

Analisis Kinerja Instalasi Farmasi di BLUD Rumah Sakit Kota Banjarbaru Dengan Metode *Balanced Scorecard* Berdasarkan Perspektif Keuangan dan Perspektif Pelayanan Periode 2012-2014

Windi Ayu Aprilliani¹, Nani Kartinah¹, Ratna Suci Wahyu Hardiati²

¹Program Studi Farmasi Fakultas MIPA Universitas Lambung Mangkurat, Banjarbaru

²Instalasi Farmasi BLUD RS Kota Banjarbaru

Email: [windiyuaprilliani@gmail.com](mailto:windiayuaprilliani@gmail.com)

ABSTRAK

Peningkatan mutu dan kinerja rumah sakit perlu dilakukan untuk memberikan pelayanan yang berkualitas kepada masyarakat. *Balanced Scorecard* merupakan metode yang koheren dan komperensif sebagai alat evaluasi manajemen karena dapat mengukur dari empat perspektif, yaitu keuangan, pelanggan, proses pelayanan dan pertumbuhan pembelajaran. Pengumpulan data dilakukan secara retrospektif dan *cross sectional* berupa data primer dan data sekunder. Hasil penelitian memperlihatkan bahwa: 1) kinerja perspektif keuangan tahun 2012 hingga tahun 2014 diperoleh rata-rata rasio ekonomi sebesar 95,84%; rasio efisiensi sebesar 893,71%; dan rasio efektivitas sebesar 91,94%. 2) kinerja perspektif pelayanan tahun 2012 hingga tahun 2014 diperoleh rata-rata nilai ALOS 3,67 hari; BOR 88,47%; TOI 0,52 hari; BTO 81,12 kali; GDR 17,17‰; NDR 7,64‰; tingkat ketersediaan obat 88%; *dispensing time* : waktu maksimal racikan 68 menit dan non racikan 48 menit; tingkat antrian pasien 68,05%; komponen yang tertera pada etiket meliputi nama RS, alamat RS, tanggal pembuatan resep, nama pasien aturan pakai dan peringatan khusus; dan informasi obat yang diberikan meliputi cara pakai obat 68,99%, cara simpan obat 28,80% dan jangka waktu pengobatan 31,96%. Diperoleh kesimpulan kinerja perspektif keuangan termasuk kriteria cukup baik dengan deskriptif persentase sebesar 61,54%; kinerja pelayanan rawat inap termasuk kriteria cukup baik dengan deskriptif persentase sebesar 77,78%; dan kinerja perspektif pelayanan rawat jalan termasuk kriteria kurang dengan deskriptif persentase sebesar 60%.

Kata kunci: evaluasi, kinerja, *Balanced Scorecard*, perspektif keuangan, perspektif pelayanan, Instalasi Farmasi BLUD RS Kota Banjarbaru

ABSTRACT

The increase of hospital quality and performance needs to be done to give a qualified service to society. Balanced Scorecard is a coherent and comprehensive method as a management evaluation tool because it can measure from four perspectives, such as finance,

customer, process of service and learning growth. Data collecting was conducted retrospectively and in a cross sectional way in form of primary and secondary data. The study result showed that: 1) the average economical ratio of financial perspective performance in 2012 until 2014 was 95.84%; efficiency ratio was 893.71%; and affectivity ratio was 91.94%. 2) from service perspective performance in 2012 until 2014 it was obtained the average values of ALOS (3.67 days); BOR (88.47%); TOI (0.52 day); BTO (81.12 times); GDR (17.17%); NDR (7.64%); medicine availability level (88%); dispensing time: maximum time of mixing was 68 minutes and non mixing was 48 minutes; patient queue level (68.05%); components printed on etiquette included a hospital's name, hospital's address, prescription making date, patient's name, using rule and special warning; medical information given included the way to use medicine (68.99%), the way to keep medicine (28.80%), and the interval of medicinal treatment (31.96%). The conclusions were the performance of financial perspective included in fairly good criteria with percentage description of 61.54%; the performance of inpatient service included in fairly good criteria with percentage description of 77.78%; and the performance of outpatient service included in not good (poor) criteria with percentage description of 60%.

Keywords: evaluation, performance, Balanced Scorecard, financial perspective, service perspective, Pharmacy installation of Local Public Service Agency in Hospital Banjarbaru.

I. PENDAHULUAN

Rumah Sakit (RS) merupakan organisasi di bawah naungan pemerintah yang bergerak pada organisasi sektor publik dan memberikan jasa kesehatan kepada masyarakat. Kepercayaan masyarakat penting karena berdampak pada peningkatan pendapatan RS tersebut (Mulyono, 2009).

Kinerja berkaitan dengan keberhasilan organisasi dalam menjalankan misi, yang dapat diukur dari tingkat produktivitas, kualitas pelayanan, responsivitas, responsibilitas, dan akuntabilitas (Liando *et al.*, 2014). Sistem pengukuran kinerja di RS memerlukan metode yang tidak hanya mengukur aspek keuangan saja tetapi juga

mempertimbangkan aspek non keuangan. Dari semua metode, metode yang dinilai paling cocok untuk diterapkan dalam organisasi publik adalah *balanced scorecard* (Suwardika, 2011).

Balanced scorecard merupakan sistem manajemen bagi perusahaan untuk berinvestasi jangka panjang. Berbeda dengan konsep lainnya, *balanced scorecard* menentukan strategi organisasi dalam pencapaian tujuan organisasi secara berimbang yang mencakup empat perspektif yaitu pembelajaran dan pertumbuhan, proses bisnis internal atau pelayanan, *customer*, serta keuangan (Kaplan & Norton, 1992; Kaplar, 2001). Konsep ini memiliki kelebihan seperti dapat berfungsi sebagai alat komunikasi

strategi, alat menghubungkan strategi dengan kinerja, alat analisis sebab-akibat, dan alat penyusunan anggaran (Luis & Biromo, 2007). Konsep *balanced scorecard* untuk pengukuran kinerja relevan untuk diaplikasikan di rumah sakit (Wardhani, 2006).

Berdasarkan hal di atas, dilakukanlah analisis terhadap kinerja Instalasi Farmasi Badan Layanan Umum Daerah RS Kota Banjarbaru dengan pendekatan *balanced scorecard* pada perspektif pelayanan dan perspektif keuangan.

II. METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Jenis penelitian yang dilakukan merupakan penelitian yang bersifat deskriptif analitik. Data dikumpulkan secara retrospektif dan wawancara untuk perspektif keuangan, secara retrospektif untuk perspektif pelayanan rawat inap, dan secara *cross sectional* untuk perspektif pelayanan rawat inap dan jalan yaitu dengan pengamatan langsung di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru. Waktu penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2015-Maret 2015.

C. Teknik Analisa Data Kinerja Perspektif Keuangan

Teknik analisa data yang digunakan adalah dengan melalui pengukuran *value for money*. *Value for money* merupakan konsep pengelolaan organisasi sektor publik yang mendasarkan pada tiga elemen utama, yaitu ekonomis, efisiensi, dan efektifitas (Lailiana, 2013).

1. Rasio Ekonomi

Rasio ini menggambarkan kehematan dalam penggunaan anggaran dan kecermatan dalam pengelolaan serta menghindari pemborosan. Kegiatan operasional dikatakan ekonomis jika dapat mengurangi biaya-biaya yang tidak perlu (Darmiyati & Purwanto, 2013; Pramadhany, 2011; Iswari, 2011).

Rasio Ekonomi =

$$\frac{\text{Total Belanja IFRS}}{\text{Anggaran yang ditetapkan IFRS}} \times 100\%$$

Tabel 1. Kriteria Rasio Ekonomi

Persentase Kinerja Keuangan	Kriteria
Kurang dari 100%	Ekonomis
Sama dengan 100%	Ekonomis Berimbang
Lebih dari 100%	Tidak Ekonomis

2. Rasio Efisiensi

Rasio ini menggambarkan perbandingan antara besarnya biaya yang digunakan untuk memperoleh pendapatan dengan realisasi pendapatan (Pramadhany, 2011; Anonim, 1996).

Rasio Efisiensi =

$$\frac{\text{Total Belanja IFRS}}{\text{Total Realisasi Pendapatan IFRS}} \times 100\%$$

Tabel 2. Kriteria Rasio Efisiensi

Persentase Kinerja Keuangan	Kriteria
Kurang dari 60%	Sangat Efisien
60%-80%	Efisien
80%-90%	Cukup Efisien
90%-100%	Kurang Efisien
100% ke atas	Tidak Efisien

3. Rasio Efektivitas

Efektivitas merupakan hubungan antara *output* dengan tujuan. Semakin besar kontribusi *output* terhadap pencapaian tujuan, maka semakin efektif organisasi, program atau kegiatan (Lailiana, 2013).

$$\text{Rasio Efektivitas} = \frac{\text{Total Realisasi Pendapatan}}{\text{Target Pendapatan}} \times 100\%$$

Tabel 3. Kriteria Rasio Efektivitas

Persentase Kinerja Keuangan	Kriteria
100% ke atas	Sangat Efektif
90%-100%	Efektif
80%-90%	Cukup Efektif
60%-80%	Kurang Efektif
Kurang dari 60%	Tidak Efektif

D. Teknik Analisa Data Kinerja Perspektif Pelayanan Rawat Inap

1. ALOS (*Average Length of Stay*)

ALOS merupakan rata-rata lama rawat inap seorang pasien. Parameter ini memberikan gambaran mutu pelayanan RS (Anonim, 2011; Fatmanelly, 2010).

$$\text{ALOS} = \frac{\text{Jumlah Lama Pasien dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)}}$$

Tabel 4. Standar Kriteria ALOS

Interval Kelas	Bobot Nilai	Kriteria
6-9 hari	3	Baik
4-6 hari	2	Cukup
2-4 hari	2	Cukup
>15 hari	1	Kurang
<2 hari	1	Kurang

2. BOR (*Bed Occupancy Ratio*)

BOR merupakan presentase pemakaian tempat tidur pada satu satuan waktu tertentu. Parameter ini memberikan

gambaran tinggi rendahnya tingkat pemanfaatan tempat tidur RS (OECD, 2011; Fatmanelly, 2010).

$$\text{BOR} =$$

$$\frac{\text{Jumlah Hari Perawatan RS}}{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah Hari 1 Periode})} \times 100\%$$

Tabel 5. Standar Kriteria BOR

Interval Presentase	Bobot Nilai	Kriteria
60%-85%	3	Baik
55%-60%	2	Cukup
86%-90%	2	Cukup
<50%	1	Kurang
>90%	1	Kurang

3. TOI (*Turn Over Interval*)

TOI menunjukkan rata-rata hari sebuah tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Parameter ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur (Anonim, 2011; Fatmanelly, 2010).

$$\text{TOI} =$$

$$\frac{(\text{Jumlah TT} \times \text{Jumlah Hari 1 Periode}) - \text{Jumlah Lama HP}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)}}$$

Tabel 6. Standar Kriteria TOI

Interval Presentase	Bobot Nilai	Kriteria
1-3 hari	3	Baik
3-5 hari	2	Cukup
≥5 hari	1	Kurang

4. BTO (*Bed Turn Over*)

BTO merupakan frekuensi pemakaian tempat tidur dalam satu satuan waktu (biasanya dalam periode 1 tahun). Parameter ini memberikan gambaran tingkat efisiensi pada pemakaian tempat tidur (Anonim, 2011; Fatmanelly, 2010).

$$\text{BTO} = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur}}$$

Tabel 7. Standar Kriteria BTO

Interval Presentase	Bobot Nilai	Kriteria
40-50 kali	3	Baik
50-70 kali	2	Cukup
≥70 kali	1	Kurang

5. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR merupakan angka kematian untuk tiap-tiap 1000 pasien keluar. Parameter ini memberikan gambaran mutu pelayanan di RS (Anonim, 2011; Fatmanelly, 2010).

GDR =

$$\frac{\text{Jumlah Pasien Mati Seluruhnya}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)}} \times 1000\%$$

Tabel 8. Standar Kriteria GDR

Interval Presentase	Bobot Nilai	Kriteria
< 45/1000	3	Baik
45- 60/ 1000	2	Cukup
≥60/1000	1	Kurang

6. NDR (*Net Death Rate*)

NDR merupakan angka kematian 48 jam setelah dirawat untuk tiap-tiap 1000 pasien keluar. Parameter ini memberikan gambaran mutu pelayanan di RS (Anonim, 2011; Fatmanelly, 2010).

ND=

$$\frac{\text{Jumlah Pasien Keluar Mati > 48 jam}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup+Mati)}} \times 1000\%$$

Tabel 9. Standar Kriteria NDR

Interval Presentase	Bobot Nilai	Kriteria
< 25/1000	3	Baik
25- 40/ 1000	2	Cukup
41-65/1000	1	Kurang

E. Teknik Analisa Data Kinerja Perspektif Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Jalan

1. Tingkat ketersediaan obat, membandingkan jumlah item obat yang diserahkan dengan obat yang diresepkan.

Tingkat ketersediaan obat=

$$\frac{\text{Jumlah obat diserahkan}}{\text{Jumlah obat diresepkan}} \times 100\%$$

Standar : 76%-100% (Fakhriadi *et al.*, 2011)

2. *Dispensing time*, mengukur waktu penyediaan obat sejak pasien menyerahkan resep sampai dengan menerima obat yang dimaksud.

Standar waktu tunggu pelayanan obat jadi ≤ 30 menit sedangkan standar waktu tunggu pelayanan obat racikan ≤ 60 menit (Anonim, 2008).

3. Tingkat antrian pasien, menghitung jumlah kedatangan pasien dan jumlah pelayanan yang diberikan oleh unit pelayanan setiap 1 jam selama jam kerja.

Tingkat antrian pasien =

$$\frac{\sum \text{pasien terlayani setelah 1 jam kerja}}{\sum \text{pasien dalam 1 jam kerja}} \times 100\%$$

Standar : telah terlayani 100% atau belum terlayani 100% (Budi *et al.*, 2011).

4. Komponen yang tertera pada etiket obat Keterangan yang terdapat dalam label terdiri dari nama RS, alamat dan nomor telepon, nomor resep, tanggal pembuatan resep, nama pasien, aturan pakai dan peringatan khusus untuk obat tertentu (Budi *et al.*, 2011).

Persentase pelabelan =

$$\frac{\sum \text{obat dengan label yang benar}}{\sum \text{item obat pada resep}} \times 100\%$$

Standar tidak adanya kejadian kesalahan pemberian obat adalah 100% (Anonim, 2008).

5. Komponen Informasi Obat yang diberikan

Informasi obat pada pasien sekurang-kurangnya meliputi cara pemakaian obat, cara penyimpanan obat, jangka waktu pengobatan, aktivitas serta makanan dan minuman yang harus dihindari selama terapi (Anonim, 2004).

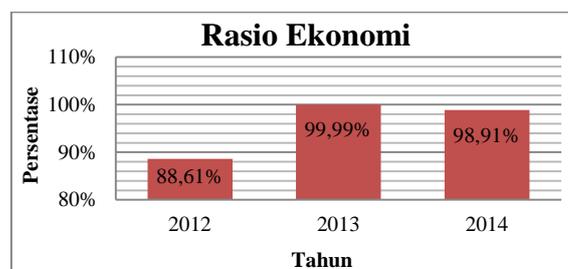
III. HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Perspektif Keuangan

1. Rasio Ekonomi

Hasil yang diperoleh bahwa keuangan dari tahun 2012 hingga 2014 digolongkan ke dalam kriteria ekonomis karena kurang dari 100% (Iswari, 2011), yang berarti realisasi pengeluaran dari tahun ke tahun tidak melebihi anggaran yang ditetapkan. Terlihat dari tahun 2012 ke tahun 2013 terjadi peningkatan persentase rasio ekonomis, peningkatan ini disebabkan pengeluaran yang besar mendekati anggaran yang ditetapkan. Hal ini disebabkan perpindahan kebijakan RS ke sistem BLUD, sehingga RS dapat dengan longgar melakukan perbaikan-perbaikan sarana untuk meningkatkan pelayanan dan peningkatan jumlah obat, sehingga mempengaruhi pengeluaran

RS. Penurunan persentase rasio ekonomis terlihat dari tahun 2013 ke tahun 2014 sebesar 1,08%, penurunan persentase ini disebabkan pengeluaran yang semakin ditata, sehingga tidak melebihi anggaran belanja.



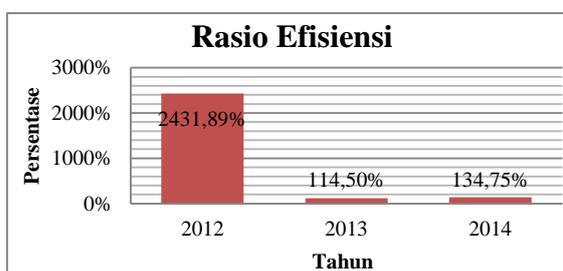
Gambar 1. Rasio Ekonomi Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

Inisiatif yang dapat dilakukan oleh Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru untuk mengoptimalkan rasio ekonomi adalah melakukan pemanfaatan anggaran dengan baik yaitu dengan cara membuat perencanaan pembelian obat yang tepat misal dengan menerapkan sistem stok yang harus dicek setiap hari, sehingga obat tidak mengalami kekosongan, memilih produk obat yang berkualitas dengan memperhatikan harga obat dan waktu pengiriman, sehingga mampu menghemat pengeluaran.

2. Rasio Efisiensi

Hasil yang diperoleh bahwa keuangan di tahun 2012 memiliki persentase rasio efisiensi yang sangat jauh dibanding tahun 2013. Hal ini disebabkan di tahun 2012 terjadi

perpindahan kebijakan dan masa transisi dari RSUD ke BLUD. Di tahun 2013, sistem satu pintu sudah diterapkan di Instalasi Farmasi BLUD RS Kota Banjarbaru, sehingga terjadi peningkatan pendapatan dan didapatkan hasil yang jauh lebih baik, walaupun tetap tergolong dalam criteria tidak efisien.



Gambar 2. Rasio Efisiensi Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

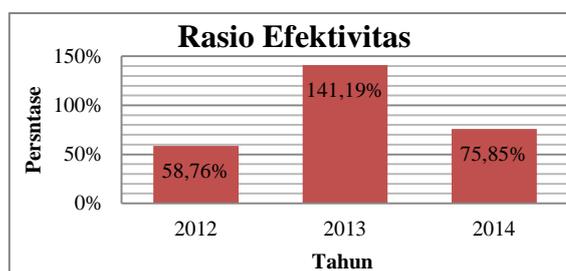
Di tahun 2014, keuangan masih tergolong tidak efisien dan mengalami penurunan disebabkan belanja bahan obat-obatan yang meningkat seiring dengan jumlah pasien yang semakin meningkat setiap tahunnya.

Inisiatif yang dapat dilakukan adalah dengan membuat perencanaan pembelian obat yang tepat, lebih memfokuskan diri dalam menyusun dan mengelola perencanaan keuangan, dan memperbaiki sistem pelayanannya. Peningkatan pelayanan mampu mempertahankan pasien lama dan menarik pasien baru untuk berobat, sehingga dapat meningkatkan pendapatan RS. Pengelolaan sistem informasi RS secara maksimal juga

dapat dilakukan, sehingga RS dapat melakukan efisiensi dalam hal tenaga dan waktu (Anonim, 2014b).

3. Rasio Efektivitas

Suatu organisasi, program, atau kegiatan dinilai efektif apabila output yang dihasilkan bisa memenuhi tujuan yang diharapkan (*spendingwisley*) (Naim, 2013).



Gambar 3. Rasio Efektivitas Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

Perubahan kebijakan juga berdampak pada rasio efektivitas di tahun 2012, dikarenakan tahun 2012 pengelolaan keuangan belum satu pintu (masa transisi, masih dikelola sendiri oleh Instalasi Farmasi).

Tahun 2013 terjadi peningkatan rasio efektivitas dan tergolong sangat efektif karena realisasi pendapatan melebihi target pendapatan. Ini disebabkan pengelolaan keuangan yang digunakan sudah sistem satu pintu, perencanaan keuangan yang sudah diperbaiki, anggaran belanja yang sudah disesuaikan dari tahun sebelumnya, sehingga belanjanya mampu memberikan pendapatan dan keuntungan bagi RS, namun di tahun

2014 mengalami penurunan, karena pemberlakuan sistem JKN, sehingga pendapatan Instalasi Farmasi juga mengalami penurunan, selain itu penentuan target pendapatan yang sangat tinggi tanpa meninjau target di tahun sebelumnya.

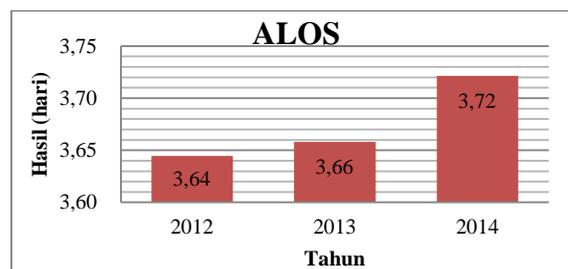
Inisiatif yang dapat dilakukan oleh Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru untuk mengoptimalkan rasio efektivitas dari perspektif yang peneliti ukur adalah mengevaluasi pengadaan obat-obatan di Instalasi Farmasi dan membuat formularium RS agar semua resep terlayani dan pendapatan meningkat. Dari segi RS, RS perlu lebih memfokuskan diri dalam menyusun target dengan meninjau kembali target di tahun sebelumnya, mengevaluasi perencanaan anggaran belanja dan pendapatan, dan menambah dokter spesialis.

B. Perspektif Pelayanan Rawat Inap

1. ALOS (*Average Length of Stay*)

ALOS merupakan rasio yang mengukur jangka waktu atau periode rata-rata pasien dirawat atau menggunakan jasa pelayanan kesehatan rumah sakit. Dari tahun 2012, 2013, dan 2014 ALOS dari BLUD RS Kota Banjarbaru tidak berada pada posisi

ideal dan masuk kriteria cukup, dengan rata-rata ALOS 3,67 hari.



Gambar 4. ALOS BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

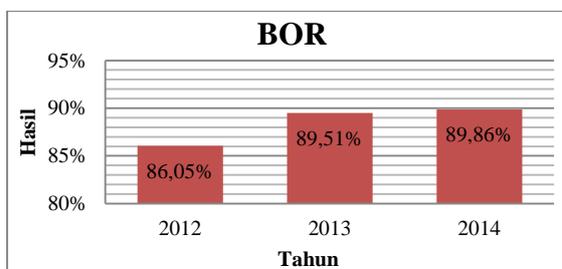
Terlalu kecilnya nilai ALOS (di bawah standar) dapat mengurangi kenyamanan dan kesembuhan pasien; dan dapat menyebabkan pasien kembali dirawat yang justru menambah biaya perawatan lagi (OECD, 2011).

Di tahun 2013 terjadi peningkatan, hal ini dikarenakan di tahun 2013 Banjarbaru dan wilayah sekitar terkena wabah Demam Berdarah (DBD), sehingga berpengaruh pada banyak pasien dirawat inap dan lama pasien dirawat, sedangkan peningkatan ALOS di tahun 2014 disebabkan meningkatnya pasien demam Tifoid di Banjarbaru dan wilayah sekitar, sehingga berpengaruh pada banyak pasien dirawat inap dan lama pasien dirawat dan dapat disebabkan oleh kinerja pelayanan yang berkurang, sehingga karena berkurangnya jumlah tenaga kesehatan pada saat itu, contohnya berkurangnya tenaga kesehatan instalasi farmasi.

Inisiatif untuk ALOS adalah BLUD RS Kota Banjarbaru perlu mengadakan evaluasi dan pengembangan prosedur pengoperasian standar RS, membentuk komite medik untuk menyusun *clinical pathway*, serta memperhatikan beban kerja setiap tenaga kesehatan agar beban kerja tenaga kesehatan tidak melebihi batas yang dapat memicu terjadinya *stress* dan dapat berdampak pada *medication error* (Jones, 2011), dan jika diperlukan menambah sumber daya manusianya, sehingga tidak melebihi beban kerja.

2. BOR (*Bed Occupancy Ratio*)

Nilai BOR tahun 2012, 2013, dan 2014 dari BLUD RS Kota Banjarbaru tidak berada pada posisi ideal dan masuk kriteria cukup.



Gambar 5. BOR BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

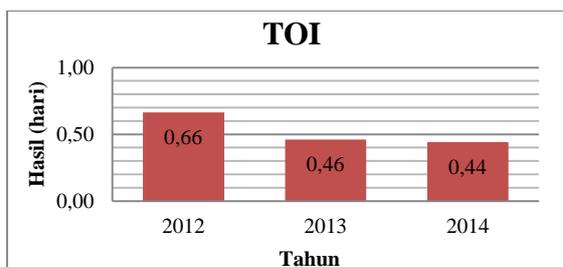
Peningkatan nilai BOR terjadi setiap tahunnya, ini dapat disebabkan faktor peningkatan jumlah pasien rawat inap setiap tahunnya, sehingga pemakaian tempat tidur menjadi lebih sering tanpa diiringi penambahan jumlah tidur; terutama di tahun 2013 Banjarbaru dan wilayah sekitar terkena wabah Demam

Berdarah (DBD), sehingga berpengaruh pada banyaknya pasien dirawat inap dan penggunaan tempat tidur.

Peningkatan nilai BOR di tahun 2014 dikarenakan meningkatnya pasien demam Tifoid di Banjarbaru dan wilayah sekitar, sehingga berpengaruh pada banyaknya pasien dirawat inap dan penggunaan tempat tidur, selain itu dapat disebabkan dari kinerja pelayanan yang berkurang, sehingga pasien semakin lama dirawat karena berkurangnya jumlah tenaga kesehatan pada saat itu, contohnya berkurangnya tenaga kesehatan instalasi farmasi.

3. TOI (*Turn Over Interval*)

Nilai TOI tahun 2012, 2013, dan 2014 dari BLUD RS Kota Banjarbaru tidak berada pada posisi ideal karena indikator nilai TOI yang ideal seperti yang telah ditetapkan adalah antara 1 sampai 3 hari. Rata-rata TOI di tahun 2012 sampai tahun 2014 adalah 0,52 hari. Hal ini menunjukkan interval waktu dari tempat tidur kosong ke tempat tidur terisi berikutnya tidak sampai 1 hari yaitu 0,52 hari. Penurunan nilai TOI menunjukkan pemakaian tempat tidur yang berlebih (Dhungana *et al.*, 2014).

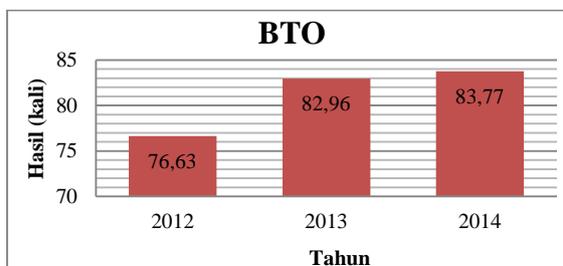


Gambar 6. TOI BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

Inisiatif untuk TOI adalah mengevaluasi prosedur pengoperasian standar pelayanan, memaksimalkan sistem sterilisasi pada ruangan dan setiap alat kesehatan yang digunakan agar tidak terjadi infeksi nosokomial.

4. BTO (*Bed Turn Over*)

Hasil BTO dari tahun 2012, 2013, dan 2014 di BLUD RS Kota Banjarbaru mengalami peningkatan setiap tahunnya dan tidak berada pada posisi ideal dengan rata-rata 81,12 kali dan masuk kriteria kurang.



Gambar 7. BTO BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

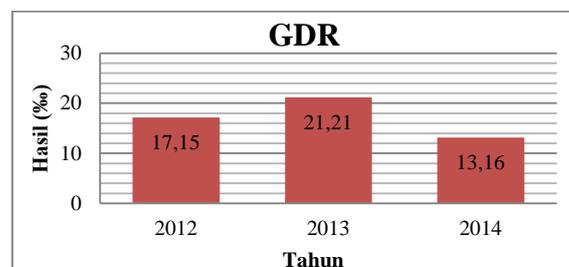
Nilai BTO dipengaruhi oleh semakin banyaknya jumlah pasien rawat inap, sehingga jumlah pasien yang keluar (hidup+mati) juga banyak. Peningkatan nilai BTO terjadi setiap tahunnya, menunjukkan jumlah pasien rawat inap yang semakin banyak, sehingga jumlah pasien keluar juga banyak. Peningkatan

terbesar terlihat di tahun 2013 yaitu sebesar 6,33 kali; ini disebabkan tahun 2013 Banjarbaru dan wilayah sekitar terkena wabah Demam Berdarah (DBD) dan di tahun 2014 terjadi wabah demam Tifoid, sehingga berpengaruh pada banyak pasien dan dirawat inap dan jumlah pasien keluar, sehingga pemakaian sebuah tempat tidur juga semakin sering dan nilai BTO nya meningkat.

5. GDR (*Gross Death Rate*)

GDR atau *Gross Death Rate* adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Indikator ini memberikan gambaran tentang mutu pelayanan rumah sakit. Nilai ideal GDR adalah tidak lebih dari 45 penderita per 1000 penderita keluar, kecuali jika terjadi kejadian khusus seperti wabah penyakit, bencana alam, perang dan lain-lain (Anonim, 2011).

Dari tahun 2012, 2013, dan 2014 GDR BLUD RS Kota Banjarbaru menunjukkan hasil yang tidak lebih dari standar dan masuk kriteria baik.

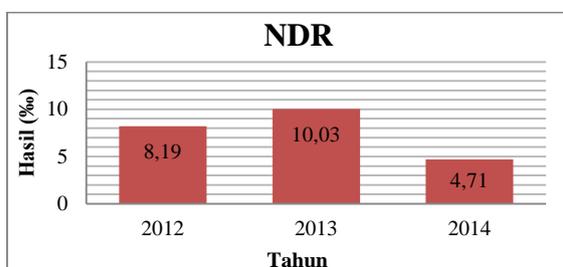


Gambar 8. GDR BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

Peningkatan GDR di tahun 2013 terjadi karena wabah Demam Berdarah dan penurunan nilai GDR di tahun 2014 karena perbaikan pelayanan, sehingga didapat hasil yang fluktuatif..

6. NDR (*Net Death Rate*)

Dari data di atas dapat dilihat nilai NDR tahun 2012 hingga tahun 2014 fluktuatif namun tetap masuk ideal, dimana nilai dari tahun 2012 ke tahun 2013 mengalami peningkatan dan penurunan di tahun 2014 tapi masih di bawah 25%. Rata-rata nilai NDR dari tahun 2012 hingga tahun 2014 adalah 7,64‰ dan masuk kriteria baik. Peningkatan nilai NDR menyatakan banyaknya pasien meninggal lebih dari 48 jam, yang berarti BLUD RS Kota Banjarbaru telah memberikan diagnosis dan pelayanan yang tepat misal dalam pemberian obat, sehingga pasien kembali sehat dan jumlah pasien meninggal yang terjadi tidak melebihi standar.



Gambar 9. NDR BLUD RS Kota Banjarbaru Tahun 2012-2014

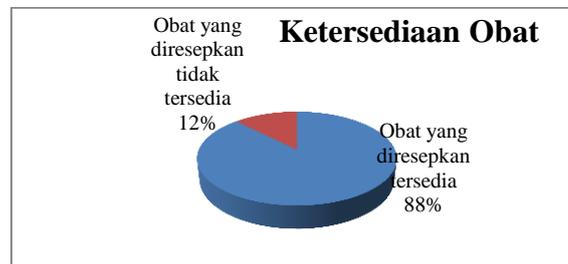
Inisiatif untuk NDR adalah mempertahankan dan meningkatkan

pelayanan agar jumlah pasien meninggal semakin berkurang, melakukan peningkatan kemampuan petugas IGD dalam menghadapi pasien gawat darurat dan membuat prosedur pengoperasian standar dalam penanganan pertama.

C. Perspektif Pelayanan Rawat Inap dan Rawat Jalan

1. Ketersediaan Obat

Tujuan dilakukannya pengukuran tingkat ketersediaan obat adalah untuk mengetahui persentase obat yang diserahkan, sehingga mengetahui cakupan pelayanan rumah sakit (Fakhriadi *et al.*, 2011).

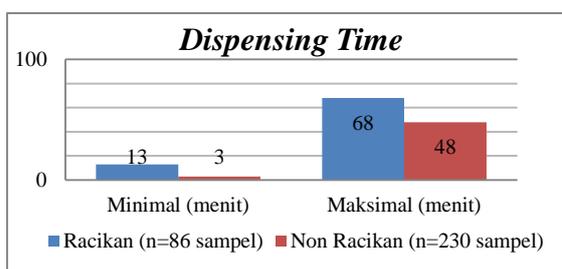


Gambar 10. Ketersediaan Obat di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru

Dari data di atas diperoleh hasil bahwa ketersediaan obat di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru adalah sebesar 88%. Ketersediaan obat tidak luput dari sistem pengelolaan obat, sehingga ketersediaan obat akan baik jika sistem pengelolaannya baik pula.

2. *Dispensing Time*

Dispensing terdiri dari penyiapan, penyerahan dan pemberian informasi Obat (Anonim, 2014c). Tujuan dilakukannya pengukuran *dispensing time* ini adalah untuk mengetahui lama waktu pelayanan farmasi RS (Fakhriadi *et al.*, 2011); baik dari segi obat racikan dan obat non racikan.



Gambar 11. *Dispensing Time* di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru

Dari hasil diperoleh jumlah resep non racikan lebih banyak daripada racikan. Dilihat waktu maksimal dari pelayanan obat racikan adalah sebesar 68 menit dan waktu maksimal pelayanan obat non racikan adalah sebesar 48 menit; yang berarti tidak memenuhi waktu ideal. Hal ini disebabkan beberapa faktor yaitu resep racikan untuk anak datang berturut dan tidak jarang dalam satu resep ada 3 racikan sedangkan alat meracik terbatas dan perlu bergantian menggunakannya, sehingga terjadi penumpukkan resep. Penyerahan obat dilakukan oleh seorang apoteker dengan jumlah pasien mencapai 50 pasien setiap harinya dan sudah sesuai dilihat dari beban kerja

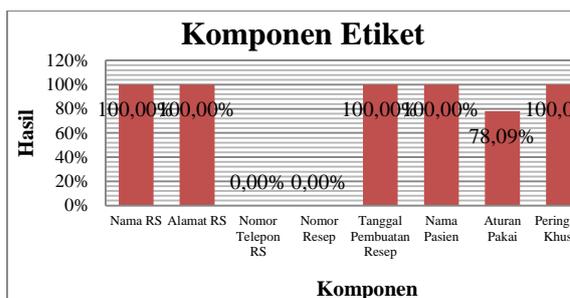
apoteker karena rasio beban kerja seorang apoteker adalah 50 pasien rawat jalan (Anonim, 2014b).

3. Tingkat Antrian Pasien

Dari hasil pengamatan langsung diperoleh hasil rata-rata tingkat antrian pasien adalah 68,05%; yang artinya dari 10 orang pasien yang datang pada jam kerja hanya 6 hingga 7 pasien yang mampu terlayani. Hal ini disebabkan kedatangan pasien yang cukup banyak di satu waktu, sehingga resep menumpuk, rata-rata pasien membawa resep racikan, sehingga pelayanannya menjadi lebih lama, ataupun karena skrining resep atau penggantian obat, sehingga perlu konfirmasi ke dokter yang bersangkutan.

4. Komponen yang Tertera pada Etiket Obat

Dari hasil dapat dilihat nama RS, alamat RS, tanggal pembuatan resep dan nama pasien mencapai persentase 100%. Aturan pakai obat sebesar 78,09% (tidak mencapai 100%) dan 21,91% nya disebabkan pasien rawat inap yang obatnya berupa infus dan alat kesehatan tidak dicantumkan aturan pakai obat dan pemakaian dilakukan secara langsung oleh perawat.

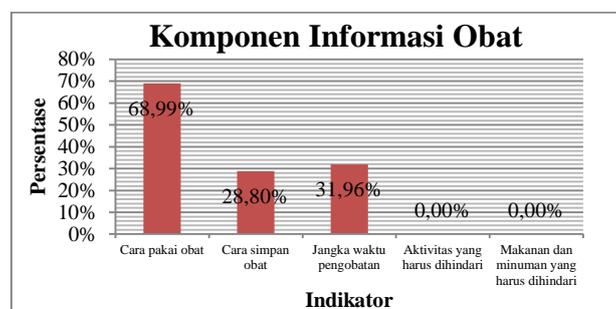


Gambar 12. Komponen Etiket Obat di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru

Peringatan khusus mencapai persentase 100,0% ini ditujukan untuk obat seperti antibiotik yang penggunaannya memang harus rutin dan dihabiskan; dan seperti obat paru. Komponen yang tidak tercantum dalam etiket yaitu nomor telepon RS dan nomor resep, dengan persentase 0,00%. Padahal fungsi nomor telepon itu sendiri adalah untuk menghubungi Instalasi Farmasi jika ada hal yang dibingungkan pasien mengenai pengobatannya dan fungsi nomor resep adalah untuk meminimalisir kesalahan pemberian obat kepada pasien, sehingga ketika tidak tercantum ditakutkan dapat terjadi kesalahan etiket atau kesalahan pemberian obat, terutama pada jam puncak, selain itu nomor resep dapat mempermudah pencarian dokumen apabila terjadi masalah, untuk itu Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru perlu memperbaharui etiket yang sudah ada dengan menambahkan nomor resep dan nomor telepon.

5. Komponen Informasi Obat yang diberikan

Informasi obat merupakan suatu kegiatan untuk memberikan pelayanan informasi obat yang akurat dan objektif dalam hubungannya dengan perawatan pasien, pelayanan informasi obat sangat penting dalam upaya menunjang budaya pengelolaan dan penggunaan obat secara rasional.



Gambar 13. Komponen Informasi Obat di Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru

Pemberian informasi obat cukup seperlunya tergantung penyakit pasien agar pasien tidak mengalami kebingungan akan penyakitnya, misalnya pasien yang mengalami flu dan batuk biasa, cukup diberikan informasi cara pakai obat dan jangka waktu pengobatan saja, tidak perlu hingga aktivitas yang harus dihindari, yang justru akan membuat pasien bingung dan takut dengan penyakitnya.

D. KESIMPULAN

Kesimpulan yang didapat berdasarkan penelitian yang dilakukan adalah:

1. Kinerja Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru tahun 2012-2014 berdasarkan perspektif keuangan ditinjau dari rasio ekonomi, rasio efisiensi dan rasio efektivitas termasuk kriteria cukup baik dengan deskriptif persentase sebesar 61,54%.
2. Kinerja Instalasi Farmasi Pelayanan Pasien Umum BLUD RS Kota Banjarbaru tahun 2012-2014 berdasarkan perspektif pelayanan rawat inap ditinjau dari ALOS, BOR, TOI, BTO, GDR dan NDR termasuk kriteria cukup baik dengan deskriptif persentase sebesar 77,78%; sedangkan perspektif pelayanan rawat inap dan rawat jalan ditinjau dari tingkat ketersediaan obat, *dispensing time* untuk obat racikan, *dispensing time* untuk obat non racikan, tingkat antrian pasien, komponen yang tertera pada etiket, dan komponen informasi obat yang diberikan termasuk kriteria kurang dengan deskriptif persentase sebesar 60%

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim. 1996. Keputusan Mendagri No. 690.900-327 tahun 1996 tentang Pedoman Penilaian dan Kinerja Keuangan.
- Anonim. 2008. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian Minimal di Rumah Sakit.
- Anonim. 2009. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2009 tentang Pekerjaan Kefarmasian.
- Anonim, 2011, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
- Anonim. 2004a. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1027/Menkes/SK/IX/2004 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.
- Anonim. 2014b. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 58 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Rumah Sakit.
- Anonim. 2014c. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 35 Tahun 2014 tentang Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotek.
- Aditama, T. Y. & L. P. Wardhani. 2013. Distribusi Waktu Tunggu Pada Antrian Dengan Menggunakan Disiplin Pelayanan Prioritas (Studi Kasus: Instalasi Rawat Darurat Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya). *Jurnal SAINS dan Seni POMITS*. Vol. 1 No. 1.
- Budi, S., A. Fudholi, & Satibi. 2011. Analisis Kinerja Instalasi Farmasi RS Medika Mulya Wonogiri pada Perspektif Pertumbuhan dan Pembelajaran dan Perspektif Proses Bisnis Internal. *Jurnal Farmasi Indonesia*. Vol. 8 No. 1. ISSN : 1693-8615
- Darmiyati, J. & A. Purwanto. 2013. Penerapan *Balanced Scorecard* sebagai Metode Pengukuran Kinerja pada RS IPHI Pedan Kabupaten Klaten. *Diponegoro Journal of Accounting*. Vol. 2 No.2.
- Dhungana, N. H., U. S. Mughess, & K. S. Kamal. 2014. Role Hospital Utilization Constans As Past Performing And Future Planning Markers. *Asian Journal Of Management Sciences* 2 (5): 1-4

- Fakhriadi, A., Marchaban, & D. Pudjaningsih. 2011. Analisis Pengelolaan Obat di Instalasi Farmasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Temanggung Tahun 2006, 2007 dan 2008. *Jurnal Manajemen dan Pelayanan Farmasi*. Vol. 1 No. 2.
- Fatmanelly. 2010. *Analisis Kinerja RSUD dr. Adnaan WD Tahun 2010 dengan Metode Balanced Scorecard*. UNAND, Padang.
- Iswari, D. R. 2011. Penilaian Kinerja Aspek Finansial Dan Non-Finansial Perusahaan Daerah Pasar Kota Denpasar. *Tesis*. Denpasar.
- Jones, R. 2011. Hospital Bed Occupancy Demystified and Why Hospitals of Different Size and Complexity Must Run at Different Average Occupancy. *British Journal of Healthcare Management*. Vol. 17(6): 242-248.
- Kaplan, R. S. & D. P. Norton. 1992. *The Balance Scorecard, Measures That Drive Performance*. Harvard Business Review On Measuring Corporate Performance. Harvard Business School Press, Boston.
- Kaplan, R. S. 2001. *Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard*. Harvard Business Review On Measuring Corporate Performance. Harvard Business School Press, Boston.
- Liando, H. S., D. P. E. Saerang, & I. Elim. 2014. Analisis Kinerja Keuangan Pemerintah Kabupaten Kepulauan Sangihe Menggunakan Metode *Value For Money*. *Jurnal EMBA*. Vol. 2 No. 3. ISSN 2303-1174
- Lailiana, I. 2013. Analisis Kinerja Rumah Sakit dengan Pendekatan *Balanced Scorecard* (Kasus pada RSUD Haji Makassar). *Skripsi*. Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis. Universitas Hasanuddin, Makassar.
- Luis, S. & P. Biromo. 2007. *Step by Step in Cascading Balanced Scorecard to Functional Scorecards*. Gramedia Pustaka Utama, Jakarta.
- Mulyono, S. 2009. Analisis Pengukuran Kinerja dengan Pendekatan *Balanced Scorecard* (Studi Kasus pada Rumah Sakit Umum Pusat Fatmawati). *Skripsi*. Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Ilmu Sosial Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Naim, N. 2013. Penerapan Konsep *Value For Money* dalam Menilai Kinerja Pelayanan Sektor Publik pada Rumah Sakit Labuang Baji Kota Makassar. *Skripsi*. Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Hasanuddin, Makassar.
- OECD. 2011. *Health at a Glance 2011 : OECD Indicators, Average Length of Stay in Hospitals*. http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-en/04/05/index.html;jsessionid=5b1soihsa63su.x-oecd-live-02?itemId=/content/chapter/health_glance-2011-33-en&csp_=7437a3773df7eb771d0f1145cc7940bf Diakses tanggal 6 Juli 2015
- Pramadhany, W. E. Y. 2011. Penerapan Metode *Balanced Scorecard* sebagai Tolak Ukur Penilaian Kinerja Pada Organisasi Nirlaba (Studi Kasus pada Rumah Sakit Bhayangkara Semarang). *Skripsi*. Jurusan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Diponegoro, Semarang.
- Suwardika, I. N. 2011. Analisis Kinerja Organisasi Sektor Publik Menggunakan *Balanced Scorecard* (Studi pada Badan Pendidikan dan Pelatihan Provinsi Jawa Timur). *Publikasi Ilmiah*. Program Magister Akuntansi Pascasarjana Fakultas Ekonomi Universitas Brawijaya, Malang.
- Wardhani, M. S. P. 2006. Pengukuran Kinerja Pelayanan Instalasi Farmasi di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman dengan Pendekatan Empat Prespektif dalam *Balanced Scorecard*. *Tesis*. Sekolah Pascasarjana Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.