

**Pendampingan Penyusunan Manual Indikator Kinerja Utama
Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Prembun****Assistance in Preparation of Key Performance Indicator Manuals
Director of the Prembun Regional General Hospital****Renny Sukmono¹, Sriyani², Agni Indriyani³**¹BPPK/PKNSTAN, ²BPPK/PKNSTAN, ³BPPK/PKNSTANe-mail: ¹renny@pknstan.ac.id, ²sriyani@pknstan.ac.id, ³agni.indriani@gmail.com

Abstrak: Nilai evaluasi indikator sistem akuntabilitas kinerja instansi pemerintahan (SAKIP) Kabupaten Kebumen masih jauh dari target. Komponen pengukuran kinerja adalah indikator yang memiliki selisih paling jauh dari target. Kinerja Kabupaten Kebumen didukung oleh kinerja unit-unit di bawahnya. Salah satu unit pendukung adalah RSUD Prembun. Pengelolaan kinerja RSUD Prembun belum dilakukan secara optimal. Pada aspek pengukuran kinerja, RSUD Prembun belum memiliki manual indikator kinerja. Manual ini merupakan dokumen penting sebagai panduan teknis pengukuran kinerja. Pengelola kinerja RSUD Prembun sama sekali belum memiliki keterampilan dalam penyusunan manual indikator kinerja utama (IKU). Untuk itu, kegiatan pengabdian masyarakat diarahkan untuk membantu RSUD Prembun untuk menyusun manual IKU. Kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan dengan menggunakan media luring dan daring. Jarak lokasi RSUD Prembun dan PKNSTAN yang jauh (lebih dari 200 km) tidak memungkinkan pendampingan secara luring dalam waktu yang memadai. Sementara itu, untuk menyusun manual IKU, tim pengmas membutuhkan beberapa tahapan kegiatan dan koordinasi intensif dengan pemilik IKU. Untuk itu, sebagian tahapan dikerjakan dengan mekanisme daring yaitu dengan *zoom meeting*. Hasil kegiatan pengabdian masyarakat adalah dokumen manual untuk 12 indikator kinerja utama Direktur RSUD Prembun.

Kata Kunci: Manajemen Kinerja, SAKIP, IKU.

Abstract: *The evaluation value of the performance accountability system indicators for government agencies (SAKIP) in Kebumen Regency is still far from the target. The performance measurement component is the indicator that has the farthest difference from the target. The performance of Kebumen Regency is supported by the performance of the units under it. One of the supporting units is Prembun Hospital. The performance management of Prembun Hospital has not been carried out optimally. In the aspect of performance measurement, Prembun Hospital does not yet have a performance indicator manual. This manual is an important document as a technical guide for performance measurement. The performance manager at Prembun Hospital has absolutely no skills in preparing key performance indicator manuals (IKU). For this reason, community service activities are directed at helping Prembun Hospital to compile the KPI manual. Community service activities are carried out using offline and online media. The location of the Prembun Hospital and PKNSTAN is far away (more than 200 km) does not allow offline assistance in sufficient time. Meanwhile, to compile the IKU manual, the community service team needs several stages of activity and intensive coordination with the IKU owner. For this reason, some of the steps are carried out using an online mechanism, namely by zoom meeting. The results of community service activities are manual documents for 12 main performance indicators for the Director of Prembun Hospital.*

Keywords: *Performance Management, SAKIP, KPI*

A. Pendahuluan

Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintahan (SAKIP) adalah salah satu metode yang digunakan oleh pemerintah untuk melaksanakan reformasi birokrasi dengan tujuan untuk menciptakan pemerintahan yang efektif dan efisien. Kinerja pemerintah tidak hanya menghasilkan output kegiatan, tetapi didorong untuk menghasilkan *outcome*.

Menurut Peraturan Menteri Pemberdayaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Republik Indonesia nomor 6 tahun 2022 pengelolaan kinerja terdiri dari 4 tahap yaitu: perencanaan kinerja, pelaksanaan, pemantauan, dan pembinaan kinerja pegawai, penilaian kinerja pegawai, serta tindak lanjut hasil evaluasi kinerja pegawai (Peraturan Menteri PANRB No 6 Tahun 2022 tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Aparatur Sipil Negara, 2022). Pada tahun 2019 Pemerintah Provinsi Jawa Tengah mendapatkan penilaian SAKIP dengan kategori A dari Kementerian PAN RB. Capaian ini lebih tinggi daripada nilai yang berhasil diraih pada tahun sebelumnya. Penghargaan peringkat A merupakan suatu tahap yang tidak didapatkan dengan mudah oleh Pemerintah Provinsi Jawa Tengah. Raihan ini cukup menggembirakan tetapi Gubernur Jawa Tengah belum merasa puas dan akan senantiasa mendorong seluruh jajarannya untuk nantinya bisa meraih predikat AA. Gubernur Jawa Tengah juga menyatakan bahwa tidak akan hanya memikirkan output tetapi juga harus berfokus pada *outcome*, sehingga manfaat yang dirasakan masyarakat benar-benar terukur.

Provinsi Jawa Tengah terdiri atas 29 kabupaten dan 6 kota. Penilaian SAKIP paling tinggi yaitu predikat B (sebanyak 80%). 8,57% dari total kabupaten/kota masih mendapatkan predikat CC. Tahapan pengelolaan kinerja masih menjadi pekerjaan rumah yang cukup rumit bagi pemerintah kabupaten. Bimbingan yang belum memadai dan SDM di pemerintah daerah belum dibekali kapabilitas yang mumpuni untuk melakukan pengelolaan kinerja. Output yang bersifat *intangibile* (output yang sulit diukur secara kuantitatif) menyebabkan pengukuran kinerja instansi pemerintah tidaklah mudah dilakukan (Sadmoko, 2019).

Kabupaten Kebumen merupakan salah satu kabupaten di Provinsi Jawa Tengah mendapatkan penghargaan SAKIP dengan kategori B (nilai 61,85). Raihan ini meningkat dari tahun sebelumnya dengan predikat CC (nilai 58,72). Peningkatan ke kategori B ini menunjukkan bahwa akuntabilitas kinerja Kabupaten Kebumen sudah baik yaitu memiliki sistem yang dapat digunakan untuk manajemen kinerja tetapi masih membutuhkan perbaikan. Raihan predikat B dicapai oleh Kabupaten Kebumen memerlukan waktu yang cukup lama. Sampai dengan tahun 2018 Kabupaten Kebumen masih meraih predikat CC. Pengukuran kinerja merupakan pekerjaan utama yang harus diselesaikan oleh Kabupaten Kebumen. Komponen ini memiliki selisih paling besar dibandingkan dengan komponen lainnya.

Capaian kinerja Bupati Kebumen didukung oleh capaian kinerja unit di bawahnya. Salah satu instansi di bawah naungan Kabupaten Kebumen adalah Rumah Sakit Umum Daerah Prembun. Sebagai bagian integral dari sebuah organisasi sosial, rumah sakit

dituntut untuk memberikan pelayanan yang paripurna (Asmara, 2018). Rumah sakit Daerah menjalankan peranannya di bidang kesehatan dengan mengacu kepada peraturan Menteri Kesehatan Nomor 4 tahun 2019 tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal bidang kesehatan yaitu memberikan pelayanan dasar bidang kesehatan (Kesehatan, 2019).

Salah satu keunikan rumah sakit adalah organisasi ini bisa bersifat badan layanan umum (BLU). Tanggung jawab BLU berbeda dengan rumah sakit yang belum BLU ataupun swasta (Rivaningrum & Mahmud, 2015). RSUD Prembun merupakan salah satu rumah sakit dengan status BLUD yang disahkan dengan Keputusan Bupati Nomor 449/255 Tahun 2018 tentang Unit Pelaksana Teknis Dinas Unit Rumah Sakit Umum Daerah Prembun sebagai Sub Organisasi Perangkat Daerah yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (Pembun, 2021).

Dengan status BLUD, RSUD Prembun dituntut untuk menyusun rencana strategis. Namun, hal ini tidak diwajibkan sebagai organisasi di bawah Kabupaten Kebumen. RSUD Prembun berinisiatif untuk menyusun rencana strategis meskipun tidak diwajibkan. Untuk penyusunan rencana strategis ini, RSUD Prembun bekerjasama dengan PKN STAN. Untuk menentukan indikator kinerja yang dituangkan dalam rencana strategis, pendekatan yang digunakan adalah *Balanced Scorecard* (BSC). Pendekatan ini tidak hanya memperhitungkan kinerja finansial, tetapi juga kinerja non finansial (Wiguna et al., 2019). Renstra yang disusun menggunakan pendekatan BSC, seyogyanya pendekatan pengelolaan kinerja yang digunakan adalah BSC. Namun, karena pengelolaan kinerja di RSUD Prembun belum bisa sepenuhnya menggunakan BSC karena harus selaras dengan pengukuran kinerja Kabupaten Kebumen yaitu dengan SAKIP. Pendekatan BSC digunakan untuk melakukan identifikasi kinerja-kinerja utama yang akan digunakan karena sejatinya masih ada benang merah antara BSC dengan SAKIP.

Sebagai organisasi yang baru menerapkan pola pengelolaan kinerja dengan BSC, RSUD Prembun menghadapi beberapa permasalahan. Permasalahan pertama yaitu pada bidang SDM. Seluruh pegawai mulai dari level tertinggi sampai dengan level terendah sama sekali belum memahami bagaimana pengelolaan kinerja. Untuk itu, target tim pengmas MKO pada tahun 2021 adalah memberikan pemahaman dan pengetahuan pengelolaan kinerja. Pengelolaan kinerja di RSUD Prembun belum dilakukan secara optimal. Indikator kinerja sebenarnya telah disusun melalui standar pelayanan minimum (SPM) rumah sakit, indikator layanan BLU rumah sakit dan indikator kinerja utama direktur. Namun, suatu pengukuran yang bisa menunjukkan kinerja utama rumah sakit belum disusun sehingga pihak manajemen rumah sakit pun masih mempunyai beberapa patokan dalam menjalankan kinerja. Kinerja direktur rumah sakit tidak optimal tanpa adanya dukungan yang optimal dari staf rumah sakit. Jajaran dan staf rumah sakit tidak akan bisa memberikan dukungan optimal jika sosialisasi dan pembekalan tidak dilakukan secara memadai dari tim pengelola kinerja. Pada tahap pertama, Tim Pengabdian Masyarakat dan tim pengelola kinerja RSUD Prembun menyusun indikator

kinerja direktur beserta *cascading* indikator kinerja ke level di bawahnya. Tim pengabdian masyarakat terdiri dari tiga orang dosen. Sebelum menjabat sebagai dosen, tim pengmas adalah pejabat struktural yang ikut berperan dalam pengelolaan kinerja di Badan Pendidikan dan Pelatihan Keuangan (BPPK) Kementerian Keuangan, khususnya dalam penyusunan indikator kinerja utama.

Sebagai langkah perbaikan pengelolaan kinerja, iku direktur rumah sakit dan matriks *cascading* saja tidak mencukupi. Diperlukan serangkaian tahapan sehingga pengelolaan kinerja bisa diimplementasikan. Indikator kinerja telah tersedia, tetapi bagaimana dan apa yang akan diukur belum ada patokan yang digunakan. Jika belum tersedia patokan ini, pihak yang membaca indikator bisa menerjemahkan definisi pengukuran berdasarkan persepsi masing-masing. Untuk itu diperlukan sebuah dokumen yang digunakan untuk mendeskripsikan secara jelas apa dan bagaimana sebuah indikator diukur. Dokumen ini juga akan menyeragamkan arah pikiran dari setiap pihak yang menggunakan. Dokumen ini disebut dengan manual IKU.

Berdasarkan hasil observasi dan diskusi dengan Direktur, Jajaran dan Staf RSUD Prembun pada kegiatan pengabdian masyarakat tahap 1 tahun 2021, permasalahan yang timbul dan menjadi kendala pengelolaan kinerja RSUD Prembun adalah:

1. Pengelola Manajemen Kinerja Organisasi sama sekali belum memahami konsep pengukuran kinerja.
2. Penyusunan Kontrak Kinerja Direktur Rumah Sakit belum sesuai kaidah.
3. Penyusunan matriks *cascading* indikator kinerja dari direktur ke level di bawahnya belum dilakukan.
4. Penyusunan manual IKU direktur rumah sakit belum dilakukan
5. Penyusunan Kontrak Kinerja Kepala Bidang belum dilakukan
6. Penyusunan IKU Kepala Bidang/Kepala Bagian non *cascading* belum dilakukan.
7. Penyusunan Manual IKU Kepala Bidang/Kepala Bagian belum dilakukan
8. Penyusunan matriks *cascading* IKU dari Kepala Bidang/Kepala Bagian kepada Kepala Subbagian/Kepala Seksi belum dilakukan
9. Penyusunan IKU Kepala Subbagian/Kepala Seksi (IKU *cascading* dan non-*cascading*).
10. Penyusunan Manual IKU Kepala Subbagian/Kepala Seksi (IKU *cascading* dan non-*cascading*)
11. Penyusunan IKU dan Kontrak Kinerja Pelaksana
12. Penyusunan IKU dan Kontrak Kinerja Pejabat Fungsional
13. Penyusunan Manual IKU Pelaksana
14. Penyusunan Manual IKU Pejabat Fungsional.

Dari 14 permasalahan yang berhasil digali permasalahan nomor 1 sampai dengan 3 sudah diselesaikan melalui pengabdian masyarakat pada tahun 2021, target pengabdian masyarakat pada tahun 2022 adalah menyelesaikan permasalahan nomor 4 yaitu

penyusunan manual IKU Direktur Rumah Sakit. Untuk permasalahan 5 sampai dengan 14 akan diselesaikan pada kegiatan pengabdian masyarakat tahun 2023.

B. Metode

Metode pengumpulan data yang dilakukan pada pengabdian masyarakat ini adalah wawancara dan kajian literatur. Wawancara dilakukan kepada pelaku kunci dari manajemen kinerja yaitu Direktur Rumah Sakit RSUD Prembun, pejabat eselon IV pemilik kinerja dan beberapa staf. Kajian literatur dilakukan dengan mempelajari peraturan-peraturan terkait manajemen kinerja, renstra RSUD Prembun, dan artikel-artikel terkait.

Media yang digunakan dalam pelaksanaan pengabdian masyarakat ini menggabungkan 2 media yaitu dalam jaringan (daring) dan luar jaringan (luring). Penggabungan 2 media daring dan luring mempertimbangkan jarak obyek penelitian yang cukup jauh sehingga tidak memungkinkan jika seluruh kegiatan dilakukan secara luring. Sementara itu, penyusunan manual IKU ini dilakukan dalam beberapa tahapan kegiatan dan diskusi intensif dengan pemilik IKU. Rincian kegiatan pendampingan baik luring maupun daring disajikan pada Tabel 1.

Tabel 1 Rincian Kegiatan Pendampingan Luring dan Daring

No	Mekanisme Kegiatan	Rincian Kegiatan
1	Daring	a. Pembekalan materi terkait <i>balanced scorecard</i> (BSC); b. Pembahasan manual IKU sesuai dengan penanggung jawab IKU (Kepala Bagian Tata Usaha); c. Pembahasan manual IKU sesuai dengan penanggung jawab IKU (Kepala Bidang Pelayanan); d. Pembahasan manual IKU sesuai dengan penanggung jawab IKU (Kepala Bagian Penunjang); e. Pembahasan manual IKU sesuai dengan penanggung jawab IKU (Kepala Bidang Keuangan)
2	Luring	Pembahasan manual IKU rumah sakit (Manual IKU Direktur) dengan seluruh manajemen rumah sakit dan perwakilan pelaksana dari tiap-tiap bagian/bidang (PIC Pengelola Kinerja).

Pada kegiatan daring diawali dengan memaparkan materi terkait penyusunan manual indikator kinerja. Pada penjelasan materi untuk lebih memudahkan mitra, juga diselingi dengan *sharing* pengalaman praktek penyusunan manual IKU di Kementerian Keuangan. Simulasi penyusunan manual indikator kinerja adalah tahapan berikutnya yang dilakukan. Dengan simulasi ini diharapkan pengelola kinerja RSUD Prembun mampu melakukan penyusunan manual sampai dengan unit terkecil secara mandiri. Pada akhir diskusi secara daring, terdapat penugasan untuk tim pengelola kinerja RSUD Prembun untuk menyusun manual indikator kinerja direktur, kemudian dibahas dalam setiap sesi penyusunan manual bersama pemilik IKU (tiap-tiap bidang/bagian). Untuk kegiatan luring, dibahas dokumen manual indikator kinerja yang telah disusun.

Pembahasan dilakukan dengan melibatkan seluruh jajaran rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap kinerja terkait. Kegiatan luring dilakukan dengan melakukan visitasi tim pengabdian masyarakat ke RSUD Prembun.

Pelaksanaan kegiatan pengabdian masyarakat dilakukan dalam empat tahapan, yaitu tahap pemetaan kondisi setelah kegiatan pengabdian masyarakat tahap 1 tahun 2021, tahap identifikasi kegiatan, tahap pelaksanaan dan tahap finalisasi. Langkah-langkah pada setiap tahapan adalah sebagai berikut:

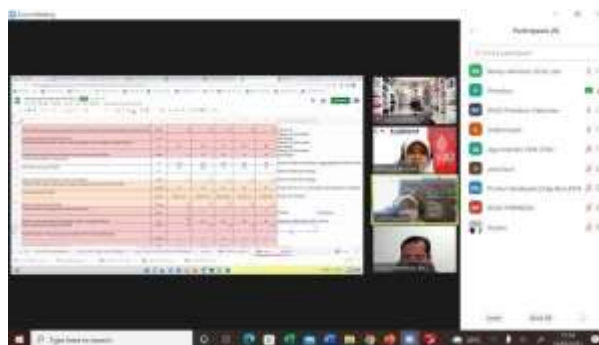
- a. Tahap Pemetaan Kondisi setelah Kegiatan Pengabdian Masyarakat Tahap 1 Tahun 2021
 - 1) Kegiatan diskusi secara daring tentang implementasi pengelolaan kinerja pada tahun 2022;
 - 2) Diskusi secara daring tentang tindak lanjut hasil kegiatan pengabdian masyarakat tahap 1 pada tahun 2021;
 - 3) Pemaparan dan diskusi secara daring tahapan selanjutnya yang harus dilakukan oleh RSUD Prembun;
 - 4) Pemaparan dan diskusi secara daring tentang urgensi pembentukan tim pengelola kinerja sampai dengan level terendah.
- b. Tahap Identifikasi Kegiatan
 - 1) Pada kegiatan pengabdian masyarakat tahap 1 tahun 2022 ini akan berfokus pada pemahaman materi terkait penyusunan manual IKU;
 - 2) Diskusi melalui *zoom meeting* dengan pengelola kinerja RSUD Prembun terkait rencana kegiatan yang akan dilakukan;
 - 3) Penyusunan jadwal diskusi daring secara periodik. Hal ini dilakukan agar setiap hasil kegiatan yang dilakukan secara mandiri dapat diamati dan dipastikan sudah sesuai dengan kaidah.
- c. Tahap Pelaksanaan Penyusunan Manual IKU
 - 1) Pemaparan materi dan *sharing* pengalaman terkait penyusunan manual IKU yang dilakukan secara daring;
 - 2) Pemaparan satu contoh manual IKU dan penjelasan setiap elemen yang ada pada manual IKU secara daring;
 - 3) Pendampingan secara daring simulasi penyusunan manual IKU Direktur RSUD Prembun (dengan perwakilan tiap-tiap bidang/bagian);
 - 4) Penyusunan mandiri Manual IKU oleh pengelola kinerja RSUD Prembun dan konsultasi via *whatsapp* setiap terjadi hambatan dalam penyusunan.
 - 5) Pembahasan manual IKU dengan tatap muka *offline* dengan melibatkan direktur beserta seluruh jajaran rumah sakit.
- d. Tahap Finalisasi

Tahap finalisasi ini merupakan tahapan yang tim pengabdian masyarakat gunakan untuk mengobservasi secara langsung implementasi hasil diskusi yang dilakukan secara daring. Tahap ini dilakukan melalui langkah-langkah sebagai berikut:

- 1) Perbaiki manual indikator kinerja secara luring;
- 2) Penyampaian rencana kinerja untuk kegiatan pengabdian masyarakat tahun 2023.

C. Hasil dan Pembahasan

Pelaksanaan kegiatan Pengabdian masyarakat dimulai dengan pemaparan materi manajemen kinerja organisasi dan diskusi contoh penyusunan manual IKU, kegiatan ini dilakukan secara daring pada tanggal 16 Juni 2022 dihadiri oleh tim pengabdian masyarakat, direktur rumah sakit RSUD Prembun, para pejabat dan pelaksana di RSUD Prembun.



Gambar 2. Pelaksanaan Pengabdian Masyarakat

Perumusan manual indikator kinerja tidak dilalui dengan mudah. Pada setiap indikator perlu disepakati hal-hal apa saja yang diukur, batasan pengukuran, pihak yang bertanggung jawab, target dan lain-lain. Penyusunan manual indikator kinerja sebagian besar dilakukan oleh pengelola kinerja rumah sakit dengan berkoordinasi dengan tim pengabdian masyarakat PKNSTAN. Pendampingan dilakukan secara bertahap kepada masing-masing bidang/bagian. Pendampingan dengan metode bimbingan belajar dapat meningkatkan prestasi dan juga motivasi belajar (Santoso & Rusmawati, 2019). Pendampingan yang dilakukan berkala akan mendorong mitra untuk mencapai target-target pada setiap tahapan. Evaluasi secara berkala terhadap capaian ini akan menambah motivasi mitra untuk melakukan tahapan selanjutnya karena hambatan selama ini unit melakukan pengelolaan kinerja secara mandiri dengan arahan yang sangat minimal.

Pada kegiatan pengabdian masyarakat pada tahun 2022, tim pengabdian masyarakat PKN STAN dan tim pengelola kinerja RSUD Prembun telah menyelesaikan manual 12 indikator kinerja direktur rumah sakit. Pengukuran kinerja pada RSUD Prembun mengikuti metode pengukuran kinerja Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen yaitu menggunakan SAKIP. Dalam SAKIP tidak terdapat istilah manual indikator kinerja tetapi penjelasan ringkas terkait ketentuan pengukuran kinerja dituangkan dalam dokumen yang disebut metadata. Namun, pada tahun 2022 ini proses penyusunan manual berbarengan dengan penyusunan indikator mutu rumah sakit yang merupakan salah satu tahapan yang harus dilakukan dalam proses akreditasi rumah sakit. Format indikator mutu ini sangat mirip dengan format manual indikator kinerja pada *balanced*

scorecard (BSC). Untuk itu, tim sepakat untuk menggunakan format indikator mutu ini sebagai *template* manual indikator kinerja mulai dari indikator kinerja direktur sampai dengan manual indikator staf. Pengelola kinerja RSUD Prembun menyadari pentingnya dokumen manual IKU ini. Manual IKU ini menunjukkan komitmen RSUD Prembun untuk mengelola kinerja lebih baik lagi.

RSUD Prembun memiliki beberapa penilaian untuk menilai kinerja rumah sakit, antara lain standar pelayanan minimum (SPM), indikator mutu, rencana strategis dan indikator BLUD. Tim menyepakati untuk indikator kinerja utama rumah sakit merujuk pada dokumen SPM. Alasan pemilihan SPM adalah karena dengan SPM indikator kinerja bisa lebih mudah di-*cascade* sampai dengan level paling bawah. Dua belas IKU yang dipilih oleh tim pengelola kinerja dan telah dibuat manualnya adalah:

- a. Persentase asset rumah sakit dalam kondisi baik;
- b. Indeks kinerja pelaksanaan anggaran;
- c. Opini laporan keuangan;
- d. Jumlah karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas (diklat/workshop/bimtek/dll);
- e. Indeks kualitas SDM rumah sakit;
- f. Persentase karyawan dengan pencapaian sasaran kinerja minimal baik;
- g. Persentase ketersediaan sarana dan prasarana sesuai dengan standar kelas C rumah sakit;
- h. *Bed Occupancy Ratio* (BOR);
- i. Indeks kepuasan masyarakat;
- j. Akreditasi rumah sakit;
- k. Persentase kemampuan komunikasi data (interoperabilitas);
- l. Skor penerapan rumah sakit ramah lingkungan.

Pembekalan materi terkait penyusunan manual IKU kepada pengelola kinerja rumah sakit dilakukan pada tahap awal pelaksanaan kegiatan. Pembekalan hanya bersifat menjelaskan istilah-istilah yang belum dipahami oleh pengelola kinerja. Selain itu, juga disampaikan pengalaman penyusunan manual indikator kinerja di Kementerian Keuangan. Pelaksanaan pembekalan materi ini dirasa tidak mengalami kendala karena sudah terdapat beberapa pegawai yang telah memahami karena telah menyusun indikator mutu rumah sakit. Hal ini sangat membantu pengelola kinerja untuk merumuskan manual 12 indikator kinerja rumah sakit. Selain itu, beberapa komponen manual indikator kinerja juga mengadopsi definisi pada SPM rumah sakit. Pada akhirnya, pengelola kinerja RSUD Prembun mampu melakukan penyusunan manual indikator direktur secara mandiri.

Indikator kinerja merupakan kesepakatan antara bawahan dengan atasan langsungnya. Demikian halnya juga dengan manual indikator kinerja. Manual indikator kinerja juga harus disepakati oleh pegawai yang dinilai dengan atasan langsungnya. Penyusunan manual indikator kinerja ini tidak bisa dilakukan sepihak oleh pengelola kinerja, tetapi harus melibatkan seluruh pihak yang terlibat. Hal inilah yang menjadi

masalah pengelolaan kinerja di RSUD Prembun. Sebagian besar pihak menyerahkan semua tahapan ke pengelola kinerja rumah sakit. Sebagian besar elemen rumah sakit masih belum memahami urgensi dan konsekuensi dari penetapan kinerja ini sehingga menyerahkan semua ke pengelola kinerja. Hal ini terbukti pada saat melakukan pertemuan secara daring, hanya beberapa saja yang mengikuti kegiatan diskusi. Sebagian besar pihak lebih nyaman dengan hanya menerima dokumen yang telah dibuat oleh pengelola kinerja dan menyetujui semuanya tanpa ada pertanyaan. Hal ini akan menjadi boomerang di kemudian hari jika terjadi masalah dalam pengelolaan kinerja ini. Untuk mengatasi permasalahan ini, tim pengabdian masyarakat melakukan visitasi dan diskusi langsung dengan direktur, jajaran dan staf rumah sakit.

Tahap kedua yang dilakukan dalam pengabdian masyarakat ini adalah pendampingan secara *offline*, diskusi diikuti oleh semua pejabat RSUD Prembun yang terdiri dari Direktur dan seluruh pejabat eselon IV dan perwakilan staf. Pada akhir kegiatan diskusi *offline*, peserta rapat menyadari bahwa kinerja rumah sakit tidak hanya bisa diserahkan kepada pengelola kinerja tetapi membutuhkan kontribusi dari semua pihak. Pengelola juga sangat terbantu dengan peningkatan kesadaran ini karena awalnya pengelola kinerja sulit memutuskan terkait hal-hal teknis. Dengan kesepakatan melalui diskusi tidak hanya menyelesaikan manual indikator kinerja saja, tetapi semua elemen rumah sakit sekaligus memahami manual indikator kinerja.

Kemudian pada saat visitasi dan diskusi secara *offline*, manual indikator kinerja dibahas secara detail dengan direktur dan seluruh jajaran rumah sakit. Pada saat diskusi terjadi pembahasan yang cukup alot namun akhirnya bisa disepakati oleh semua pihak. Permasalahan yang terjadi pada saat penyusunan manual indikator kinerja adalah:

1. Sinkronisasi Target Antar Indikator Kinerja

Komponen target capaian kinerja tidak sinkron antara dimensi kualitas dengan dimensi kuantitas. Pada SAKIP satu indikator diukur dalam tiga dimensi yaitu dimensi kualitas, kuantitas dan waktu. Misalnya kinerja terkait pegawai yang mendapatkan pelatihan. Pada indikator kinerja “jumlah karyawan yang mendapat peningkatan kapasitas dan kapabilitas” merupakan dimensi kuantitas. IKU “Indeks Kualitas SDM Rumah Sakit” mengukur dimensi kualitas dan IKU “waktu pelaksanaan pelatihan” menggambarkan dimensi waktu.

2. Perhitungan Capaian Indikator Kinerja yang Masih Membingungkan

Permasalahan ini terjadi pada IKU “Indeks Kepuasan Masyarakat”. Indikator kinerja ini diukur dengan menggunakan kuesioner yang diisi oleh pasien atau keluarga pasien. Target yang ditetapkan oleh rumah sakit adalah A. Jika dilihat dari penamaan indikator kinerja dengan target tidak sinkron. Jika indeks, biasanya target akan disajikan dalam bentuk data kuantitatif bukan data kualitatif. Target biasanya akan selaras dengan skala yang digunakan dalam kuesioner. Skala yang digunakan pada kuesioner adalah skala likert yaitu tidak sesuai, kurang sesuai, sesuai dan sangat sesuai. Skala ini bisa diubah menjadi data kuantitatif 1 s.d 4, sehingga indeks kepuasan akan berada pada range 1 s.d 4. Namun, target pada indikator kinerja ini

adalah A. Pada proses diskusi diketahui ternyata penyebab permasalahan ini adalah pada aplikasi. Aplikasi survei ini sudah langsung mengkonversi skala likert jawaban responden ke data kuantitatif 0 s.d 100. Formulasi penghitungan sudah diakomodir oleh aplikasi sehingga didapatkan nilai 0 s.d 100. Berdasarkan pedoman yang digunakan, capaian ini dibuat ke dalam kategori-kategori yaitu A, B, C dan D. Kategori inilah yang dijadikan target oleh rumah sakit. Tujuan lainnya adalah dengan menggunakan target kategori ini maka setiap elemen rumah sakit akan lebih mudah memahami, jika dibandingkan dengan angka.

3. Pendefinisian Formula yang Masih Membingungkan

Beberapa indikator kinerja disusun secara mandiri oleh tim pengelola RSUD Prembun. Sebagian lainnya, disusun berdasarkan dokumen yang telah ada seperti SPM atau indikator BLUD. Penyusunan secara mandiri ini mendatangkan potensi penolakan dari bidang/bagian lain. Ketidapahaman terhadap formula indikator kinerja ini bisa berdampak buruk terhadap pengelolaan kinerja organisasi karena setiap pihak yang terlibat tidak mengetahui secara pasti apa yang harus disiapkan dan apa yang harus dikerjakan.

4. Penetapan Target yang Terlalu Optimis

Penentuan target seyogyanya memperhatikan data capaian-capaian sebelumnya. Target tidak bisa ditetapkan secara sembarangan. Masalah yang terjadi pada awal penyusunan yaitu tim pengelola kinerja menetapkan target sesuai dengan kondisi ideal. Hal ini sebenarnya tidak menyalahi kaidah dan bahkan sesuatu yang bagus karena target adalah sesuatu yang menantang. Namun, jika kondisi belum ideal dimana indikator kinerja belum sinkron dengan penganggaran, target yang tinggi ini akan menjadi bumerang bagi rumah sakit. Untuk itu, tim pengabdian masyarakat PKNSTAN menyarankan agar penetapan target indikator kinerja memperhatikan capaian tahun-tahun sebelumnya.

5. Sinkronisasi antara Indikator Kinerja dengan Penganggaran

Masalah ini muncul karena rumah sakit memiliki beberapa acuan untuk menilai kinerja. Indikator kinerja yang terdapat pada acuan-acuan tersebut ada yang mirip tetapi banyak yang berbeda. Hal ini karena instansi yang menaungi acuan ini juga berbeda-beda. Misalnya untuk acuan SPM, kementerian yang menaungi adalah Kementerian Kesehatan. Untuk acuan BLU, instansi yang menaungi adalah Kementerian Keuangan. Sementara itu, untuk kinerja rumah sakit sebagai bagian dari unit pemerintah daerah dinaungi oleh Kementerian Dalam Negeri. Tiap-tiap instansi memiliki kriteria yang berbeda untuk mengukur kinerja sebuah unit. Oleh sebab itu, pada saat diskusi beberapa indikator kinerja sulit untuk dilekatkan ke program yang telah dianggarkan, akibatnya kinerja itu ada tetapi tidak terdapat anggaran yang digunakan untuk menjalankan kinerja tersebut. Kinerja akan berjalan dengan optimal jika didukung oleh penganggaran yang optimal juga. Seyogyanya penganggaran disusun berdasarkan target kinerja yang akan dicapai.

Pada rencana strategis rumah sakit yang disusun bersama tim pengabdian masyarakat pada tahun 2021 dinyatakan bahwa pendekatan pengukuran kinerja yang digunakan adalah BSC. Namun, Pemerintah Provinsi Jawa Tengah masih menggunakan SAKIP sebagai pendekatan pengukuran kinerja, maka seluruh unit di lingkup Provinsi Jawa Tengah juga harus menggunakan SAKIP. Capaian kinerja Provinsi Jawa Tengah didukung oleh kinerja unit di bawahnya, tak terkecuali Dinas Kesehatan Kabupaten Kebumen. Hal ini juga yang menjadi kendala pada saat menyusun indikator kinerja. Pada dokumen rencana strategis setiap kegiatan disusun berdasarkan BSC, namun pada SAKIP tidak terdapat istilah-istilah yang terdapat di BSC. Alur berfikir antara BSC dan SAKIP ini sama yaitu setiap kinerja level atas harus dibagi habis sampai dengan level terbawah. Jika BSC membagi-bagi ke dalam perspektif-perspektif, pada SAKIP indikator diturunkan dari visi, misi, program, dan kegiatan. Dari visi ke misi, misi ke program dan program ke kegiatan harus selaras dengan visi, misi, program dan kegiatan Dinas Kesehatan. Hal ini menimbulkan masalah yaitu kesulitan mengidentifikasi indikator kinerja masuk ke program yang mana. Kinerja ada tetapi tidak ada pendanaannya, inilah dampak terburuk karena belum ada sinkronisasi antara rencana kinerja dengan penganggaran. (Rencana Strategis RSUD Prembun 2021-2026, 2021)

Pada tahun kedua pelaksanaan pengabdian masyarakat terkait MKO ini, belum dibentuk tim pengelola kinerja sampai dengan level subbid/subbag. Hal ini dikarenakan sosialisasi memang belum dilakukan secara intensif sehingga kesadaran akan pentingnya peran pic pengelola kinerja ini belum dirasakan. Selain itu, pelaksanaan tugas rumah sakit yang berhadapan langsung dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan, mengharuskan rumah sakit mengedepankan pelayanan pasien dibandingkan yang lain. Komitmen dari pimpinan merupakan penentu kesuksesan pengukuran kinerja rumah sakit. Pengelolaan kinerja yang hanya terpusat pada subbag atau subbid tertentu tanpa dibantu pic dari tiap-tiap subbid/subbag adalah hal yang berat dan berpotensi menyebabkan pengelolaan kinerja yang tidak optimal.

Judul indikator	Persentase Ketersediaan Sarana dan Prasarana sesuai dengan Standar Kelas C
Dasar pemikiran	
Dimensi mutu	
Tujuan	IKU ini bertujuan untuk memastikan ketersediaan Sarana dan Prasarana pengolahan data sesuai standar
Definisi operasional	Pengolahan data-parameter yang digunakan menggunakan data ASPAK (Aplikasi Sarana dan Prasarana Alat Kesehatan) dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
Jenis indikator	□ Proses
Satuan pengukuran	Persentase
Numerator	Jumlah sarana dan prasarana yang ada
Denominator	Jumlah sarana dan prasarana yang dibutuhkan yang sesuai kelas RS
Target	70
Kriteria kritis dan eksekusi	Kriteria Eksekusi : Tidak Ada Kriteria Kritis : Tidak ada
Formula	$\frac{\text{jumlah sarana dan prasarana yang ada}}{\text{jumlah Sarana dan Prasarana yang Dibutuhkan yang Sesuai Kelas RS}} \times 100\%$
Metode pengumpulan data	Pengolahan data aplikasi ASPAK
Sumber data	Aplikasi ASPAK
Instrumen pengambilan data	-
Populasi sampel	-
Periode pengumpulan data	Bulanan
Periode analisis dan pelaporan data	Semesteran
Pernyataan data	Tabel
Penanggung jawab	Kahang TU dan Kabid penunjang

Gambar 3. Contoh Hasil Manual IKU RSUD Prembun

Tahap berikutnya Pada kegiatan pengabdian masyarakat melakukan evaluasi secara bertahap. Evaluasi ini dilakukan dengan menyediakan waktu khusus untuk membahas hasil penyusunan manual IKU yang dilakukan oleh tim pengelola kinerja. Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa hasil penyusunan manual telah sesuai dengan kaidah. Jika sudah sepakat antara tim pengabdian dan tim pengelola, hasil ini seyogyanya di-*share* ke pihak-pihak yang terkait misalnya kepala bidang/kepala bagian serta kasubbid/kaseksi agar mendapatkan koreksi dan saran sehingga manual IKU bisa lebih implementatif. Tahapan ini harus dilakukan setiap tim menghasilkan sebuah output mengingat para staf lah yang akan melakukan kinerja sehingga staf harus tau apa dan bagaimana mereka harus bekerja untuk mendukung tujuan organisasi.



Gambar 3. Pendampingan secara offline ke RSUD Prembun

Pada tahun 2022 ini target tim pengabdian masyarakat adalah manual IKU direktur yang dilengkapi dengan matriks *cascading* Kepala Bagian dan Kepala Bidang. Pada kegiatan selanjutnya akan dilanjutkan untuk menyusun indikator kinerja sampai dengan level individu. Kegiatan ini akan dilakukan ke dalam beberapa sekuen kegiatan yaitu per bidang/bagian karena jumlah pegawai rumah sakit yang cukup banyak. Hal ini sejalan dengan instruksi Bagian Organisasi Dinas Kesehatan yang mewajibkan setiap unit menyusun indikator kinerja sampai dengan level terendah.

D. Simpulan

Berdasarkan pembahasan di atas, penulis menarik kesimpulan sebagai berikut:

1. Kegiatan masyarakat ini mampu memberikan pemahaman terkait penyusunan manual IKU. Tim pengelola kinerja RSUD Prembun secara mandiri mampu menyusun manual IKU sesuai dengan contoh yang dibahas dengan tim pengabdian masyarakat.
2. Sebagian besar elemen rumah sakit masih belum memahami urgensi dan konsekuensi dari penetapan kinerja ini sehingga menyerahkan semua ke pengelola kinerja. Setelah kegiatan visitasi dan FGD bersama tim pengmas dan seluruh jajaran RSUD Prembun, jajaran RSUD Prembun menyadari bahwa kontribusi dari semua jajaran memegang peranan penting dalam pengelolaan kinerja.

3. Pengabdian masyarakat ini mampu meningkatkan pemahaman kepada pejabat dan staff di RSUD Prembun terkait pemahaman kinerja yang merupakan kesepakatan antara atasan dan bawahan bukan semata-mata tanggung jawab dari pengelola kinerja.
4. Pengabdian masyarakat ini mampu menyelesaikan permasalahan pengelolaan kinerja yang terjadi pada saat penyusunan manual indikator kinerja yaitu: Sikronisasi target antar indikator, perhitungan capaian indikator dan pendefinisian formula yang masih membingungkan, penetapan target yang terlalu optimis, serta sinkronisasi indikator kinerja dengan penganggaran.
5. Pada tahap pendampingan offline tim pengabdian masyarakat mendiskusikan penyusunan manual IKU dengan cara diskusi secara detail dengan direktur dan seluruh jajaran rumah sakit yang pada akhirnya disepakati manual IKU oleh semua pihak.
6. Pengabdian masyarakat ini berhasil membuat manual IKU direktur yang dilengkapi dengan matriks *cascading* Kepala Bagian dan Kepala Bidang.

Pada kegiatan pengabdian masyarakat menyarankan dilakukan evaluasi secara bertahap. Evaluasi ini dilakukan dengan menyediakan waktu khusus untuk membahas hasil penyusunan manual IKU yang dilakukan oleh tim pengelola kinerja.

Daftar Rujukan

- Asmara, A. P. (2018). Pengaruh Turnover Intention terhadap Kinerja Karyawan di Rumah Sakit Bedah Surabaya. *Jurnal Administrasi Kesehatan Indonesia*, 5(2), 123. <https://doi.org/10.20473/jaki.v5i2.2017.123-129>
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 4 Tahun 2019 Tentang Standar Teknis Pemenuhan Mutu Pelayanan Dasar Pada Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan, (2019).
- Peraturan Menteri PANRB No 6 Tahun 2022 Tentang Pengelolaan Kinerja Pegawai Aparatur Sipil Negara, (2022).
- Prembun, R. (2021). *Laporan Kinerja Instansi Pemerintah UPT Dinas Kesehatan, Pengendalian Penduduk dan Keluarga Berencana*.
- Rivaningrum, A., & Mahmud, A. (2015). Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja Sia Pada Rumah Sakit Saras Husada Purworejo. *Accounting Analysis Journal*, 4(2), 1–7.
- Rencana Strategis RSUD Prembun 2021-2026, (2021).
- Sadmoko, R. (2019). *PENERAPAN KONSEP BALANCED SCORECARD DALAM PENGUKURAN NEGERI APPLICATION OF BALANCED SCORECARD CONCEPT IN GOVERNMENT PERFORMANCE MEASUREMENT IN INSTITUTE OF HOME AFFAIR GOVERNANCE*. 45(2), 189–202.
- Santoso, A., & Rusmawati, Y. (2019). Pendampingan Belajar Siswa di Rumah melalui Kegiatan Bimbingan Belajar di Desa Guci Karanggeneng Lamongan. *Jurnal Abdimas Berdaya: Jurnal Pembelajaran, Pemberdayaan Dan Pengabdian Masyarakat*, 2(02), 36–43. <https://doi.org/10.30736/jab.v2i02.7>
- Wiguna, K. Y., Wati, R., & Marliza, Y. (2019). Penerapan Balanced Scorecard Sebagai

(Renny Sukmono, dkk)

Tolok Ukur Pengukuran Kinerja. *Balance : Jurnal Akuntansi Dan Bisnis*, 4(2), 571. <https://doi.org/10.32502/jab.v4i2.1956>