspektif Pelanggan

Dalam perspektif ini, organisasi akan memandang *how do customers see us* berhubungan dengan empat kategori, yakni: 1) waktu, 2) kualitas, 3) kinerja dan pelayanan, serta 4) biaya. Organisasi melakukan identifikasi pelanggan dan segmen pasar yang akan dimasuki kemudian memilih dua kelompok ukuran untuk perspektif pelanggan. Pertama, meliputi: 1) pangsa pasar, 2) akuisisi pelanggan, 3) kepuasan pelanggan, dan 4) profitabilitas pelanggan. Kedua, faktor pendorong kinerja – pembeda (*differentiator*) – hasil pelanggan.

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

Pada perspektif ini, memberikan gambaran bagi organisasi tentang hal yang harus dilakukan secara internal untuk dapat memenuhi ekspektasi pelanggan secara produktif dan efisien. Menurut Kaplan dan Norton (1996), proses internal dapat dikategorisasikan sebagai berikut: (i)

manajemen operasi, yang dapat meningkatkan utilisasi asset dan manajemen rantai pasokan; (ii) manajemen pelanggan, yang memastikan proses dari peningkatan nilai pelanggan dan meliputi seleksi, akuisisi, retensi, dan pertumbuhan; dan (iii) proses inovasi, yang menunjukkan proses pengadaan produk dan jasa baru.

4. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

Perspektif ini fokus pada keahlian dan kemampuan yang dihubungkan dengan tujuan strategik organisasi. Kaplan dan Norton (1992) menyarankan bahwa pembelajaran dan pertumbuhan meliputi tiga sumber daya, yakni sumber daya manusia, sumber daya sistem informasi, dan sumber daya organisasi.

Balanced Scorecard untuk Sektor Pemerintah dan Nirlaba

Pada awalnya, penerapan *Balanced Scorecard* dilakukan pada sektor privat (*for profit organization*), kemudian mulai dikembangkan pada sektor publik mencakup organisasi pemerintah dan nirlaba. Kesuksesan dalam penerapan *Balanced Scorecard* pada sektor pemerintah dan nirlaba tidak dilihat semata-mata dari keberhasilan pencapaian finansial namun lebih ditekankan kepada pencapaian misi yang dimiliki oleh organisasi tersebut (Niven, 2002, h. 293). Terdapat perbedaan yang jelas dalam penggunaan *Balanced Scorecard* dalam sektor swasta dan pemerintah. Peletakan misi dalam organisasi pemerintah digunakan sebagai kerangka untuk dapat mencapai kepuasan *customer* bukan *financial stakeholders*. Pencapaian misi difokuskan terhadap *customer* dan

cara terbaik dalam melayani kebutuhan mereka. Sebaliknya, dalam organisasi swasta, perusahaan diwajibkan untuk dapat mempertanggungjawabkan kepada pemegang saham (*shareholders*) sehingga organisasi memantau kinerja perusahaan dari perspektif finansial pada *Balanced Scorecard*.

Rumah Sakit Dr. Saiful Anwar (RSSA) Malang

RSSA Malang pada mulanya bernama Rumah Sakit Celaket pada yang berdiri pada tahun 1930-an. RSSA Malang pada tahun 2007 kemudian ditetapkan sebagai Rumah Sakit Kelas A berdasar Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 673/Menkes/SK/VI/2007. RSSA Malang sesuai dengan Keputusan Gubernur Provinsi Jawa Timur No. 188/439/KPTS/013/2008 ditetapkan sebagai Badan Layanan Umum Daerah yang berlaku mulai 30 Desember 2008 sampai saat ini.

RSSA Malang mempunyai tugas pokok, yakni untuk melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan, pencegahan, dan penyelenggaraan upaya rujukan serta penyelenggaraan pendidikan, pelatihan, penelitian bagi calon dokter umum, spesialis, tenaga paramedis, dan tenaga kesehatan lainnya serta pengembangan di bidang kesehatan (LPPD, 2013).

Balanced Scorecard pertama kali diterapkan pada tahun 2009. Sejak diterapkan pertama kali, *Balanced Scorecard* telah mengalami beberapa kali perubahan. Awalnya, *Balanced Scorecard* di RSSA Malang hanya diterapkan sampai pada tingkat

eselon dua, atau setara kepala bagian hingga tahun 2013. Kemudian, pada tahun 2014 penerapan tersebut mulai diperlebar sampai pada tingkat eselon empat, atau setara kepala sub bagian.

Evaluasi

Informasi tentang hasil evaluasi digunakan semua manajer untuk mengambil langkah perbaikan dan menyelesaikan masalah. Evaluasi dilakukan untuk memastikan bahwa organisasi telah mencapai apa yang direncanakan. Terdapat beberapa tujuan dari adanya evaluasi sesuai dengan yang diungkapkan pada icap.org (diakses tanggal 20 Mei 2015), meliputi: 1) Mengukur hasil dan dampak dari program yang dilaksanakan, 2) Menginformasikan perencanaan dan desain program di masa yang akan datang, 3) Memberikan pembelajaran internal yang penting untuk program yang dilaksanakan, 4) Memastikan transparansi dan akuntabilitas, 5) Memberikan pembelajaran yang lebih luas tentang pelaksanaan yang baik.

Sistem Pengendalian Manajemen

Sistem pengendalian manajemen sebagaimana diungkapkan oleh Anthony (dalam Langfield-Smith, 1997) adalah sebuah proses manajer memastikan bahwa sumber daya telah diperoleh dan digunakan secara efektif dan efisien dalam upaya pencapaian tujuan organisasi. Menurut Otley (1999) sistem pengendalian manajemen merupakan sebuah sistem yang memberikan informasi yang berguna untuk manajer dalam melakukan pekerjaannya sehingga dengan adanya informasi ini dapat membantu kinerja organisasi.

Tujuan utama dari sistem pengendalian manajemen adalah untuk membuat semua informasi yang relevan terkait fungsi perencanaan dan pengendalian tersedia sehingga dapat memfasilitasi pengembangan dari aktivitas-aktivitas tersebut. Sistem pengendalian manajemen membantu untuk mengintegrasikan, memotivasi, dan mendukung dalam pembuatan keputusan, mengomunikasikan sasaran, dan memberikan *feedback* (Armesth *et al.*, 2010). Selain itu, sistem pengendalian manajemen juga memengaruhi para pelaku dalam organisasi untuk meningkatkan efisiensi dalam hubungan transaksional (Vosselman dan Van der Meer-Kooistra, 2006).

Key Performance Indicators (KPI)

Key performance indicators atau yang disebut dengan indikator kinerja utama atau indikator kunci utama merupakan seperangkat ukuran-ukuran yang fokus pada aspek-aspek dari kinerja organisasi yang paling berpengaruh untuk kesuksesan organisasi saat ini dan di masa yang akan datang (Parmenter, 2010, h. 4). Nair (2004, h. 234) mengemukakan bahwa *key performance indicator* dikenal dalam sebuah industri sebagai ukuran-ukuran penting yang realisasi strategik dan taktik yang krusial.

Kaplan dan Norton (1996) merekomendasikan tidak lebih dari 20 KPI, sedangkan Hope dan Fraser (2003) menyarankan kurang dari 10 KPI. Secara *best practice* dianjurkan agar setiap sasaran strategis memiliki 1 sampai 2 indikator kinerja utama dan secara total sebuah peta strategi setidaknya memiliki tidak lebih dari 30 indikator kinerja utama (Louis

dan Biromo, 2008, h. 86).

METODE PENELITIAN

Jenis penelitian dalam penelitian ini adalah kualitatif dengan tujuan untuk memberikan gambaran yang mendetail tentang latar belakang, sifat-sifat serta karakteristik-karakteristik yang khas dari subjek yang diteliti. Penelitian ini merujuk pada penelitian Griffith *et al.* (2002) sebagai dasar penetapan angka target dan indikator yang digunakan untuk mengevaluasi *balanced scorecard* yang diterapkan di RSSA Malang. Perbedaan penelitian ini dengan penelitian Griffith *et al.* (2002) yakni terletak pada objek penelitian, waktu penelitian, dan metode yang digunakan.

Lokasi penelitian adalah di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang (RSSA) yang beralamat di Jalan Jaksa Agung Suprpto No. 2 Malang. Penelitian menggunakan data yang berfokus pada tahun 2014. Penelitian berlangsung sejak bulan Juli 2015 sampai Agustus 2015. Penelitian ini menggunakan sumber data sekunder dan primer. Data sekunder yang digunakan dalam penelitian ini berupa data internal yang diperoleh dari RSSA Malang, yaitu berupa Laporan Tahunan Tahun 2013, Laporan Tahunan Tahun 2014, Rencana Strategis Tahun 2014-2019, Review Rencana Strategis Tahun 2010-2014, Laporan Evaluasi Kegiatan RSSA Triwulan I, II, III, IV Tahun 2014, dan Review Rencana Strategi Bisnis (RSB) Tahun 2014-2019. Data primer dilakukan dengan melakukan wawancara dengan Kepala Sub Bagian Perencanaan, Kepala Sub Bagian Akuntansi dan Verifikasi, dan Kepala Seksi Evaluasi dan Pelaporan RSSA Malang.

Teknik pengumpulan data yang digunakan, yakni dokumentasi dan wawancara. Instrumen penelitian ini, antara lain: pedoman wawancara, alat perekam, dan alat tulis. Teknik analisa data dengan menggunakan *content analysis* dengan menggunakan 9 indikator dari 4 perspektif menurut penelitian Griffith *et al.*, (2002). 9 Indikator tersebut, meliputi: *cash flow margin*, *asset turnover*, *mortality index*, *complication index*, *cost per case*, *occupancy*, *change in occupancy*, *length of stay*, dan *outpatient activity*. Uji keabsahan data dalam penelitian ini menggunakan triangulasi.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Balanced scorecard di RSSA Malang telah diterapkan selama 5 tahun mulai 2009 hingga 2014. Penelitian ini fokus pada penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang pada tahun 2014. Tahun 2014, penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang mulai dari jabatan tertinggi, yakni Direktur sampai pada jabatan dengan pangkat eselon empat atau setara dengan Kepala Sub Bagian. RSSA Malang merupakan rumah sakit tersier yang berbadan hukum BLUD sehingga dituntut untuk dapat memenuhi kepuasan masyarakat dan mengelola pendapatannya dengan baik. Oleh karena itu, *balanced scorecard* sangat diperlukan untuk dapat melihat kinerja organisasi secara keseluruhan. Berikut merupakan analisis yang telah dilakukan oleh peneliti tentang penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang:

Kesesuaian Penerapan *Balanced Scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang Terhadap Standar *Balanced Scorecard* Menurut Penelitian Griffith *et. al.* (2002)

Terjadinya kenaikan pendapatan di RSSA Malang yang diiringi dengan *Cash flow margin* rendah dapat disebabkan sebagian besar pendapatan organisasi berasal dari utang pelanggan.

Perspektif <i>Balanced Scorecard</i>	Indikator Kinerja Utama	Standar Menurut Penelitian Griffith <i>et. al.</i> , (2002)	Angka RSSA Malang
Keuangan	<i>Cash flow margin</i>	$\geq 9,93$	0,80
	<i>Asset Turnover</i>	$\geq 0,90$	1,25
Proses Bisnis Internal	<i>Mortality Index</i>	$\leq 1,03$	0,97
	<i>Complication Index</i>	$\leq 1,03$	3,19
	<i>Cost per case</i>	$\leq \text{Rp } 12.700.780,03$	Rp 14.904.807,80
Pelanggan	<i>Occupancy</i>	$\geq 48,6\%$	48,6%
	<i>Change in occupancy</i>	$\geq -0,15\%$	1,17%
Pembelajaran dan Pertumbuhan	<i>Length of stay</i>	$\leq 4,59$	6,80
	<i>Outpatient activity</i>	$\leq 40,3\%$	12,5%

Sumber: Olahan Peneliti (2015)

1. Perspektif Keuangan

a. *Cash flow margin*

Cash flow margin adalah margin arus kas yang dilihat dari arus kas operasional dibagi dengan jumlah pendapatan organisasi. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang tidak mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). *Cash flow margin* digunakan sebagai salah satu indikator kinerja utama *balanced scorecard* karena menunjukkan efisiensi organisasi dalam mengubah jumlah pendapatan dari pelayanan jasa yang dilakukan menjadi kas dan mengukur kualitas pemasukan organisasi. Menurut Laporan Evaluasi dan Pelaporan RSSA Malang Tahun 2014, pembayaran yang dilakukan oleh pasien 74,05% dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), 25,00% tunai, 0,71% Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), 0,23% Surat Pernyataan Miskin (SPM), dan 0,01 terlantar.

Sebagai rumah sakit milik pemerintah, RSSA Malang terikat dengan peraturan pemerintah untuk menerima pasien dengan status dijamin oleh pihak ketiga, seperti JKN, Jamkesda, dan Jamkesmas. Arus kas masuk rumah sakit sebagian besar dipengaruhi oleh jumlah klaim yang tertagih, bukan terhadap pendapatan yang diterima untuk dapat tetap melakukan perencanaan lanjutan.

b. *Asset turnover*

Asset turnover adalah perputaran aset yang dilihat dari total aset dibagi dengan pendapatan bersih organisasi. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang telah mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). Tingginya *asset turnover* RSSA Malang juga menggambarkan bahwa RSSA Malang telah efisien dalam menggunakan aset untuk memperoleh pendapatan. Tahun 2014, terdapat penambahan pada aset

tetap terbesar pada alat-alat kedokteran, bangunan gedung, dan golongan konstruksi dalam pengerjaan. Pada aset lainnya terdapat penambahan untuk software komputer.

Pencapaian *asset turnover* di RSSA Malang dipengaruhi oleh penambahan aset tetap dan aset lainnya. Peralatan kedokteran yang merupakan salah satu alat yang ditambah memiliki peran penting dalam melayani pasien. Oleh karena itu, analisis secara mendalam sebelum melakukan pembelian aset dapat mengurangi biaya yang harus dikeluarkan.

Dalam penambahan aset lainnya, RSSA Malang melakukan pembelian software untuk Bagian Gudang dan Perencanaan. Pembelian software yang dilakukan untuk keperluan meningkatkan sistem perencanaan yang berhubungan dengan penerapan *balanced scorecard*. Software merupakan bagian dari sistem informasi yang sangat dibutuhkan dalam kesuksesan penerapan *balanced scorecard*. Hal tersebut didukung oleh hasil penelitian Meliones (2000, dalam Zelman *et. al.*, 2003) yang mengemukakan tentang pentingnya kebutuhan pengembangan dari sistem informasi di rumah sakit.

2. Perspektif Pelanggan

a. Mortality index

Mortality index adalah indeks kematian yang dilihat dari jumlah pasien keluar mati dibagi dengan jumlah pasien keluar keseluruhan. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang telah mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Grif-

fith *et. al.* (2002). Jumlah pasien keluar mati di RSSA Malang mengalami penurunan dari sebanyak 3.413 orang Tahun 2013 menjadi 3.396 orang pada Tahun 2014. Terdapat penurunan jumlah pasien keluar mati sebesar 0,5% atau setara dengan 17 orang pasien pada Tahun 2014. Dari angka 10% yang ditargetkan, persentase tingkat kematian *gross death rate* RSSA Malang mencapai 9,7% atau 0,3% di bawah target kematian.

Secara historis, penelitian terdahulu telah membuktikan bahwa tingkat kematian pasien untuk prosedur dan kondisi tertentu menunjukkan kualitas pelayanan rumah sakit. Menurut Lindenauer *et. al.* (2010), jumlah kematian yang tidak begitu besar dapat menggambarkan peluang untuk peningkatan kualitas di rumah sakit.

b. Complication index

Complications indeks adalah indeks komplikasi yang dilihat dari besarnya persebaran infeksi nosokomial yang terjadi di rumah sakit. Berdasarkan data pada Tabel 4.1, RSSA Malang tidak mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). Menurut Kepala Seksi Evaluasi dan Pelaporan RSSA Malang, tingginya indeks persebaran infeksi nosokomial disebabkan penentuan sampel yang belum spesifik dan terlalu luas. Tahun 2014 merupakan tahun pertama RSSA Malang menggunakan infeksi nosokomial sebagai salah satu indikator kinerja utama.

Infeksi nosokomial dapat didefinisikan sebagai infeksi

yang timbul dalam 48 jam terhitung setelah pasien melakukan pendaftaran, 3 hari pasien keluar atau 30 hari dari sebuah operasi (Inweregbu *et. al.*, 2005). Program yang dilaksanakan RSSA Malang dengan mencuci tangan sebelum memeriksa atau menangani pasien merupakan cara yang terbaik untuk menanggulangi infeksi nosokomial. Cuci tangan dan penggunaan sarung tangan merupakan cara yang terbaik untuk dapat mencegah penyebaran infeksi nosokomial (Inweregbu *et. al.*, 2005).

c. *Cost per case*

Cost per case adalah biaya yang dikeluarkan per kasus yang ditangani oleh rumah sakit dengan ditunjukkan dari besarnya biaya operasional rumah sakit dibagi dengan jumlah pasien keluar keseluruhan. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang tidak mencapai target standar *balanced scorecard*. RSSA Malang memiliki kebijakan belanja yang baik ditetapkan dalam Laporan Keuangan Tahun 2014 setiap satuan kerja di rumah sakit menggunakan proporsi 88,18% untuk biaya pelayanan dan 11,82% untuk biaya non pelayanan. Meskipun demikian, realisasi tahun 2014 di RSSA Malang untuk proporsi biaya pelayanan dan non pelayanan tersebut terjadi kenaikan. Tahun 2014, jumlah pasien keluar hidup sebesar 31.421 orang dan pasien keluar mati sebesar 3.396 orang sehingga persentase pasien keluar mati terhadap keseluruhan jumlah pasien keluar adalah 9%. Hal tersebut menunjukkan bahwa setiap 100 orang pasien keluar,

terdapat 9 orang pasien mati. Hal tersebut menandakan bahwa total biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit kurang efektif karena 9% di antaranya tidak dapat membantu pasien untuk dapat sembuh dari kasus yang diderita.

Cost per case penting untuk digunakan sebagai salah satu indikator kinerja utama *balanced scorecard* karena *cost per case* dapat mengukur efisiensi rumah sakit (Griffith *et. al.*, 2002). Dengan tidak tercapainya indikator kinerja utama *cost per case*, menurut Neuman (1976 dalam Sabarguna 2005) terdapat beberapa komponen BEP yang memengaruhi keberhasilan pencapaian khususnya dilihat di RSSA Malang, antara lain: biaya tetap, biaya variabel, kapasitas maksimum, dan tarif. Menurut Cornel (1980, dalam Sabarguna, 2005), efisiensi adalah pencapaian hasil yang besar dengan biaya sehemat mungkin.

3. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. *Occupancy*

Occupancy adalah persentase penggunaan tempat tidur oleh pasien dengan dilihat dari rata-rata pasien per hari dibagi dengan jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang telah mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). Hal tersebut menunjukkan bahwa RSSA Malang telah dapat menggunakan 902 tempat tidur yang dimiliki dengan baik.

Standar yang telah terpenuhi tersebut tidak terlepas dari adan-

ya kepuasan pelanggan untuk membayar nilai yang ditawarkan. Dalam indikator kinerja utama *occupancy* dipengaruhi oleh kenyamanan pasien dalam hal kapasitas tempat tidur.

b. Change in occupancy

Change in occupancy adalah persentase perubahan penggunaan tempat tidur oleh pasien dengan dilihat dari *occupancy* tahun 2014 dikurangi *occupancy* tahun 2013 di rumah sakit. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang telah mencapai target standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). Terdapat penambahan jumlah tempat tidur pada Tahun 2014 untuk ruang rawat inap kelas 3 dengan tipe 1 crank sejumlah 69 set. Penambahan tempat tidur disebabkan kebutuhan akan tempat tidur untuk pasien kelas 3 semakin meningkat seiring bertambahnya jumlah pasien rawat inap dengan jaminan pemerintah, seperti JKN, Jamkesmas, Jamkesda, dan SPM. Hal tersebut menunjukkan bahwa RSSA Malang telah dapat menggunakan tempat tidur yang dimiliki dengan baik.

Kenyamanan pasien selama masa perawatan dapat dipengaruhi oleh perubahan jumlah tempat tidur yang memenuhi tingkat kebutuhan. Sistem pelayanan kesehatan berusaha keras untuk dapat mendistribusikan dengan baik berdasar pada kebutuhan kesehatan karena terkadang pelanggan memiliki kesulitan dalam menilai pelayanan yang berfokus pada pencegahan atau pencapaian jangka panjang (Blendon, Kim *et. al.*, 2001;

Woodward, Manuel *et. al.*, 2004).

4. Perspektif Petumbuhan dan Pembelajaran

a. Length of stay

Length of stay adalah rata-rata lama waktu yang dibutuhkan pasien untuk tinggal di rumah sakit dalam satuan hari dan dilihat dari jumlah hari pasien tinggal di rumah sakit dibagi dengan jumlah pasien keluar keseluruhan. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang tidak memenuhi standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et. al.* (2002). Akibatnya, semakin lama pasien berada di rumah sakit semakin besar potensi kematian dan komplikasi penyakit pasien terjadi. Potensi penyebaran infeksi nosokomial pun juga dapat terjadi.

Menurut Black (1989), kriteria *length of stay* sangat beragam mulai dari pelayanan kesehatan biasa sampai pelayanan kesehatan yang lebih berisiko, seperti paska operasi sehingga sebaiknya dipisahkan dan dirancang *length of stay* sesuai dengan kriteria masing masing. Lama tinggal pasien di rumah sakit yang lebih lama dari seharusnya dapat menyebabkan peningkatan kematian pasien dan banyak pasien yang mengalami komplikasi terhadap penyakit yang diderita karena adanya pengembangan penyakit selama masa tinggal di rumah sakit (Borghans *et. al.*, 2014).

b. Outpatient activity

Outpatient activity adalah persentase yang menunjukkan proporsi pendapatan rumah sakit

dari pasien rawat jalan. Penghitungan *outpatient activity* dilihat dari pendapatan dari pasien rawat jalan dibagi dengan total pendapatan bersih rumah sakit. Berdasarkan data tersebut, RSSA Malang telah memenuhi standar *balanced scorecard* sesuai penelitian Griffith *et., al.* (2002). Menurut data yang didapatkan dari Bagian Penerimaan dan Perbendaharaan RSSA Malang, berikut merupakan proporsi pendapatan RSSA Malang Tahun 2014 berdasar pasien: Rawat Inap 30,57%, Rawat Jalan 17,16%, IGD 1,53%, Depo Farmasi 35,14%, Pavilyun 15,53%, dan Giro 1,60%.

Terdapat beberapa hal yang dapat memengaruhi *outpatient activity*, yakni tingkat kebutuhan untuk rawat inap rendah karena kompleksitas penyakit yang diderita pasien tidak terlalu parah, pasien dengan penyakit yang seharusnya ditangani lebih serius dengan melakukan rawat inap namun pasien menolak untuk melakukan hal tersebut sehingga memilih rawat jalan, dan pasien dengan perawatan lanjutan yang hanya membutuhkan obat-obatan. Di RSSA Malang, faktor yang paling memengaruhi proporsi rawat jalan, yakni pasien rawat jalan sebagian besar adalah pasien umum yang memiliki tingkat kebutuhan untuk rawat inap rendah.

Faktor Pendukung dan Penghambat Dalam Penerapan *Balanced Scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang Apabila Terjadi Ketidaksesuaian

Terdapat 4 indikator kinerja

utama penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang yang tidak memenuhi standar penelitian Griffith *et., al.* (2002), antara lain:

1. Perspektif Keuangan

a. *Cash flow margin*

Faktor Pendukung

Pertama, terdapat kebijakan pendapatan yang meliputi ekstensifikasi dan intensifikasi peningkatan pendapatan rumah sakit. Ekstensifikasi peningkatan pendapatan rumah sakit dengan meningkatkan jumlah kunjungan pasien ke rumah sakit sehingga berdampak pada peningkatan pendapatan. Intensifikasi peningkatan pendapatan rumah sakit dengan upaya mempercepat administrasi penagihan klaim Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda), dan Surat Pernyataan Miskin (SPM) serta ikatan kerja sama dengan pihak swasta. Menurut (Rauscher, 2010), rumah sakit dengan kecepatan dalam penagihan klaim lebih tinggi cenderung mendapatkan nilai pendapatan bersih pasien per pasien yang diperbolehkan pulang lebih tinggi, cadangan kontraktual lebih rendah, dan memiliki piutang tak terbayar lebih rendah.

Kedua, adanya kebijakan pemenuhan kebutuhan peralatan kedokteran yang diprioritaskan pada pemenuhan kebutuhan yang mempunyai kontribusi meningkatkan pendapatan. Wicaksono (2012) mengemukakan bahwa faktor internal yang dapat memperkuat kesuksesan penerapan *balanced scorecard* di rumah sakit, yakni memiliki sarana dan prasarana yang lengkap.

Faktor Penghambat

Pertama, yakni sumber pendapatan utama di Tahun 2014 yang berpangku pada jaminan kesehatan di bawah naungan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Kedua, menurut Kepala Sub Bagian Perencanaan RSSA Malang, kendala yang dihadapi oleh RSSA dalam penerapan *balanced scorecard* terdapat pada terbatasnya anggaran dari pemerintah untuk melangsungkan rencana aktivitas rumah sakit sehingga memengaruhi pemasukan rumah sakit.

Kendala yang dihadapi RSSA Malang dalam sumber pendapatan dan terbatasnya anggaran mengharuskan RSSA Malang untuk dapat melakukan alternatif lain untuk dapat tetap menjalankan kegiatan operasionalnya. Alternatif yang dilakukan RSSA Malang, yakni meningkatkan kemampuan untuk menggali pendapatan fungsional dan melakukan efisiensi sumber daya organisasi. Hal tersebut sejalan dengan hasil penelitian Wicaksono (2012) yang mengungkapkan bahwa rumah sakit dapat melakukan peningkatan efisiensi sumber daya yang ada dalam rumah sakit dengan meningkatkan kemampuan menggali pendapatan fungsional dari jasa layanan kesehatan, keseimbangan kontribusi pendapatan fungsional rumah sakit terhadap belanja operasional pelayanan, serta peningkatan profitabilitas.

2. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. *Complication index*

Faktor Pendukung

Pertama, adanya kebijakan pelayanan yang diprioritaskan pada pengembangan pelayanan unggulan untuk menanggulangi penularan infeksi. Kedua, Kebijakan Manajemen RSSA Malang terhadap mutu juga menjadi faktor pendukung terdapat pengembangan standar pelayanan kedokteran, keperawatan dan standar profesi dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pelayanan medik. Ketiga, terdapat 36 ikatan kerja sama dalam hal pelayanan kesehatan dan 55 ikatan kerja sama dalam hal limbah medis. Ikatan kerja sama dapat mendukung rumah sakit untuk mencapai kualitas pelayanan yang diharapkan dan dukungan infrastruktur atau alat untuk dapat melayani masyarakat seperti yang diungkapkan Rumah Sakit Cooley Dickinson di Northampton, Amerika (fierce-healthcare.com, diakses tanggal 13 Agustus 2015).

Keempat, terjadi peningkatan pada kegiatan proses pemeliharaan linen (alat) sebesar 2,59% dan sterilisasi alat sebesar 52,43% menurut laporan evaluasi dan pelaporan Tahun 2014. Kelima, ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap sebesar 100% membuat waktu tunggu akan kebutuhan linen steril menjadi sempit. Kebijakan mutu, kebijakan manajemen, pemeliharaan linen, sterilisasi alat dan ketepatan waktu penyediaan linen yang menjadi faktor pendukung penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang se-

jalan dengan hasil penelitian Wicaksono (2012) yang mengemukakan bahwa peningkatan kualitas layanan dan sumber daya secara terus menerus merupakan faktor eksternal yang dapat menjadi pendukung kesuksesan penerapan *balanced scorecard* di rumah sakit.

Faktor Penghambat

Pertama, menurut Kepala Seksi Evaluasi dan Pelaporan, kendala yang dihadapi, yakni penentuan sampel yang belum spesifik dan terlalu luas sehingga mengakibatkan angka *complication index* tinggi. Kedua, menurut laporan evaluasi dan pelaporan tahun 2014, terjadi penurunan pada produksi linen (alat) siap pakai sebesar 21,71% yang mengakibatkan tertundanya kebutuhan akan alat steril.

b. Cost per case

Faktor Pendukung

RSSA Malang memiliki kebijakan belanja yang baik ditetapkan dalam Laporan Keuangan Tahun 2014 setiap satuan kerja di rumah sakit menggunakan proporsi 88,18% untuk biaya pelayanan dan 11,82% untuk biaya non pelayanan. Menurut Pohan (2013), penting bagi organisasi untuk mengenali biaya dari berbagai kategori untuk dapat mengetahui pada bagian mana peningkatan mutu layanan dapat dilakukan.

Faktor Penghambat

Kendala yang dihadapi RSSA Malang, yakni pengeluaran untuk biaya operasional tidak efisien yang mencapai 117% dari target yang telah ditetapkan, yakni 100%. Hal tersebut sesuai dengan makna efisiensi menurut Thomas (2006)

yang mengemukakan bahwa suatu rumah sakit dikatakan efisien dalam melakukan pembiayaan apabila dapat menghindari pembiayaan yang tidak berguna atau disebut dengan *avoiding waste*. Pembiayaan yang efisien, yakni yang dapat memenuhi dan tidak melebihi standar biaya yang telah ditetapkan.

3. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. Length of stay

Faktor Pendukung

Pertama, dilaksanakannya penyelenggaraan pelayanan medis secara profesional dan akuntabel tanpa membedakan kelas perawatan dan status pasien. Menurut Wicaksono (2012), kualitas pelayanan yang baik merupakan faktor internal yang dapat memengaruhi kesuksesan penerapan *balanced scorecard* di rumah sakit. Kedua, sebagai rumah sakit tipe A, RSSA Malang melakukan upaya penyelenggaraan pelayanan sub spesialisik yang diprioritaskan untuk spesialisasi yang sudah siap, khususnya tenaga medis. Faktor internal yang dapat mendukung kesuksesan penerapan *balanced scorecard*, yakni kepemilikan terhadap sumber daya manusia yang berkualitas di rumah sakit (Wicaksono, 2012).

Ketiga, terdapat dukungan dari seluruh staf rumah sakit untuk terlibat dalam penerapan *balanced scorecard* untuk mencapai tujuan utama rumah sakit sesuai dengan yang diungkapkan oleh Kepala Sub Bagian Perencanaan RSSA Malang. Keikutsertaan semua staf dalam penerapan *balanced scorecard* memiliki peran utama dan penting dalam men-

capai efektivitas tertinggi dari *balanced scorecard* (Soleimani, 2012). Penerapan *balanced scorecard* yang diiringi dengan antusiasme seluruh staf dapat menjadikan *balanced scorecard* sebagai sarana komunikasi dan meningkatkan kepercayaan diri staf karena mereka mengetahui bahwa pekerjaan yang dilakukan dapat memberikan pengaruh terhadap keberlanjutan rumah sakit (Gumbus *et. al.*, 2002).

Faktor Penghambat

Kendala yang dihadapi RSSA Malang, yakni kualifikasi pemberi pelayanan atau staf yang kurang dimana masih terdapat perawat dengan pendidikan SPK dan sebagian besar usia para perawat tersebut tidak memenuhi persyaratan tugas belajar atau ijin belajar. Menurut Wicaksono (2012), tenaga medis dan tenaga perawat yang handal dan cukup merupakan faktor internal yang dapat menghambat penerapan *balanced scorecard* di rumah sakit apabila tidak terpenuhi dengan baik.

Rekomendasi Penyelesaian Kendala Penerapan *Balanced Scorecard* pada Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Saiful Anwar Malang Menurut Analisis yang Telah Dilakukan oleh Peneliti

1. Perspektif Keuangan

a. *Cash flow margin*

Keterbatasan anggaran dana dan pendapatan rumah sakit yang sebagian besar masih bersifat piutang merupakan suatu hal yang sudah mutlak dikarenakan bergantung sepenuhnya pada aturan pemerintah. Oleh karena itu, RSSA Malang dapat

melakukan pengaturan kembali pada pembiayaan. Pengaturan kembali pembiayaan dapat dilakukan dengan pendekatan biaya berdasar manfaat (*cost-benefit approach*). *Cost-benefit approach* merupakan pengaturan proposisi rumah sakit melakukan pembiayaan yang dibutuhkan berdasarkan manfaat yang akan diperoleh dan rumah sakit mengeluarkan biaya hanya jika manfaat yang diperoleh lebih besar dari pada biaya yang dikeluarkan.

Beberapa langkah yang dapat dilakukan dalam melakukan pendekatan biaya berdasar manfaat, antara lain: pertama, mengetahui isu kesehatan yang sedang berlangsung di lingkungan tersebut. Kedua, harus terdapat rencana penggantian peralatan dan melakukan rencana yang telah disusun dalam sekali waktu. Ketiga, laksanakan program tersebut.

Penekanan biaya sampai tingkat minimal merupakan cara yang efisien untuk dapat mencapai tujuan organisasi pada sektor nirlaba dan publik (Olve, Roy *et. al.*, 2000 dalam Gao dan Gurd, 2006). Penggunaan *cost-benefit approach* di rumah sakit sejalan dengan hasil penelitian Williams (1974) yang mengungkapkan bahwa *cost-benefit approach* dapat diterapkan pada berbagai jenis industri termasuk rumah sakit. Pendekatan *cost-benefit* juga didukung oleh hasil penelitian Mooraj *et. al.*, (1999) yang mengemukakan bahwa analisis *cost-benefit* merupakan sebuah kebutuhan yang perlu dilakukan organisasi

untuk *balanced scorecard* yang diterapkan.

2. Perspektif Proses Bisnis Internal

a. *Complication index*

Rekomendasi yang dapat diberikan untuk mengurangi angka *complication index*, yakni dengan mencermati ulang makna infeksi nosokomial dan hal atau aktivitas apa saja yang dapat dijadikan sampel oleh rumah sakit sehingga tidak menjadikan rancu ketika didapat angka yang besar atau kecil. Berikutnya dapat dilakukan penambahan produksi linen siap pakai mengingat RSSA Malang telah memiliki 36 ikatan kerja sama dalam pelayanan kesehatan dan adanya Kebijakan Manajemen Mutu yang telah dilakukan terhadap pengembangan standar pelayanan kedokteran, keperawatan, dan standar profesi dalam rangka untuk meningkatkan kualitas pelayanan medik.

Peningkatan kerja sama dapat memperluas jasa pelayanan yang diberikan rumah sakit, menjangkau masyarakat lebih luas karena semakin banyaknya masyarakat dengan berbagai jenis penyakit dan kebutuhan medis yang datang, serta meningkatkan pendapatan rumah sakit karena rumah sakit tidak perlu melakukan pengadaan pelayanan jasa dengan membeli dapat menimbulkan pengeluaran yang jauh lebih besar dibandingkan dengan rumah sakit memilih untuk melakukan kerja sama. Pelayanan kesehatan bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk dan penyeleng-

garannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi (Ristrini *et. al.*, 2013). Adanya peningkatan mutu terhadap kualitas yang diberikan akan berdampak pada pencapaian komponen perspektif proses bisnis internal dalam penerapan *balanced scorecard*, yakni memberikan dan menyampaikan nilai yang dapat memengaruhi penilaian terhadap atribut jasa kepada pelanggan dengan meningkatkan kualitas pelayanan (Kaplan dan Norton, 2004).

b. *Cost per case*

Biaya, baik biaya langsung (*direct cost*) maupun biaya tidak langsung (*overhead cost*) merupakan suatu hal yang penting dalam kelangsungan operasional rumah sakit. Untuk dapat meningkatkan hasil penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang, khususnya *cost per case* sebaiknya dilakukan pengurangan terhadap biaya tidak langsung (*overhead cost*), seperti biaya administrasi dan pemasaran.

Menurut Allawi (2009), pendekatan umum yang dapat dilakukan untuk mengurangi biaya operasional di rumah sakit, yakni dengan mengurangi biaya tidak langsung organisasi. Biaya tidak langsung meliputi biaya untuk bahan tidak langsung, pekerja tidak langsung, dan semua biaya tidak langsung yang lain (VanDerbeck, 2013). Kaplan dan Norton (1993) juga mengungkapkan bahwa biaya tidak langsung merupakan salah satu unsur yang berpengaruh dalam kesuksesan penerapan *balanced scorecard* ditinjau dari perspektif proses bisnis internal.

3. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan

a. *Length of stay*

Berdasar analisis yang telah dilakukan oleh peneliti, rekomendasi yang dapat diberikan, yakni peningkatan efisiensi klinis. Peningkatan efisiensi klinis dapat dilakukan dengan meningkatkan fasilitas pendidikan formal untuk pemberi layanan sehingga pengetahuan staf khususnya yang bergelar SPK dapat diperbaharui. Efisiensi klinis juga dapat dilakukan perluasan program pasien rawat inap pulang lebih awal dengan pemantauan medis untuk perawatan lanjutan melalui rawat jalan. Tata cara yang dilakukan rumah sakit, yakni dengan memperbolehkan pasien kembali ke rumah mereka untuk mendapatkan perawatan lanjutan sehingga perawatan lanjutan dapat dilakukan melalui rawat jalan.

Beberapa penelitian terdahulu mengungkapkan beberapa akibat dari kurangnya tenaga perawat berlisensi terhadap keluaran pasien, antara lain: kematian pasien meningkat (Estabrooks *et. al.*, 2005; Meedleman *et. al.*, 2002; Tourangeau *et. al.*, 2002), kegagalan dalam menangani pasien meningkat (Aiken *et. al.*, 2002), dan insiden infeksi nosokomial, kelalaian medis, dan pasien jatuh meningkat (Cho *et. al.*, 2003; Kovner *et. al.*, 2002). Kaplan dan Norton (1993) mengemukakan bahwa salah satu tujuan strategis yang dapat mendorong kesuksesan organisasi dalam menerapkan *balanced scorecard*, yakni dengan adanya karyawan yang memiliki kualitas tinggi. Peningkatan

dukungan dalam upaya memberikan pendidikan formal sejalan dengan hasil penelitian Aiken *et. al.* (2014) yang mengatakan bahwa perawat seharusnya memiliki pendidikan sarjana.

Efisiensi klinis dengan program pasien rawat inap pulang lebih awal dengan pemantauan medis untuk perawatan lanjutan melalui rawat jalan sejalan dengan laporan OECD (2012). OECD (2012) mengungkapkan bahwa perluasan program pasien rawat inap pulang lebih awal dengan perawatan lanjutan di rumah merupakan faktor yang menyebabkan rata-rata jumlah hari pada *length of stay* pasien di rumah sakit Eropa turun. Program tersebut telah berhasil dilakukan di rumah sakit King Edward Memorial Australia. Pasien diperkenankan pulang dalam waktu 4 sampai 23 jam setelah dinyatakan layak untuk pulang dan setiap empat hari sekali terdapat pemberi layanan kesehatan, dokter atau perawat, untuk melakukan pengecekan terhadap pasien.

PENUTUP

Simpulan

Berdasarkan hasil kajian di lapangan, dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang secara keseluruhan sudah baik. Hal tersebut dilihat dari 9 indikator kinerja utama yang diuji, 5 indikator di antaranya telah sesuai dengan standar menurut penelitian Griffith *et. al.* (2002) sedangkan 4 indikator lainnya tidak sesuai dengan standar menurut Grif-

- fifth *et., al.*, (2002). 5 indikator kinerja utama tersebut, antara lain: *asset turnover*, *mortality index*, *occupancy*, *change in occupancy*, dan *outpatient activity* sedangkan 4 indikator kinerja utama lainnya tidak sesuai standar menurut Griffith *et., al.* (2002), seperti: *cash flow margin*, *complications index*, *cost per case*, dan *length of stay*.
2. Terdapat beberapa ketidaksesuaian antara hasil yang diterapkan di RSSA Malang dengan standar menurut Griffith *et., al.* (2002) seperti yang telah dijelaskan pada simpulan pertama. Adapun faktor pendukung penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang dilihat dari indikator kinerja utama tersebut, antara lain:
 - a. *Cash flow margin*, antara lain: adanya kebijakan pendapatan yang mencakup ekstensifikasi dan intensifikasi peningkatan pendapatan rumah sakit; serta adanya kebijakan pemenuhan kebutuhan peralatan kedokteran yang diprioritaskan pada pemenuhan kebutuhan yang mempunyai kontribusi meningkatkan pendapatan.
 - b. *Complication index*, yang meliputi: adanya kebijakan pelayanan yang diprioritaskan pada pengembangan pelayanan unggulan untuk menanggulangi penularan infeksi; kebijakan manajemen mutu pengembangan standar pelayanan kedokteran, keperawatan, dan standar profesi; ikatan kerja sama dalam pelayanan kesehatan dan limbah medis; peningkatan kegiatan pemeliharaan linen (alat) dan sterilisasi alat; dan ketepatan waktu penyediaan linen untuk ruang rawat inap.
 - c. *Cost per case*, yakni proporsi biaya pelayanan yang lebih besar daripada biaya non pelayanan.
 - d. *Length of stay*, terdiri dari: adanya kebijakan pelayanan yang berupaya untuk melakukan penyelenggaraan pelayanan medis secara profesional dan akuntabel, memperpendek waktu tunggu jadwal pelayanan operasi dan mempersingkat hasil pemeriksaan penunjang dan waktu tunggu di rawat darurat; upaya penyelenggaraan pelayanan sub spesialisik yang diprioritaskan untuk spesialisasi yang sudah siap, khususnya tenaga medis; dan adanya dukungan dari seluruh staf rumah sakit untuk terlibat dalam penerapan *balanced scorecard*.
- Sebaliknya, faktor penghambat penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang dilihat dari indikator kinerja utama yang tidak sesuai dengan standar menurut penelitian Griffith *et., al.* (2002), antara lain:

- a. *Cash flow margin*, terdiri dari: sumber pendapatan utama Tahun 2014 bergantung pada jaminan kesehatan di bawah naungan SJSN; dan terbatasnya anggaran dari pemerintah.
 - b. *Complication index*, antara lain: penentuan sampel yang belum spesifik dan luas; dan terjadinya penurunan produksi linen (alat) siap pakai.
 - c. *Cost per case*, yakni tingkat realisasi biaya operasional yang lebih besar dibandingkan dengan yang telah ditetapkan di awal tahun.
 - d. *Length of stay*, yakni kurangnya kualifikasi yang dimiliki oleh pemberi pelayanan.
3. Beberapa rekomendasi penyelesaian kendala penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang dari analisis yang telah dilakukan oleh peneliti terdapat pada bagian saran.

Keterbatasan Penelitian

Beberapa keterbatasan dalam penelitian ini, antara lain:

1. Indikator kinerja utama dalam penelitian ini hanya dibatasi pada 9 indikator kinerja utama menurut penelitian Griffith *et. al.*, (2002).
2. Data yang digunakan dalam penelitian ini hanya berfokus pada data RSSA Malang tahun 2014.

Saran

1. Dalam rangka penerapan *balanced scorecard* di rumah

sakit, seyogyanya penelitian selanjutnya dapat berfokus pada *cash flow margin*, *complication index*, *cost per case*, dan *length of stay*. Fokus tersebut dimaksudkan untuk dapat melakukan analisis lebih dalam, terlebih pada indikator kinerja utama yang masih belum memenuhi standar.

2. Untuk memaksimalkan pencapaian penerapan *balanced scorecard* sebagai bagian dari sistem pengendalian manajemen, seyogyanya manajemen rumah sakit tidak hanya melakukan pengukuran namun juga melihat faktor pendukung dan penghambat pada masing-masing indikator kinerja utama yang diterapkan sehingga dapat dilakukan upaya lebih lanjut terhadap eksistensi indikator kinerja utama yang dimiliki. Rekomendasi yang dapat diberikan untuk penerapan *balanced scorecard* di RSSA Malang dilihat dari indikator kinerja utama yang tidak sesuai standar Griffith *et. al.* (2002) menurut analisis yang telah dilakukan oleh peneliti, antara lain:

- a. *Cash flow margin* dapat dilakukan dengan mengatur pembiayaan rumah sakit dengan menggunakan pendekatan biaya berdasar manfaat (*cost-benefit approach*).
- b. *Complication index* dapat dicermati ulang dalam pengambilan sampel serta meningkatkan penambahan produksi linen siap pakai dengan memanfaatkan

- kan ikatan kerja sama dan kebijakan manajemen mutu yang telah dimiliki RSSA Malang.
- c. *Cost per case* dapat dilakukan dengan mengurangi biaya tidak langsung.
 - d. *Length of stay*, yakni dilakukannya efisiensi klinis dengan meningkatkan fasilitas pendidikan formal, khususnya untuk pemberi pelayanan yang masih bergelar SPK, dan perluasan program pasien rawat inap pulang lebih awal dengan pemantauan medis.
3. Agar rumah sakit dapat lebih mempunyai arah dalam mengambil keputusan lanjutan setelah dilakukan evaluasi terhadap penerapan *balanced scorecard*, diharapkan pemerintah menerbitkan peraturan lanjutan yang dapat digunakan oleh seluruh rumah sakit di Indonesia untuk melakukan evaluasi terhadap *balanced scorecard* yang telah diterapkan sebagai bagian dari sistem pengendalian manajemen.

DAFTAR PUSTAKA

- Aiken, Linda H. Sloane, Douglas M., Bruyneel, Luk, Heede, Koen Van den, Griffiths, Peter, Busse, Reinhard, Diomidous, Marianna, Kinnunen, Juha, Kozka, Maria, Lesaffre, Emmanuel, McHugh, Matter D., Moreno-Casbas, MT., Rafferty, Anne Marie, Schwendimann, Rene, Scott, P Anne, Tischelman, Carol, Achterberg, Theo van, dan Semeus, Walter. (2014). Nurse Staffing and Education and Hospital Mortality in Nine European Countries: A Retrospective Observational Study. *The Lancet*. Vol. 383. No. 9931, h. 1824-1830.
- Allawi, Saad J. (2009). *Reducing Costs: Execution is Critical*.
- Alrubaiee, Laith dan Alkaa'ida, Feras. (2011). The Mediating Effect of Patient Satisfaction in the Patients' Perceptions of Healthcare Quality – Patient Trust Relationship. *International Journal of Marketing Studies*. Vol 3, No. 1.
- Baker, G.R. and Pink, G.H. (1995). A Balanced Scorecard for Canadian Hospitals. *Healthcare Management Forum*. Vol. 8, No. 4, h. 7–21.
- Bititcti, U.S., Turner, T. and Begemann, C. (2000). Dynamics of Performance Measurement Systems. *International Journal of Operations & Production Management*, Vol. 20, No. 6, h.692–704.
- Borghans I., Kool RB., Lagoe RJ., Westert GP. (2012). Fifty ways to reduce length of stay: an inventory of how hospital staff would reduce the length of stay in their hospital. *Health Policy*. 104(3):222-33.
- Borghans, Ine. Hekkert, Karin D., Ouden, Lya den., Cihangir, Sezgin., Vesseur, Jan., Kool, Rudolf B., dan Westert, Gert P. (2014). Unexpectedly Long Hospital Stays as An Indicator of Risk of Unsafe Care: An Exploratory Study. *BMJ Open*. doi:10.1136/bmjopen-2013-004773
- Griffith, John R., J. A. A. (2002). Measuring Comparative

- Hospital Performance. *Journal of Healthcare Management* 47(1): 41-57.
- Kaplan, R. S., dan D. P. Norton. (1992). The Balanced Scorecard - Measures That Drive Performance. *Harvard Business Review* 70 (1):71-79.
- . (1993). Putting The Balanced Scorecard to Work. *Harvard Business Review*. September-October, 134-142.
- . (1996a). *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*: Boston: Harvard Business School Press.
- . (1996b). Using The Balanced Scorecard as a Strategic Management System. *Harvard Business Review* 74 (1):75-85.
- . (1996c). Linking The Balanced Scorecard to Strategy. *California Management Review*. Fall, 53-79.
- . (2001). *The Strategy-Focused Organization: How Balanced Scorecard Companies Thrive In The New Business Environment*. Boston: Harvard Business School Press.
- Sabarguna, Boy S. (2005). *Logistik Rumah Sakit dan Teknik Efisiensi*. Yogyakarta: Konsorsium.
- Wicaksono, Bambang. (2012). *Balanced Scorecard pada Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Blambangan Kabupaten Banyuwangi*. Universitas Tarumanegara Banyuwangi. Vol. 9. No. 26. ISSN: 1693-4083.
- Zellman, WN. (2003). Use of the Balanced Scorecard in Health Care. *Journal of Health Care Finance* 29(4): 1-16.