



KEMENKES RI

Revisi Rencana Strategis Bisnis Tahun 2015-2019

Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
BALAI BESAR LABORATORIUM KESEHATAN SURABAYA**

Jl. Karangmenjangan No. 18 Surabaya Telp. 031-5021451, Fax. 031-5020388
e-mail : bblksurabaya@yahoo.co.id website : www.bblksurabaya.com

KATA PENGANTAR

Dengan mengucapkan syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya telah berhasil menyusun Rencana Strategis Bisnis tahun 2015 - 2019.

Rencana Strategis Bisnis ini akan dijadikan sebagai acuan dalam pelaksanaan tugas pokok dan fungsi di lingkungan BBLK Surabaya sesuai dengan visi dan misinya. Semua kegiatan program yang ada di Rencana Strategis Bisnis akan menjadi dasar dari evaluasi kinerja tahun 2015-2019.

Rencana Strategis ini menggambarkan proyeksi target yang harus dicapai tahun 2015 - 2019 dengan menggunakan data pencapaian kinerja 5 tahun terakhir.

Dari hasil analisis lingkungan internal dan eksternal sesuai dengan analisis SWOT, BBLK Surabaya berupaya untuk memiliki kekuatan yang ada pada faktor internal untuk meraih peluang yang ada pada faktor eksternal sehingga persyaratan dan harapan pelanggan dapat terpenuhi. Dengan demikian BBLK Surabaya dapat menjadi laboratorium kesehatan terdepan dalam pelayanan pemeriksaan laboratorium, pembinaan laboratorium klinik dan kesehatan masyarakat, penyelenggaraan Pemantapan Mutu Eksternal (PME), serta berwawasan global sesuai dengan visi dan misi yang telah ditetapkan.

Akhirnya kami sampaikan terima kasih yang tulus kepada semua pihak yang telah memberikan kontribusi dalam proses penyusunan Rencana Strategis Bisnis Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya.

Surabaya, 17 April 2017

Kepala Balai Besar Laboratorium
Kesehatan Surabaya



dr. Endriana Soeryat, Sp.PK
NIP. 195808191987032002

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iv
Daftar Grafik Dan Gambar	vi
BAB I Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis (RSB)	3
1.3 Dasar Hukum Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB)	3
1.4 Sistematika Laporan	4
BAB II Gambaran Kinerja Saat Ini	6
2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan	6
2.1.1 Kinerja Pelayanan Laboratorium	6
2.1.2 Kinerja Pemeriksaan KLB dan Surveilans	10
2.1.3 Kinerja Pemantapan Mutu Eksternal (PME)	12
2.1.4 Kinerja Kegiatan Bimbingan Teknis	14
2.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan	15
2.3 Gambaran Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)	20
2.4 Gambaran Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana	22
2.5 Penilaian Indikator Kinerja	23
BAB III Arah dan Prioritas Strategis	26
3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi, dan Tata Nilai	26
3.2 Aspirasi Stakeholders Inti	27
3.3 Tantangan Strategis	28
3.4 Benchmarking	28
3.5 Analisa SWOT	29
3.6 Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis	35
3.7 Analisa TOWS	37
3.8 Rancangan Peta Strategi <i>Balanced Score Card</i> (BSC)	38
BAB IV Indikator Kinerja Utama dan Program Kerja Strategis	40
4.1 Matriks IKU	40
4.2 Kamus Matriks	46
4.3 Program Kerja Strategis	64

BAB V	Analisa dan Mitigasi Risiko	70
5.1	Identifikasi Risiko	70
5.2	Penilaian Tingkat Risiko	71
5.3	Rencana Mitigasi Risiko	73
BAB VI	Proyeksi Finansial	75
6.1	Estimasi Pendapatan	75
6.2	Rencana Kebutuhan Anggaran	76
6.3	Rencana Pendanaan	79
BAB VII	Penutup	80
LAMPIRAN		

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Rekapitulasi Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2012-2016	7
Tabel 2.2	Jumlah Pendapatan BLU Tahun 2012-2016	8
Tabel 2.3	Jumlah Spesimen Pemeriksaan KLB Tahun 2012-2016	10
Tabel 2.4	Jumlah Spesimen Pemeriksaan Penyakit Potensial Wabah dan Surveilans Tahun 2012-2016	11
Tabel 2.5	Kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Tahun 2012-2016 dengan BBLK Surabaya Sebagai Penyelenggara	12
Tabel 2.6	Kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Tahun 2012-2016 dengan BBLK Surabaya Sebagai Peserta	13
Tabel 2.7	Kegiatan Bimbingan Teknik Tahun 2012-2016	15
Tabel 2.8	Kegiatan Bimbingan Teknik Khusus TB Tahun 2012-2016	15
Tabel 2.9	Pendapatan Badan Layanan Umum Per-Instalasi Tahun 2012-2016	16
Tabel 2.10	Sumber Dana Rupiah Murni dan BLU Tahun 2012-2016	18
Tabel 2.11	Target dan Realisasi PNPB Tahun 2012-2016	19
Tabel 2.12	Ketersediaan SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2012-2016	20
Tabel 2.13	Kinerja SDM dalam Peningkatan Kualitas SDM Tahun 2012-2016	22
Tabel 2.14	Perolehan Sarana dan Prasarana Tahun 2012 – 2016	23
Tabel 2.15	Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016	23
Tabel 2.16	Konversi Nilai IKI Berdasarkan Total Skor yang Diperoleh	24
Tabel 3.1	Aspirasi Stakeholders Inti	27
Tabel 3.2	Faktor Peluang	33
Tabel 3.3	Faktor Pembentuk Ancaman	33
Tabel 3.4	Faktor pembentuk kekuatan	34
Tabel 3.5	Faktor pembentuk kelemahan	35
Tabel 3.6	Hasil Identifikasi Analisa TOWS	37
Tabel 4.1	Matriks IKU 2015-2019 (Awal)	41
Tabel 4.2	Matriks IKU 2015-2019 (Revisi)	43
Tabel 4.3	Kamus Matriks Tingkat Kepuasan Stakeholder Per-Tahun	46
Tabel 4.4	Kamus Matriks Persentase Keluhan Pelanggan yang Ditindaklanjuti	47
Tabel 4.5	Kamus Matriks Jumlah Pemutahiran Metode dan/atau Penambahan Parameter Uji untuk Surveilans	49
Tabel 4.6	Kamus Matriks Pemutahiran Metode dan/atau Penambahan Parameter Uji Pelayanan Laboratorium	50
Tabel 4.7	Kamus Matriks Jumlah Pemeriksaan Laboratorium yang Terakreditasi ..	51
Tabel 4.8	Kamus Matriks Jumlah Kerjasama Kelembagaan / Customer yang Berjalan Efektif	52
Tabel 4.9	Kamus Matriks Tingkat Kesehatan BLU	53
Tabel 4.10	Kamus Matriks Kesesuaian Perencanaan dengan Realisasi Output	54

Tabel 4.11	Kamus Matriks Capaian Kinerja Pelayanan	55
Tabel 4.12	Kamus Matriks Capaian Kinerja Pendapatan	56
Tabel 4.13	Kamus Matriks Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME	57
Tabel 4.14	Kamus Matriks Jumlah Parameter PME Regional dan Nasional	58
Tabel 4.15	Kamus Matriks Indeks Survey Budaya	59
Tabel 4.16	Kamus Matriks Terwujudnya SDM yang Kompeten	60
Tabel 4.17	Kamus Matriks Jumlah Modul SILK yang Diimplementasikan	61
Tabel 4.18	Kamus Matriks Ketepatan Kalibrasi Alat Laboratorium Sesuai Jadwal ..	62
Tabel 4.19	Kamus Matriks Utilisasi Alat Laboratorium	63
Tabel 4.20	Program Kerja Strategis	64
Tabel 5.1.	Sasaran strategis	70
Tabel 5.2	Penentuan Tingkat Risiko	72
Tabel 5.3	Rencana Mitigasi Risiko	73
Tabel 6.1	Estimasi Pendapatan Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)	75
Tabel 6.2	Estimasi Anggaran Operasional Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)	76
Tabel 6.3	Estimasi Anggaran Program Pengembangan Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)	77

DAFTAR GRAFIK DAN GAMBAR

Grafik 2.1	Realisasi Pelayanan Laboratorium Tahun 2012 s.d 2016	9
Grafik 2.2	Realisasi Pendapatan BLU per-Instalasi Tahun 2012 s.d. 2016	17
Grafik 2.3	Sumber Dana Rupiah Murni dan BLU Tahun 2012-2016	18
Grafik 2.4	Target dan Realisasi PNBPN Tahun 2012-2016	19
Grafik 2.5	Ketersediaan SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2012-2016	21
Gambar 3.1	Analisis SWOT	30
Gambar 3.2	Posisi Strategis Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya Tahun 2016	36
Gambar 3.3	Rancangan Peta Strategis Balance Score Card	39

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB) bagi suatu organisasi pemerintah merupakan suatu kewajiban sebagai upaya mewujudkan tata kelola system yang modern. RSB merupakan salah satu perangkat strategis bagi pimpinan organisasi pemerintah yang memandu dan mengendalikan arah gerak serangkaian prioritas pengembangan organisasi, berbagai unit kerja di bawahnya, dan mitra kerja untuk bergerak searah dan bersinergis menuju tujuan-tujuan keseluruhan organisasi. Dengan memusatkan organisasi pemerintah pada hal-hal yang sangat penting, RSB bertindak sebagai kompas yang membantu pengambil keputusan di berbagai tingkatan organisasi untuk mengetahui kapan “bertahan di jalur” dan kapan perlu mengubah strategi organisasi dalam menghadapi dinamika tuntutan *stakeholders* kunci organisasi.

RSB bagi sebuah organisasi pemerintah juga merupakan perwujudan amanah dan aspirasi yang bersumber dari kepentingan *stakeholder* kunci, dan sekaligus sebagai bentuk tanggung jawab utama pimpinan organisasi pemerintah terhadap pemenuhan kepentingan *stakeholders* kuncinya. Oleh karena itu, RSB organisasi seharusnya menjadi pedoman utama bagi setiap jajaran manajemen puncak dari suatu organisasi pemerintah dalam menilai kemajuan status pencapaian visinya dan target kinerja organisasi jangka pendek dan panjangnya serta sekaligus mengendalikan arah pengelolaan dan pengembangan roda organisasi agar sejalan dengan tuntutan utama *stakeholder* kunci.

Dalam rangka memenuhi prinsip-prinsip tata kelola organisasi modern (*Good Governance*) dan menunjang inisiatif strategis transformasi kelembagaan pemerintahan, Direktorat Jenderal Pelayanan Kesehatan memandang perlu bahwa efektifitas pelaksanaan penetapan kinerja (Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Nomor HK.02.04/II/1568/12 hendaknya berbasis RSB organisasi bagi Satuan Kerja Unit Pelaksana Teknis (UPT) Vertikal yang mencakup Rumah Sakit (umum dan khusus) dan Balai yang di bawah binaannya.

Selain itu, Ditjen Pelayanan Kesehatan juga akan memantau dan mengendalikan mutu eksekusi RSB organisasi tersebut melalui penerapan sistem manajemen kinerja di berbagai Rumah Sakit dan Balai di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan.

Perencanaan strategis merupakan suatu proses yang berorientasi pada hasil yang ingin dicapai selama kurun waktu 1 (satu) tahun sampai dengan 5 (lima) tahun dengan memperhitungkan potensi, peluang dan kendala yang ada atau mungkin timbul.

Dalam rangka peningkatan efisien dan efektivitas serta agar mampu eksis dan unggul dalam persaingan yang semakin ketat di lingkungan yang berubah sangat cepat seperti dewasa ini, maka suatu instansi pemerintah harus terus-menerus melakukan perubahan kearah perbaikan.

Perubahan tersebut harus disusun dalam suatu tahapan yang konsisten dan berkelanjutan, sehingga dapat meningkatkan akuntabilitas dan kinerja yang berorientasi kepada pencapaian hasil.

Perencanaan strategis mengandung visi, misi, tujuan, sasaran, cara mencapai tujuan dan sasaran yang meliputi kebijakan, program dan kegiatan yang realistis dengan mengantisipasi perkembangan masa depan.

Dalam Revisi Rencana Strategi Bisnis ini disampaikan pencapaian kinerja Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya selama 4 tahun terakhir (2013-2016) dan rencana kerja tahun 2017 sampai 2019 sebagai acuan dalam pencapaian tujuan sehingga Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya mampu menjadi lembaga yang beroperasi secara efisien, transparan, akuntabel dan profesional.

1.2 Tujuan Rencana Strategis Bisnis (RSB)

Tujuan yang ingin dicapai dari penulisan Rencana Strategis Bisnis BBLK Surabaya sebaga Badan Layanan Umum adalah :

- 1) Memberi gambaran mengenai kondisi BBLK Surabaya tentang kegiatan operasional, keadaan sumber daya manusia, keuangan serta sarana dan prasarana yang dimiliki saat ini.
- 2) Menganalisa kinerja BBLK Surabaya dengan metode SWOT dan TOWS sebagai satker BLU.
- 3) Menjabarkan visi, misi dan strategi bisnis periode lima tahun mendatang.
- 4) Memaparkan proyeksi kinerja BBLK Surabaya dengan mempertimbangkan aspek pelayanan, SDM, keuangan, sarana dan prasarana.

1.3 Dasar Hukum Penyusunan Rencana Strategis Bisnis (RSB)

- 1) Keputusan Menteri Kesehatan RI No. HK.02.02/MENKES/52/2015 tentang tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2015-2019.
- 2) Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah.
- 3) Peraturan Menteri Keuangan No. 92/PMK .05/2014 tentang Rencana Bisnis dan Anggaran serta Pelaksanaan Anggaran Badan Layanan Umum.
- 4) Peraturan Menteri Kesehatan No. 52 Tahun 2013 tanggal 22 Juli 2013 tentang Organisasi dan Tata Kerja Balai Besar Laboratorium Kesehatan di Lingkungan Kementerian Kesehatan.
- 5) Peraturan Pemerintah No. 74 tahun 2012 tentang perubahan atas Peraturan Pemerintah No. 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU (Lembaran Negara RI Tahun 2012 Nomor 171).
- 6) Keputusan Menteri Keuangan RI No. 57/KMK.05/2010 tanggal 05 Februari 2010 tentang Penetapan Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya pada Kementerian Kesehatan sebagai Instansi

Pemerintah yang Menerapkan Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum.

- 7) Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI Nomor : HK.02.03/I/2630/2016 tanggal 29 Agustus 2016 tentang Perubahan Keputusan Dirjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI Nomor : HK.02.03/I/0173/2016 tentang Pedoman Teknis Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016 Dirut RSUD/Khusus dan Kepala Balai di Lingkungan Ditjen Pelayanan Kesehatan Kemenkes RI.

1.4 Sistematika Laporan

BAB I. Pendahuluan

Menggambarkan tentang latar belakang dan landasan atau dasar hukum penyusunan Rencana Bisnis Strategis serta sistematika penyajian.

BAB II. Gambaran Kinerja Saat ini

Menggambarkan pencapaian kinerja organisasi tahun-tahun sebelumnya dan saat ini yang berisikan kinerja pelayanan, kinerja keuangan, aspek sarana prasarana, dan aspek SDM.

BAB III. Arah dan Prioritas Strategis

Menggambarkan visi, misi, tata nilai, aspirasi stakeholders inti, tantangan strategis, Benchmarking, Analisa SWOT, diagram kartesius pilihan prioritas strategis, analisa TOWS, Rancangan peta strategi Balanced Score Card (BSC).

BAB IV. Indikator Kinerja Utama dan Program Kerja strategis

Menggambarkan Matrik IKU, Kamus IKU dan Program Kerja Strategis

BAB V. Analisa dan Mitigasi Risiko

Menggambarkan Identifikasi Risiko, Penilaian Tingkat Risiko, Rencana Mitigasi Risiko.

BAB VI. Proyeksi Finansial

Menggambarkan estimasi pendapatan, rencana kebutuhan anggaran, rencana pendanaan.

BAB VII. Implementasi Rencana Strategis Bisnis

Berisi lima mekanisme yang harus diterapkan oleh suatu UPT vertikal yaitu Mekanisme Perjanjian Kinerja dengan Dirjen Pelayanan Kesehatan, Mekanisme Kontrak Kinerja di Internal UPT vertikal.

Penutup

BAB II

GAMBARAN KINERJA SAAT INI

2.1 Gambaran Kinerja Aspek Pelayanan

2.1.1 Kinerja Pelayanan Laboratorium

Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya sebagai Unit Pelaksana Teknis (UPT) Kementerian Kesehatan R.I. yang berada di Jawa Timur, memberikan pelayanan untuk pemeriksaan sampel klinik maupun sampel kesehatan masyarakat.

Kinerja pelayanan laboratorium dapat dilihat dari bidang pelayanan pemeriksaan laboratorium klinik dan uji kesehatan serta pelayanan pemeriksaan laboratorium kesehatan masyarakat.

Jenis Pelayanan Laboratorium :

Jenis pelayanan laboratorium BBLK Surabaya sebagai berikut :

a. Layanan Pemeriksaan Laboratorium :

- Pemeriksaan Patologi yang terdiri dari :
 - Pemeriksaan Hematologi
 - Pemeriksaan Kimia Klinik
- Pemeriksaan Mikrobiologi
- Pemeriksaan Virologi
- Pemeriksaan Bakteriologi Sanitasi
- Pemeriksaan Imunologi
- Pemeriksaan Kimia Kesehatan
- Pemeriksaan Patologi Anatomi (Pap Smear)

b. Layanan Pemeriksaan Penunjang Medik

- Pemeriksaan Radiologi Diagnostik
- Pemeriksaan Elektrokardiography (ECG)
- Pemeriksaan Ultrasonography (USG)
- Pemeriksaan Treadmill
- Pemeriksaan Audiometri

Tabel 2.1 Rekapitulasi Jumlah Pemeriksaan Laboratorium Tahun 2012-2016

No.	Instalasi/Jenis Pemeriksaan	Jumlah / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
1.	Patologi :	92.419	97.748	103.078	105.529	98.266
	a. Hematologi	26.107	28.975	28.833	33.914	32.288
	b. Kimia Klinik	66.312	68.773	74.245	71.615	65.978
2.	Mikrobiologi	93.346	70.468	67.021	70.375	86.356
3.	Virologi	1.501	1.424	1.517	1.829	1.466
5.	Imunologi	17.776	16.642	17.718	27.148	17.581
6.	Penunjang Medik :	1.773	1.847	2.212	2.308	2.790
	a. Patologi Anatomi	98	49	45	59	53
	b. Radiologi Diagnostik	1.029	986	1.174	1.327	1.731
	c. ECG	594	551	632	698	677
	d. USG	31	144	254	199	232
	e. Treadmill	3	48	4	13	13
	f. Audiometri	18	69	103	12	84
7.	Bakteriologi Sanitasi	13.708	12.283	16.016	16.394	25.438
8.	Kimia Kesehatan	40.113	39.513	62.695	59.306	88.980
	TOTAL	260.636	239.925	270.257	282.889	320.877

ditinjau dari capaian pelayanan per Instalasi dari tahun 2012 – 2016 terdapat peningkatan dan penurunan yang bervariasi. Kalau dibandingkan antara tahun 2015 – 2016 terdapat :

- 6 jenis pemeriksaan dari 13 jenis pemeriksaan yang mengalami penurunan (46%).
- 7 jenis pemeriksaan dari 13 jenis pemeriksaan yang mengalami kenaikan (54%).

namun ditinjau dari jumlah total ada kenaikan 13,43%.

Berikut hasil pencapaian pendapatan Badan Layanan Umum (BLU) Tahun 2012 s.d 2016 :

Tabel 2.2 Jumlah Pendapatan BLU Tahun 2012-2016

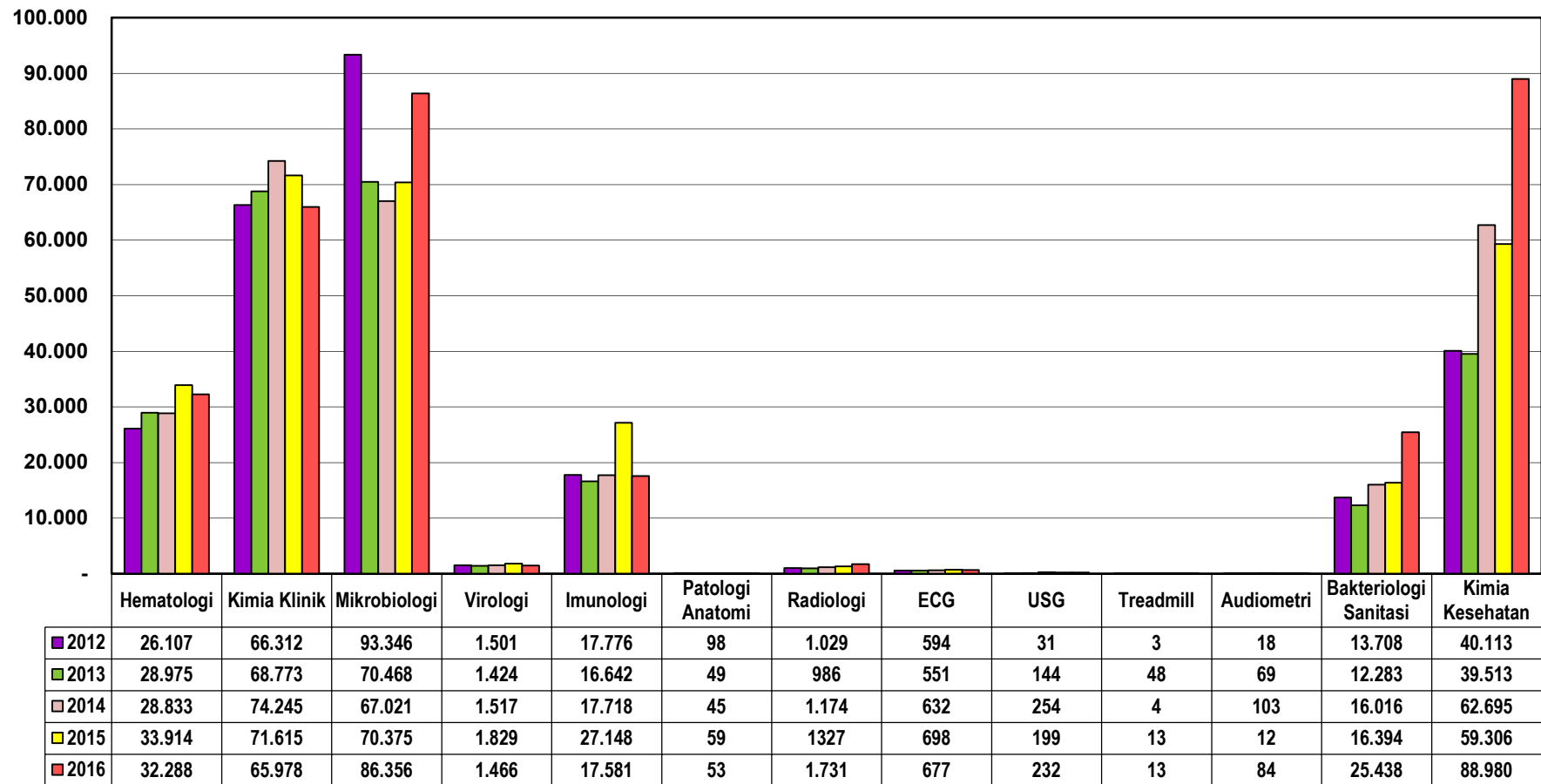
Tahun Anggaran	Jumlah Pendapatan BLU
2012	Rp 5.642.309.440
2013	Rp 5.948.470.526
2014	Rp 7.210.305.793
2015	Rp 8.243.225.600
2016	Rp 11.665.650.528

Dilihat dari capaian pendapatan BBLK Surabaya dari tahun 2012 - 2016 terus mengalami peningkatan. Namun berdasarkan beberapa pertimbangan BBLK Surabaya menurunkan target pendapatan dan pelayanan tahun 2017 - 2019 antara lain :

1. Adanya penurunan target dari pusat (Ditjen Pelayanan Kesehatan Kementerian Kesehatan) untuk tahun 2017 semula Rp 9.858.998.000 menjadi 9.640.879.000 yang berakibat pada penyesuaian penurunan target tahun berikutnya.
2. Mengantisipasi adanya perubahan SOTK tahun 2018.

Perbandingan jumlah pemeriksaan laboratorium per-Instalasi tahun 2012 sampai dengan 2016 untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada grafik berikut :

Grafik 2.1
Realisasi Pelayanan Laboratorium Tahun 2012 s.d 2016



2.1.2 Kinerja Pemeriksaan KLB dan Surveilans

a. Pemeriksaan KLB

Tabel 2.3 Jumlah Spesimen Pemeriksaan KLB Tahun 2012-2016

No.	Jenis Pemeriksaan	Jumlah Spesimen / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Kolera	50	62	48	34	79
2	DBD	0	0	0	0	0
3	Campak :					
	- Measles	364	290	683	627	490
	- Rubella	182	157	158	262	56
4	Difteri	10.746	7.227	3.499	2.300	2.483
5	Avian Influenza (H5N1)	91	35	11	0	0
6	Hepatitis	10	41	3	17	27
7	Influenza A baru (H1N1)	91	14	6	15	2
8	Chikungunya	10	0	0	22	29
9	Diare Akut	50	62	48	34	79
10	Keracunan pangan :					
	- Pemeriksaan secara bakteriologi	154	114	204	227	205
	- Pemeriksaan secara kimia	158	111	179	203	197
	TOTAL	11.906	8.113	4.839	3.741	3.647

b. Pemeriksaan Penyakit Potensial Wabah dan Surveilans

Tabel 2.4 Jumlah Spesimen Pemeriksaan Penyakit Potensial Wabah dan Surveilans Tahun 2012-2016

No.	Jenis Pemeriksaan	Jumlah Spesimen / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Kolera	168	641	641	815	900
2	Pes	1.710	1.427	1.890	0	0
3	DBD	21	32	10	34	70
4	Campak :					
	- Measles	1.089	914	2.093	2.385	2.772
	- Rubella	917	675	883	2.062	1.081
5	Polio/AFP	1.273	1.278	1.204	1.168	911
6	Difteri	1.765	1.405	2.523	1.035	662
7	Malaria	9	19	12	9	6
8	Leptospira	23	64	34	39	35
9	Hepatitis	683	1.005	848	9.918	1.022
10	Meningitis	27	55	9	0	5
11	Chikungunya	40	94	66	23	30
12	Diare Akut	191	689	704	814	900
13	Pneumoniae	2.883	1.500	1.931	2.036	2.527
14	TBC	12.777	16.270	14.362	12.023	13.755
15	Lepra/Kusta	15	29	19	21	28
16	HIV	5.434	4.980	6.118	4.509	2.631
17	Syphilis	4.641	4.064	2.664	4.372	1.962
	TOTAL	33.666	35.141	36.011	41.468	29.297

2.1.3 Kinerja Pemantapan Mutu Eksternal (PME)

BBLK Surabaya selain berperan sebagai penyelenggara juga sebagai peserta dalam kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME).

Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya sebagai penyelenggara Pemantapan Mutu Eksternal (PME) berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor : HK.02.02/MENKES/400/2016 tanggal 3 Agustus 2016.

Berikut kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya Tahun 2012-2016 :

Tabel 2.5 Kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Tahun 2012-2016 dengan BBLK Surabaya Sebagai Penyelenggara

No.	Jenis / Bidang PME	Jumlah Peserta / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
A.	PME Regional					
1	Hematologi	166	167	166	155	-
2	Kimia Klinik	75	80	80	225	-
3	Urinalisis	60	63	60	140	-
4	Mikrobiologi Klinik :					
	- BTA	103	103	103	104	74
	- Telur Cacing	80	100	100	100	56
	- Malaria	60	80	80	-	-
5	Anti HIV	50	50	50	50	-
B.	PME Nasional					
1	Imunologi	150	200	201	201	
	- Anti HIV					106
	- Syphilis					67
	- HbsAg					112
	- Anti HCV					81
2	Kimia Air	25	25	26	26	10
3	Kimia Air Terbatas	126	126	126	126	28
4	Hematologi	-	-	275	-	204
5	Kimia Klinik	-	-	225	-	203
6	Urinalisis	-	-	140	-	138

Keterangan :

- Mulai tahun 2016 kegiatan PME Regional tidak ada, diganti dengan PME Nasional yang dilaksanakan oleh 4 Balai Besar Laboratorium Kesehatan sesuai wilayah binaan masing-masing.
- Sejak Tahun 2015 PME Malaria tidak ada karena Ditjen Pelayanan Kesehatan tidak menyelenggarakan.

Tabel 2.6 Kegiatan Pemantapan Mutu Eksternal (PME) Tahun 2012-2016 dengan BBLK Surabaya Sebagai Peserta

No.	Penyelenggara	Jenis / Bidang PME	Hasil Penilaian / Tahun				
			2012	2013	2014	2015	2016
A.	PME Nasional						
1	Ditjen Pelayanan Kesehatan	- PNPME Hematologi	Baik	Baik	Belum terima umpan balik	Belum terima umpan balik	Tidak ada
		- PNPME Kimia Klinik	Baik	Baik	Belum terima umpan balik	Belum terima umpan balik	Tidak ada
		- PNPME Urinalisis	Baik	Baik	Belum terima umpan balik	Belum terima umpan balik	Tidak ada
		- PNPME Imunologi	Baik	Baik	Baik	Belum terima umpan balik	Tidak ada
		- PNPME-Toksikologi Logam Berat	Sangat Baik	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
		- PNPME Toksikologi Obat	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada	Tidak ada
2	EQAS PT Sysmex Indonesia	Hematologi	Baik	Baik	Baik	-	-
3	PDS-PATKLIN	Hematologi	Baik sekali	Tidak mengikuti	Baik sekali	Baik sekali	Baik sekali
		Kimia Klinik	Baik	Tidak mengikuti	Baik	Baik sekali	Baik sekali
4	Badan Litbangkes	Uji Profisiensi PCR H5N1 & H1N1	Baik	Baik	Tidak ada	Belum terima hasil	Baik
5	BBLK Jakarta	Hematologi	-	-	-	-	Belum terima umpan balik
		Kimia Klinik	-	-	-	-	Belum terima umpan balik
		Imunologi	-	-	-	-	Belum terima umpan balik
B.	PME Internasional (Uji Profisiensi)						
1	NRL Australia	HIV dan HBsAg	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
2	CDC Atlanta	VDRL dan TPHA	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
3	WHO	Isolasi Virus Polio	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
		ITD Virus Polio	-	-	Baik	Baik	Baik
		PCR Measles & Rubella	-	-	-	Baik	Baik
4	WHO-SEARO	IgM Anti Campak dan IgM Anti Rubella	Baik	Baik	Baik	Baik	Baik
5	IMVS Australia	First & Second Line DST of M.tb	Lulus	Lulus	Lulus	Lulus	Tidak ada

No.	Penyelenggara	Jenis / Bidang PME	Hasil Penilaian / Tahun				
			2012	2013	2014	2015	2016
6	HPA London	EQA scheme for Diphtheria diagnostics	Baik	-	-	-	-
7	IFM Quality Services, Pty. Ltd. Australia	Mikroba dalam Air (TPC, <i>Coliforms</i> , <i>E.coli</i> , <i>Mould</i> , <i>Faecal coliforms</i>)	-	-	-	Baik	Baik
8	PP Kim-LIPI	As, Cd, Pb, Hg dalam Air Limbah	-	-	-	-	Baik

Keterangan :

- PME dari EQAS PT Sysmex Indonesia : sejak tahun 2015 BBLK Surabaya tidak mengikuti karena sudah tidak menggunakan alat Sysmex.
- PME dari BBLK Jakarta : penyelenggaraan sejak tahun 2016
- PME ITD Virus Polio dari WHO : penyelenggaraan sejak tahun 2014
- PME PCR Measles dan Rubella dari WHO : penyelenggaraan sejak tahun 2015
- PME Difteri : BBLK Surabaya ikut tahun 2012, selanjutnya menunggu SK Jejaring Lab. Difteri yang sampai saat ini belum disahkan.
- PME Mikroba Air : BBLK Surabaya ikut tahun 2015 untuk persiapan akreditasi
- PME Logam Berat pada Air Limbah : BBLK Surabaya ikut tahun 2016 untuk persiapan akreditasi

2.1.4 Kinerja Kegiatan Bimbingan Teknik

Bimbingan teknik merupakan kegiatan pembinaan yang dilaksanakan oleh Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya terhadap laboratorium-laboratorium di wilayah binaan. Dengan adanya Bimbingan Teknik, terjalin kerjasama lintas sektoral, peningkatan mutu sumber daya manusia dan penyelesaian masalah-masalah yang dihadapi.

Berikut kegiatan Bimbingan Teknik yang dilaksanakan Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya tahun 2012-2016 berdasarkan lokasi:

Tabel 2.7 Kegiatan Bimbingan Teknik Tahun 2012-2016

No	Wilayah & Jenis Lab.	Jumlah Lokasi / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016 *)
1	JAWA TIMUR :					
	- Labkesda / Labkesling / Labkesmas Kab./Kota	7		30	30	80 petugas lab. puskesmas, labkes, RSU
	- RSU Kab./Kota	23				
	- Lab. Puskesmas		30			
2	LUAR PROVINSI :					
	- Balai Laboratorium Kesehatan / Puskesmas / RSU	6	6	7	7	50 petugas lab. BLK, Puskesmas, RSU
	TOTAL	36	36	37	37	130

Ket : *) Tahun 2016 perubahan sistem Bimbingan Teknik, sebelumnya melalui kunjungan ke laboratorium Puskesmas/RSU/BLK, menjadi model workshop (mengundang petugas laboratorium dari wilayah binaan dalam satu acara dengan narasumber dan fasilitator dari BBLK Surabaya dan Dinas Kesehatan setempat).

Tabel 2.8 Kegiatan Bimbingan Teknik Khusus TB Tahun 2012-2016

Jumlah Lab. TB / Rujukan TB				
2012	2013	2014	2015	2016
12	20	13	12	6

2.2 Gambaran Kinerja Aspek Keuangan

Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya memperoleh anggaran dari Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) / BLU dan dari pemerintah pusat berupa subsidi dana APBN. Berikut disajikan **Tabel 2.9** tentang Perkembangan Pendapatan PNBP/BLU Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya pada tahun 2012-2016 :

Tabel 2.9 Pendapatan Badan Layanan Umum Per-Instalasi Tahun 2012-2016

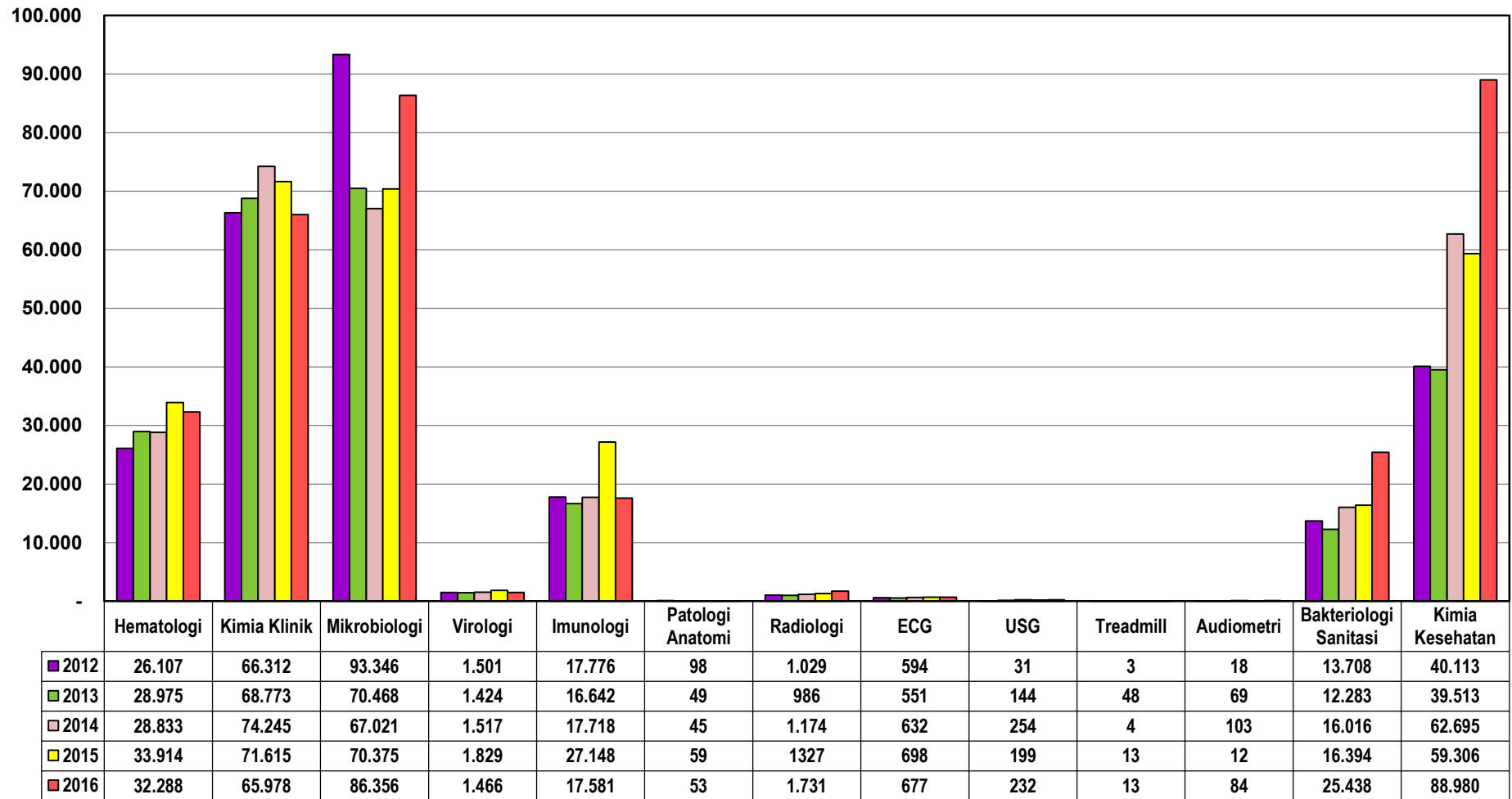
(dalam rupiah)

No	Uraian	Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
1.	Patologi Klinik :					
	a. Hematologi	153.899.000	181.960.000	170.425.750	242.394.250	494.837.002
	b. Kimia Klinik	1.035.996.000	1.094.168.800	1.185.328.750	1.347.547.000	1.789.229.075
2.	Mikrobiologi (+Virologi)	914.475.000	1.027.361.100	1.452.769.500	2.114.189.000	2.169.065.100
3.	Imunologi	684.058.600	831.438.700	751.767.750	1.059.082.900	1.495.162.500
4.	Penunjang Medik :					
	a. Patologi Anatomi	3.240.000	5.880.000	3.500.000	4.200.000	4.210.000
	b. Radiologi	70.395.000	78.835.000	114.033.500	124.342.000	147.080.000
	c. ECG	31.960.000	30.195.000	36.190.000	32.275.000	37.740.000
	d. USG	9.975.000	47.725.000	92.925.000	66.135.000	76.825.000
	e. Treadmill	1.140.000	18.240.000	1.520.000	4.940.000	4.940.000
	f. Audiometri	4.140.000	6.900.000	11.960.000	1.495.000	9.750.000
5.	Bakteriologi Sanitasi	735.311.500	827.820.000	1.045.235.014	1.069.899.000	2.086.680.000
6.	Kimia Kesehatan	1.209.003.100	1.185.428.511	1.635.272.258	1.578.197.250	2.878.975.000
7.	Media	91.912.258	90.754.500	61.747.000	60.428.500	128.874.000
8.	Bimbingan Teknik :					
	a. Magang/PKL/ Pelatihan	496.489.000	240.724.000	333.414.750	366.205.700	285.634.000
	b. Sarana/Sewa Ruang	4.500.000	1.000.000	2.000.000	13.220.000	14.100.000
9.	Limbah	140.001.600	191.815.000	204.155.000	158.675.000	8.030.000
10.	Pendapatan Jasa Lembaga Keuangan	55.813.382	88.224.915	108.061.521	-	34.518.851
	Total	5.642.309.440	5.948.470.526	7.210.305.793	8.243.225.600	11.665.650.528

Keterangan : pendapatan jasa lembaga keuangan / giro tahun 2015 disetor ke kas negara karena masuk Treasury National Polling (TNP).

Berdasarkan **Tabel 2.9** tersebut dapat dilihat bahwa Pendapatan BLU BBLK Surabaya setiap tahunnya mengalami peningkatan, dari Rp 5.642.309.440 pada tahun 2012 menjadi Rp 11.665.650.528 pada tahun 2016.

Grafik 2.2
Realisasi Pendapatan BLU per-Instalasi Tahun 2012 s.d. 2016



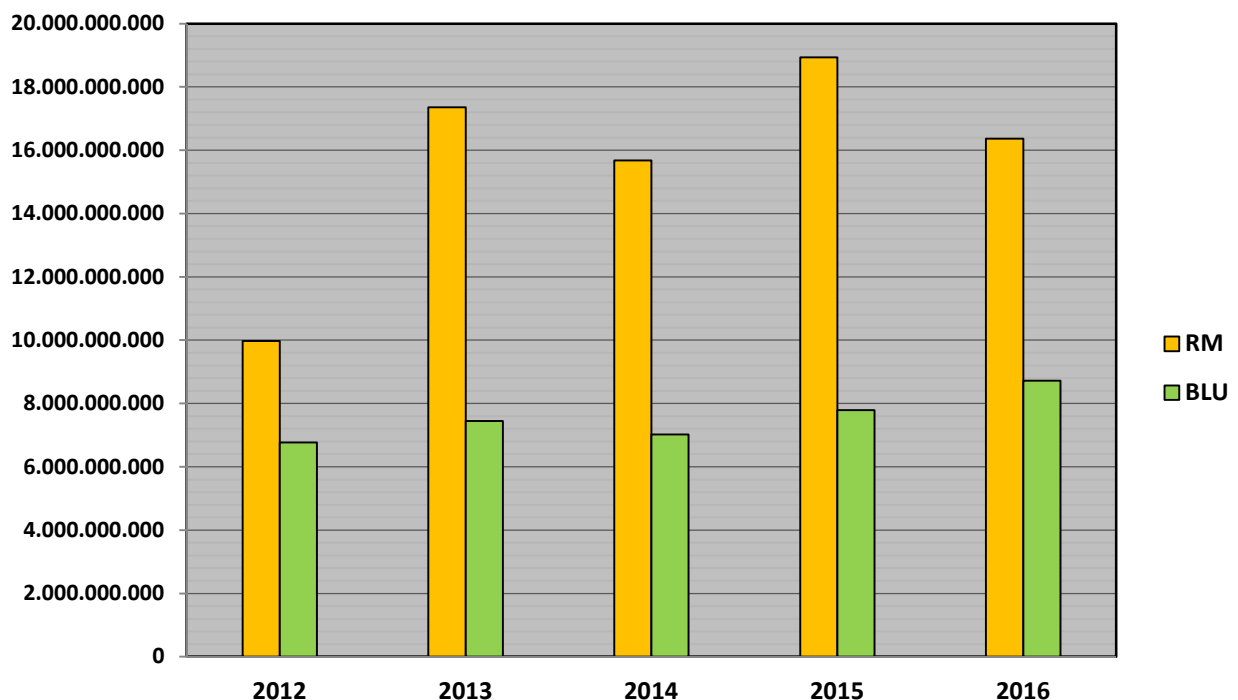
Sebagai institusi pemerintah yang mempunyai fungsi sebagai pelayanan publik dalam bidang kesehatan, Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya masih tetap membutuhkan subsidi dari pemerintah untuk membiayai kegiatan investasi dan kegiatan operasional seperti pengembangan gedung, pemeliharaan gedung dan belanja pegawai PNS. Sumber dana yang didapat oleh BBLK Surabaya seperti dalam tabel 2.10 dibawah ini

Tabel 2.10 Sumber Dana Rupiah Murni dan BLU Tahun 2012-2016

(dalam rupiah)

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
RM	9.971.604.000	17.353.209.000	15.682.304.000	18.938.010.000	16.364.532.000
BLU	6.766.535.000	7.443.190.000	7.018.000.000	7.789.980.000	8.724.778.000
TOTAL	16.738.139.000	24.796.399.000	22.700.304.000	26.727.990.000	25.089.310.000

Grafik 2.3 Sumber Dana Rupiah Murni dan BLU Tahun 2012-2016



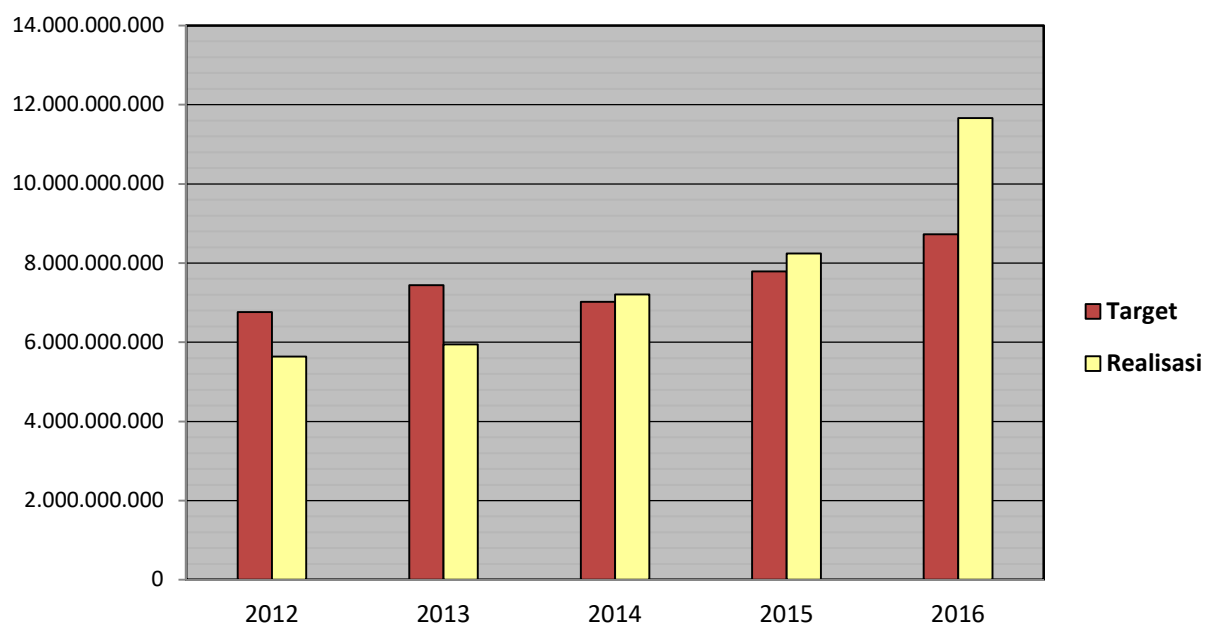
Target dan realisasi PNBP BBLK Surabaya sejak tahun 2012 -2016 terus mengalami peningkatan sebagaimana tabel 2.11 berikut :

Tabel 2.11 Target dan Realisasi PNBP Tahun 2012-2016

(dalam rupiah)

Tahun	2012	2013	2014	2015	2016
Target	6.766.535.000	7.443.190.000	7.018.000.000	7.789.980.000	8.724.778.000
Realisasi	5.642.309.440	5.948.470.526	7.210.305.793	8.243.225.600	11.665.650.528

Grafik 2.4 Target dan Realisasi PNBP Tahun 2012-2016



2.3 Gambaran Kinerja Aspek Sumber Daya Manusia (SDM)

Aspek kinerja Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya tidak hanya ditinjau dari aspek kinerja pelayanan dan keuangan, tetapi juga dilihat dari aspek sumber daya manusia.

Ketersediaan sumber daya manusia sangat menentukan kinerja Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya.

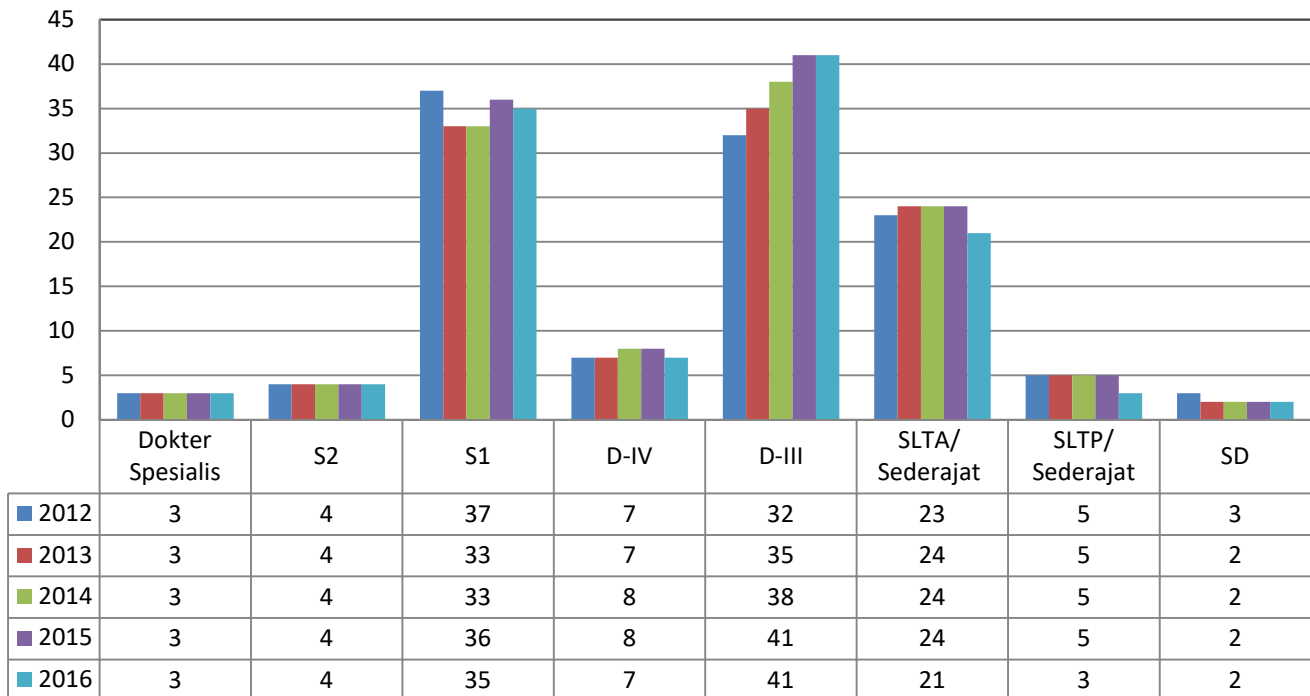
Berikut dapat dilihat perkembangan ketersediaan sumber daya manusia yang dimaksud berdasarkan tingkat pendidikan dan ketenagaan pada Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya tahun 2012-2016 :

Tabel 2.12 Ketersediaan SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2012-2016

No	Pendidikan	Jumlah / Tahun				
		2012	2013	2014	2015	2016
A.	PNS					
1.	Dokter Spesialis	3	3	3	3	3
2.	S2	4	4	4	4	4
3.	S1	32	28	28	31	30
4.	D-IV	7	7	8	8	7
5.	D-III	31	31	34	37	37
6.	SLTA/Sederajat	16	16	17	17	14
7.	SLTP/Sederajat	5	5	5	5	3
8.	SD	3	2	2	2	2
	Jumlah Tenaga PNS	101	96	101	107	100
B.	Non PNS / Pegawai BLU					
1.	S1	5	5	5	5	5
2.	D-III	1	4	4	4	4
3.	SLTA/Sederajat	7	8	7	7	7
	Jumlah Pegawai BLU	13	17	16	16	16
	TOTAL	114	113	117	123	116

Berikut ini Grafik Data Ketenagaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2012-2016 :

Grafik 2.5 Ketersediaan SDM Berdasarkan Tingkat Pendidikan Tahun 2012-2016



Berdasarkan tingkat pendidikan, dapat dilihat bahwa komposisi jumlah pegawai dengan pendidikan S2, S1, DIV dan DIII lebih besar dibandingkan jumlah pegawai dengan pendidikan SLTA/Sederajat dan SLTP/Sederajat. Dengan demikian, BBLK Surabaya memiliki potensi untuk lebih maju dan berkembang.

Tabel 2.13 Kinerja SDM dalam Peningkatan Kualitas SDM Tahun 2012-2016

No.	Jenis Pelatihan/Workshop/Seminar/Kursus	Jumlah / Tahun (Jml Topik X Jml orang)				
		2012	2013	2014	2015	2016
1	Dalam Negeri :					
	a. Teknis	30	41	39	62	66
	b. Non Teknis	16	16	8	14	89
2	Luar Negeri					
	a. Teknis	-	-	5	4	5
	b. Non Teknis	-	-	-	-	-
	TOTAL	46	57	45	80	160

Dari tabel tersebut, dapat diketahui bahwa BBLK Surabaya memiliki komitmen dalam upaya peningkatan kualitas dan kemampuan SDM yang ada sesuai dengan perkembangan IPTEK. Hal ini pada akhirnya akan memberikan kontribusi yang besar dalam peningkatan kualitas pelayanan kepada masyarakat.

2.4 Gambaran Kinerja Aspek Sarana dan Prasarana

Dalam rangka peningkatan kinerja BBLK Surabaya, aspek sarana prasarana merupakan bagian yang perlu mendapat perhatian. Dari sarana dan prasarana yang ada dipandang perlu untuk senantiasa ditingkatkan. Tanpa dukungan peralatan laboratorium, maka kinerja pelayanan BBLK Surabaya tidak akan dapat ditingkatkan. Perkembangan perolehan sarana dan prasarana BBLK Surabaya dalam 5 (lima) tahun terakhir dapat dilihat dari **Tabel 2.14** berikut ini :

Tabel 2.14 Perolehan Sarana dan Prasarana Tahun 2012 - 2016

No.	Sarana & Prasarana	Satuan	Tahun				
			2012	2013	2014	2015	2016
1	Peralatan Lab.	Unit	8	17	59	15	40
2	Peralatan Non Lab.	Unit	51	111	57	48	74
	TOTAL	Unit	59	128	116	63	114

2.5 Penilaian Indikator Kinerja

Tabel 2.15 Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) Tahun 2016

KATEGORI	NO	INDIKATOR	BOBOT	HASIL PERHITUNGAN	SKOR	TOTAL SKOR (BOBOT X SKOR)
PELAYANAN MEDIS						
Prosedur Penanganan sampel uji	1	Angka kegagalan pengambilan sampel uji	0,09	0%	100	9
	2	Angka pengulangan pemeriksaan laboratorium	0,08	0	100	8
	3	Kecepatan pendistribusian sampel	0,08	22 menit	50	4
Pengendalian Mutu	4	Cakupan kegiatan Pemantapan Mutu Internal	0,06	93,64%	100	6
	5	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME	0,06	99,77%	100	6
	6	Angka kejadian kecelakaan kerja pada petugas di laboratorium	0,08	0	100	8
Kepuasan Pelanggan	7	Komplain yang ditindaklanjuti	0,09	100%	100	9
	8	Waktu tunggu pelayanan	0,06	14 menit	100	6
Ketepatan waktu pelayanan	9	Waktu layanan pemeriksaan bidang Mikrobiologi	0,05	3 hari	100	5
	10	Waktu layanan pemeriksaan bidang Patologi klinik	0,05	73 menit	100	5
	11	Waktu layanan pemeriksaan bidang Imunologi	0,05	123 menit	100	5
	12	Waktu layanan pemeriksaan bidang Kimia Kesehatan	0,05	10 hari	50	2,5
Temuan yang ditindaklanjuti	13	% Temuan ketidaktersediaan media dan reagensia yang ditindaklanjuti	0,05	100%	100	5

KATEGORI	NO	INDIKATOR	BOBOT	HASIL PERHITUNGAN	SKOR	TOTAL SKOR (BOBOT X SKOR)
Tingkat kehandalan sumber daya	14	Utilisasi alat laboratorium canggih	0,05	53,91%	0	0
PELAYANAN KEUANGAN						
Keuangan	15	Rasio Pendapatan PNBPN terhadap biaya operasional	0,1	51,33%	100	10
				JUMLAH TS		88,50
				NILAI IKI		1,750

Hasil penilaian kinerja ditentukan berdasarkan Total Skor (TS) yang merupakan penjumlahan skor yang telah dikalikan dengan masing-masing bobot dari seluruh indikator baik di area klinis maupun area manajerial dengan nilai maksimum 100 (seratus). Total skor selanjutnya dikonversi dengan nilai IKI sesuai dengan tabel berikut :

Tabel 2.16 Konversi Nilai IKI Berdasarkan Total Skor yang Diperoleh

Total Skor	Nilai IKI
95 s.d $\leq$ 100	2,000
90 s.d $<$ 95	1,875
85 s.d $<$ 90	1,750
80 s.d $<$ 85	1,625
75 s.d $<$ 80	1,500
70 s.d $<$ 75	1,375
65 s.d $<$ 70	1,250
60 s.d $<$ 65	1,125
55 s.d $<$ 60	1,000
50 s.d $<$ 55	0,875
45 s.d $<$ 50	0,750
40 s.d $<$ 45	0,625
35 s.d $<$ 40	0,500
30 s.d $<$ 35	0,375
25 s.d $<$ 30	0,250
20 s.d $<$ 25	0,125
$<$ 20	0

Berdasarkan penilaian kinerja individu Kepala Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya didapatkan hasil sebagai berikut :

- a. Pelayanan Medis, dengan total skor 78,50
- b. Pelayanan Keuangan, dengan total skor 10

Jadi total skor yang didapat dari penilaian kinerja tersebut yaitu 88,50

Jika dikonversikan, diperoleh **nilai IKI 1,75**.

BAB III

ARAH DAN PRIORITAS STRATEGIS

3.1 Rumusan Pernyataan Visi, Misi, Tata Nilai dan Tujuan

- **Visi**

Visi merupakan suatu gambaran yang menantang tentang keadaan masa depan yang berisikan cita dan citra yang ingin diwujudkan. Penetapan visi sebagai bagian dari rencana strategis merupakan suatu langkah penting dalam perjalanan BLU, dengan demikian visi merupakan titik permulaan dari kenyataan hari esok suatu instansi.

Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya merumuskan Visi sebagai berikut :

“Menjadi laboratorium kesehatan Nasional yang terkemuka di Indonesia tahun 2019”

- **Misi**

Untuk mewujudkan visi yang telah ditetapkan, setiap instansi pemerintah harus mempunyai misi yang jelas.

Adapun misi yang telah ditetapkan adalah sebagai berikut:

- 1) Memenuhi kebutuhan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan laboratorium yang terstandarisasi.
- 2) Melaksanakan Bimbingan Teknik, Pemantapan Mutu Eksternal, pemeriksaan spesimen Surveilans dan Kejadian Luar Biasa di wilayah Regional dan Nasional
- 3) Meningkatkan kualitas dan kesejahteraan sumber daya manusia yang berkesinambungan.
- 4) Mengoptimalkan seluruh sumber daya yang ada serta melaksanakan manajemen keuangan yang akuntabel.

- **Tata Nilai**

Untuk mewujudkan visi dan misi, dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat atau customer setiap karyawan dalam berinteraksi baik terhadap sesama karyawan maupun kepada *customer* atau pelanggan didasari oleh semangat kebersamaan, profesionalisme, inovasi, disiplin, loyalitas, kejujuran dan keterbukaan.

- **Tujuan**

- 1) Peningkatan pelayanan prima dari segi parameter, mutu, metode dan kecepatan yaitu dengan terwujudnya jasa pelayanan pemeriksaan laboratorium yang cepat, tepat dan bermutu serta terciptanya berbagai jenis pelayanan yang mendukung pemeriksaan kesehatan dan pemantauan kesehatan
- 2) Peningkatan jumlah rujukan pemeriksaan yang berkualitas dan pengembangan kerjasama lintas sektoral dalam IPTEKDOK maupun pelayanan masyarakat yaitu dengan terwujudnya profesionalisme melalui pendidikan, pelatihan dan penelitian dalam bidang laboratorium
- 3) Terwujudnya institusi dengan fungsi manajemen yang baik dan konsisten serta berorientasi pada peningkatan pendapatan dan pengelolaan keuangan yang mandiri dan akuntabel.
- 4) Tersedianya sarana dan prasarana laboratorium yang memadai.

3.2 Aspirasi Stakeholders Inti

Tabel 3.1 Aspirasi Stakeholders Inti

No	Komponen stakeholder inti	Harapan	Kekhawatiran
1.	Pelanggan	Peningkatan mutu pelayanan	Ketidakpuasan / ketidakpercayaan hasil pemeriksaan
2.	Sumber Daya Manusia/ Karyawan	• Peningkatan kualitas & kuantitas SDM sesuai kompetensi • Peningkatan kesejahteraan yang lebih baik	• Tidak tercapainya standar kinerja • Kesejahteraan belum sesuai harapan • Belum semua SDM memiliki kompetensi
3.	Instansi pemerintah	• Kemudahan dalam memperoleh informasi hasil pemeriksaan yang lebih cepat • Penambahan parameter pemeriksaan sesuai perkembangan penyakit • Bimbingan Teknik yang berkesinambungan	• Keterlambatan hasil pemeriksaan • Respon lambat dalam menyikapi perkembangan penyakit • Bimbingan Teknik tidak sesuai kondisi stakeholder
4.	Mitra kerja/ Penyedia Barang dan Jasa	• Pembayaran tepat waktu • Spesifikasi bahan/alat yang jelas	• Tender ulang
5.	Institusi pendidikan (Kedokteran, Farmasi, Analis Kesehatan)	Peningkatan kerjasama	Kompetensi SDM dalam melakukan bimbingan tidak sesuai harapan

3.3 Tantangan Strategis

Tantangan strategis yang tengah dihadapi dan menentukan pencapaian dan realisasi visi yang akan menimbulkan suatu kerugian yang lebih besar atau sebaliknya dan apabila tidak dimanfaatkan akan menghilangkan peluang untuk pencapaian visi dan misi dalam jangka panjang. Tantangan strategis tersebut diantaranya adalah:

1. Terwujudnya Kepuasan Pelanggan
2. Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan
3. Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring laboratorium
4. Terwujudnya Tata Kelola yang baik
5. Terwujudnya penyelenggara PME
6. Terwujudnya Budaya Kerja
7. Terwujudnya SDM yang kompeten
8. Terwujudnya SILK terintegrasi
9. Terwujudnya Sarpras yang handal

3.4 Benchmarking

BBLK Surabaya mempunyai tugas melaksanakan pelayanan laboratorium klinik dan uji kesehatan serta laboratorium kesehatan masyarakat, bimbingan teknis di bidang laboratorium kesehatan serta Pemantapan Mutu baik eksternal maupun internal yaitu sebagai penyelenggara dan peserta.

Dalam melaksanakan pelayanan Laboratorium baik laboratorium klinik dan uji kesehatan dan laboratorium kesehatan masyarakat serta dalam rangka pencapaian visi BBLK Surabaya mempunyai fungsi sebagai laboratorium rujukan yang dianggap lebih tinggi kemampuannya dalam hal pemeriksaan, untuk itu dibutuhkan suatu laboratorium yang bisa digunakan sebagai salah satu dasar untuk menentukan kemampuan BBLK Surabaya yang akan datang dibentuk atau disusun dalam kurun waktu periode Rencana Strategis Bisnis (tahun 2015-2019).

Laboratorium yang dijadikan rujukan adalah *National Institute of Health (NIH)* Nonthaburi, Thailand, *National Reference Laboratory (NRL)* Melbourne Australia dan Laboratorium Kualitas Air Perum Jasa Tirta I.

Kemampuan Laboratorium tersebut di atas dapat menjadi acuan dalam pengembangan BBLK Surabaya di masa mendatang. Kemampuan tersebut diantaranya adalah :

1. *NRL* sudah menjadi laboratorium rujukan di negara nya dan menjadi penyelenggara PME baik didalam dan luar negaranya

2. *NRL* bertugas melakukan skrining atas semua reagen yang masuk dan di izinkan dipakai oleh semua laboratorium yang ada di negaranya
3. *NRL* pernah melatih *Quality Assurance* di Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya
4. *NIH* merupakan RRL untuk Lab Polio, Campak dan Rubella, Tuberculosis di kawasan *SEAR (South East Asia Region)*
5. *NIH* merupakan tempat pelatihan baik serologi, kultur maupun PCR untuk Laboratorium Campak, Rubella dan HIV
6. *NIH* sebagai acuan dalam pemeriksaan secara mikrobiologi, Virologi, Serologi dan Biomolekuler
7. *NIH* mempunyai kemajuan yang lebih dan seing sebagai *Reference Lab* maupun tempat pelatihan untuk laboratorium surveilans.
8. *NIH* Mempunyai komitmen dalam penerapan *Biosafety level 1-3, Biosecurity* yang ketat
9. *NIH* Rujukan pelaksanaan *EWARS (early warning system)*
10. Akreditasi di Komite Akreditasi Nasional (KAN) untuk penerapan mutu SNI / IEC 17025:2005
11. Kompetensi dalam bidang pengambilan contoh sampel air (waduk, sungai), air limbah dan contoh Mikrobiologi – lingkungan
12. Kompetensi dalam bidang pengujian air terhadap parameter-parameter organik (pestisida, BTX, alifatis hidrokarbon), parameter logam, parameter *wet chemistry* (termasuk Boron, Phenol, Sulfida dan sebagainya), parameter anorganik, parameter biologi dan mikrobiologi serta parameter fisika.

3.5 Analisa SWOT

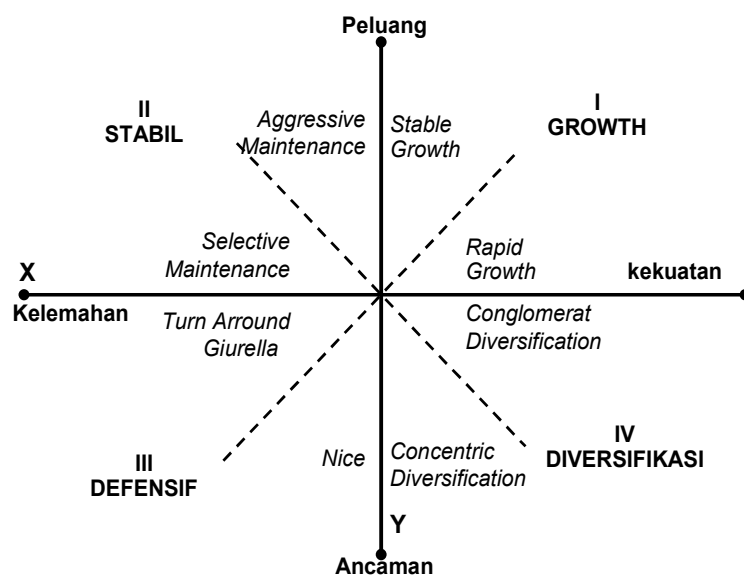
1) Analisis Lingkungan Internal Dan Eksternal

Analisis lingkungan Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya terhadap lingkungan internal dan eksternal meliputi bidang pelayanan, sumber daya manusia dan organisasi, keuangan serta sarana/prasarana. Analisis lingkungan atau disebut juga analisis SWOT merupakan salah satu metode analisis yang sering digunakan di dalam ilmu manajemen untuk mencapai tujuan strategik organisasi. Instrumen analisis ini mampu mengidentifikasi faktor-faktor internal yaitu kekuatan (*strengths*) dan kelemahan (*weaknesses*), juga identifikasi faktor-faktor eksternal yaitu peluang (*opportunities*) dan ancaman (*threats*) yang secara sistematis menentukan posisi Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya saat ini.

Adapun hasil dari analisis SWOT akan dijadikan acuan dalam pengelolaan Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya untuk menentukan langkah-langkah dalam upaya memaksimalkan kekuatan dan memanfaatkan peluang, serta secara berselarasan berusaha untuk meminimalkan kelemahan dan mengatasi ancaman.

Gambaran posisi organisasi / perusahaan berdasarkan analisis SWOT dapat dilihat pada gambar di bawah ini :

Gambar 3.1 Analisis SWOT



2) Anatomi Kuadran

a. Kuadran I (Pengembangan dan Pertumbuhan)

Dalam keadaan ini pengembangan dan pertumbuhan secara agresif sangat dimungkinkan karena organisasi memiliki kekuatan-kekuatan untuk memanfaatkan peluang-peluang yang ada.

Pengembangan dan Pertumbuhan ini dapat dilakukan dengan salah satu atau kombinasi dari alternatif-alternatif berikut ini :

- 1) *Penetrasi Pasar*, yaitu meningkatkan volume usaha dengan usaha pemasaran yang lebih agresif pada pasar yang ada;

- 2) *Pengembangan Pasar*, yaitu meningkatkan volume usaha dengan meluaskan pasar;
- 3) *Pengembangan Produk*, yaitu meningkatkan volume usaha dengan mengembangkan produk-produk baru (antara lain parameter pemeriksaan) yang berhubungan atau menyempurnakan produk untuk pasar yang sudah ada.

Disarankan untuk memfokuskan arah pengembangan di masa mendatang untuk pertumbuhan layanan (*growth*). Artinya, melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi pengembangan layanan sambil terus menguatkan kemampuan internal organisasi dan personilnya.

b. Kuadran II (Stabilisasi / Rasionalisasi)

Organisasi/Perusahaan pada kuadran ini tetap masih dapat berkembang/tumbuh, asal pandai/jeli dalam memilih arena untuk bersaing atas dasar kekuatan yang di milikinya. Disarankan untuk memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk menjaga kestabilan organisasi atau penguatan mutu kelembagaan (*stability*). Artinya melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi penyempurnaan dan penataan kemampuan organisasi, kemampuan *system managemen* dan proses bisnis, serta kemampuan personilnya dan sambil memantapkan tingkat penguasaan layanannya.

c. Kuadran III (Defensif / Penciutan kegiatan)

Organisasi yang berada pada kuadran ini, kemungkinan untuk tumbuh/berkembang sudah sangat kecil karena banyak kelemahannya. Dalam kondisi demikian satu-satunya pilihan adalah bertahan sekedar hidup, menjaga agar apa yang sudah ada tidak hilang. Disarankan untuk memfokuskan arah pengembangannya dimasa mendatang untuk bertahan hidup (*survival*). Pada posisi bersaing ini, UPT vertikal disarankan menggunakan strategi penyelamatan (*survival strategy*) yang diperlukan untuk mempertahankan kelangsungan organisasi. Strategi KUADRAN III ini kerap juga disebut sebagai strategi bertahan. Organisasi perlu menyehatkan dirinya dengan melakukan efisiensi melalui penciutan lingkup layanan (*retrenchment*) dan disaat yang sama mencoba melakukan terobosan baru melalui diversifikasi dengan kekuatan yang ada.

d. Kuadran IV (Diversifikasi)

Usaha diversifikasi (mengembangkan usaha-usaha baru) mungkin perlu dilakukan apabila peluang-peluang pengembangan lebih lanjut dalam usaha yang sekarang kurang menarik / terbatas. Disarankan untuk memfokuskan arah pengembangannya dimasa mendatang untuk diversifikasi layanan (*diversification*). Artinya organisasi sesungguhnya memiliki keunggulan bersaing memadai, akan tetapi segmen yang kini menjadi lahan layanan organisasi tidak lagi menjanjikan. Oleh karena itu organisasi pada KUADRAN IV ini perlu melakukan terobosan dengan keunggulan yang dimiliki untuk memasuki segmen baru dengan produk/jasa lama maupun baru.

Analisis kinerja BBLK Surabaya dilakukan dengan cara analisis SWOT terhadap keempat faktor yang dianggap berpengaruh yaitu bidang pelayanan, keuangan, organisasi dan SDM, serta sarana dan prasarana. Cara mendapatkan posisi total nilai peluang, ancaman, kekuatan, dan kelemahan untuk mendapatkan posisi bersaing yaitu dengan cara :

- 1) Identifikasi dan penentuan faktor-faktor apa saja yang menentukan peluang dalam kurun waktu periode RSB.
- 2) Penentuan besar bobot terhadap setiap faktor yang menentukan peluang dalam kurun waktu periode RSB, dan total bobot berbagai faktor pembentuk peluang adalah 100%
- 3) Penentuan besar rating untuk setiap faktor yang menentukan peluang dalam kurun waktu periode RSB. Besar rating untuk setiap faktor pembentuk peluang berkisar antara nol (0) sampai seratus (100).
- 4) Penentuan nilai terbobot untuk setiap faktor yang menentukan peluang kurun waktu periode RSB. Nilai terbobot ditentukan dengan cara mengalikan besar bobot (yang diperoleh dari butir 2) dan besar rating (yang diperoleh dari butir 3) untuk setiap faktor pembentuk peluang.
- 5) Penentuan total nilai terbobot berbagai faktor pembentuk peluang yang diperoleh dari butir 4, sebagai jumlah dari semua nilai terbobot.

Tabel 3.2 Faktor Peluang

Faktor Peluang	Bobot	Rating (0 sd 100)	Nilai Bobot
1. Tingginya peluang untuk kerja sama dengan instansi pemerintah	0.2	80	16
2. Lokasi BBLK yang menguntungkan	0.2	80	16
3. Tingginya kerjasama dengan instansi pendidikan	0.2	80	16
4. Peran positif organisasi dalam jejaring pelayanan laboratorium	0.2	90	18
5. Tingkat kepercayaan masyarakat masih tinggi	0.2	90	18
Total	1.000	420	84

- 6) Identifikasi dan penentuan apa saja faktor-faktor yang menentukan ancaman dalam kurun waktu periode RSB.
- 7) Penentuan besar bobot terhadap setiap faktor yang menentukan ancaman dalam kurun waktu periode RSB, dan total bobot berbagai faktor pembentuk ancaman adalah 100%.
- 8) Penentuan besar rating untuk setiap faktor yang menentukan ancaman dalam kurun waktu periode RSB. Besar rating untuk setiap faktor pembentuk ancaman berkisar antara nol (0) sampai dengan seratus (100)
- 9) Penentuan nilai terbobot untuk setiap faktor yang menentukan ancaman dalam kurun waktu periode RSB. Nilai terbobot ditentukan dengan cara mengalikan besar bobot (yang diperoleh dari butir 7) dan besar rating (yang diperoleh dari butir 8) untuk setiap faktor pembentuk ancaman.
- 10) Penentuan total nilai terbobot berbagai faktor pembentuk ancaman yang diperoleh dari butir 9).

Tabel 3.3. Faktor Pembentuk Ancaman

Faktor Ancaman	Bobot	Rating (0 sd 100)	Nilai Bobot
1. Tingkat persaingan yang tinggi dengan lab swasta/lab yang lain	0.2	80	16
2. Tidak ada kepastian regulasi	0.2	80	16
3. Kurangnya tingkat kepercayaan pada laboratorium instansi pemerintah	0.2	70	14
4. Kenaikan harga kebutuhan Laboratorium	0.2	80	16
5. Belum siap menghadapi pasar bebas	0.2	80	16
Total	1.000	390	78

- 11) Identifikasi dan penentuan apa saja faktor-faktor yang menentukan kekuatan dalam kurun waktu periode RSB.
- 12) Penentuan besar bobot terhadap setiap faktor yang menentukan kekuatan dalam kurun waktu periode RSB, dan total bobot berbagai faktor pembentuk kekuatan adalah 100%
- 13) Penentuan besar rating untuk setiap faktor yang menentukan kekuatan dalam kurun waktu periode RSB. Besar rating untuk setiap faktor pembentuk kekuatan berkisar antara nol (0) sampai seratus (100).
- 14) Penentuan nilai terbobot untuk setiap faktor yang menentukan kekuatan dalam kurun waktu periode RSB. Nilai terbobot ditentukan dengan cara mengalikan besar bobot (yang diperoleh dari butir 12) dan besar rating (yang diperoleh dari butir 13) untuk setiap faktor pembentuk kekuatan.
- 15) Penentuan total nilai terbobot berbagai faktor pembentuk kekuatan yang diperoleh dari butir 14)

Tabel 3.4. Faktor pembentuk kekuatan

Faktor Kekuatan	Bobot	Rating (0 sd 100)	Nilai Bobot
1. Mempunyai Sistem Jaminan Mutu Nasional & Internasional	0.15	80	12
2. Status BBLK sebagai Lab. Rujukan Nasional & Regional	0.15	70	10.5
3. Memiliki Jenis pemeriksaan yang beragam	0.15	60	9
4. Mempunyai peralatan yang canggih	0.1	60	6
5. Tingkat tarif yang dapat dijangkau oleh masyarakat umum	0.15	80	12
6. Pelayanan rujukan KLB	0.15	90	13.5
7. Adanya Laboratorium Unggulan (Tb, Difteri, Polio, Campak, Rubella, HIV, Yersinia Pestis, Logam Berat, Narkoba)	0.15	90	13.5
Total	1.000	530	76.5

- 16) Identifikasi dan penentuan apa saja faktor-faktor yang menentukan kelemahan dalam kurun waktu periode RSB.
- 17) Penentuan besar bobot terhadap setiap faktor yang menentukan kelemahan dalam kurun waktu periode RSB, dan total bobot berbagai faktor pembentuk kelemahan adalah 100%
- 18) Penentuan besar rating untuk setiap faktor yang menentukan kelemahan suatu UPT vertikal dalam kurun waktu periode RSB.

Besar rating untuk setiap faktor pembentuk kelemahan berkisar antara nol (0) sampai seratus (100).

- 19) Penentuan nilai terbobot untuk setiap faktor yang menentukan kelemahan dalam kurun waktu periode RSB. Nilai terbobot ditentukan dengan cara mengalikan besar bobot (yang diperoleh dari butir 17 dan besar rating (yang diperoleh dari butir 18) untuk setiap faktor pembentuk kelemahan.
- 20) Penentuan total nilai terbobot berbagai faktor pembentuk kelemahan yang diperoleh dari butir 19).

Tabel 3.5. Faktor pembentuk kelemahan

Faktor Kelemahan	Bobot	Rating (0 sd 100)	Nilai Bobot
1. Belum memiliki system informasi yang terintegrasi	0.15	80	12
2. Biaya perawatan alat cukup tinggi	0.15	80	12
3. Terbatasnya dana pelatihan tenaga SDM	0.2	80	16
4. Belum semua SDM mempunyai kompetensi	0.1	70	7
5. Marketing belum berjalan dengan baik	0.2	90	18
6. Pembiayaan KLB masih terbatas	0.2	90	18
Total	1.000	490	83

3.6 Diagram Kartesius Pilihan Prioritas Strategis

Berdasarkan 20 (dua puluh) langkah di atas dilakukan nilai dalam diagram kartesius. Penentuan nilai untuk masing-masing sumbu X dan Y ditentukan sebagai berikut :

$$\text{Nilai Sumbu Y} = \text{total nilai terbobot peluang} - \text{total nilai terbobot ancaman}$$

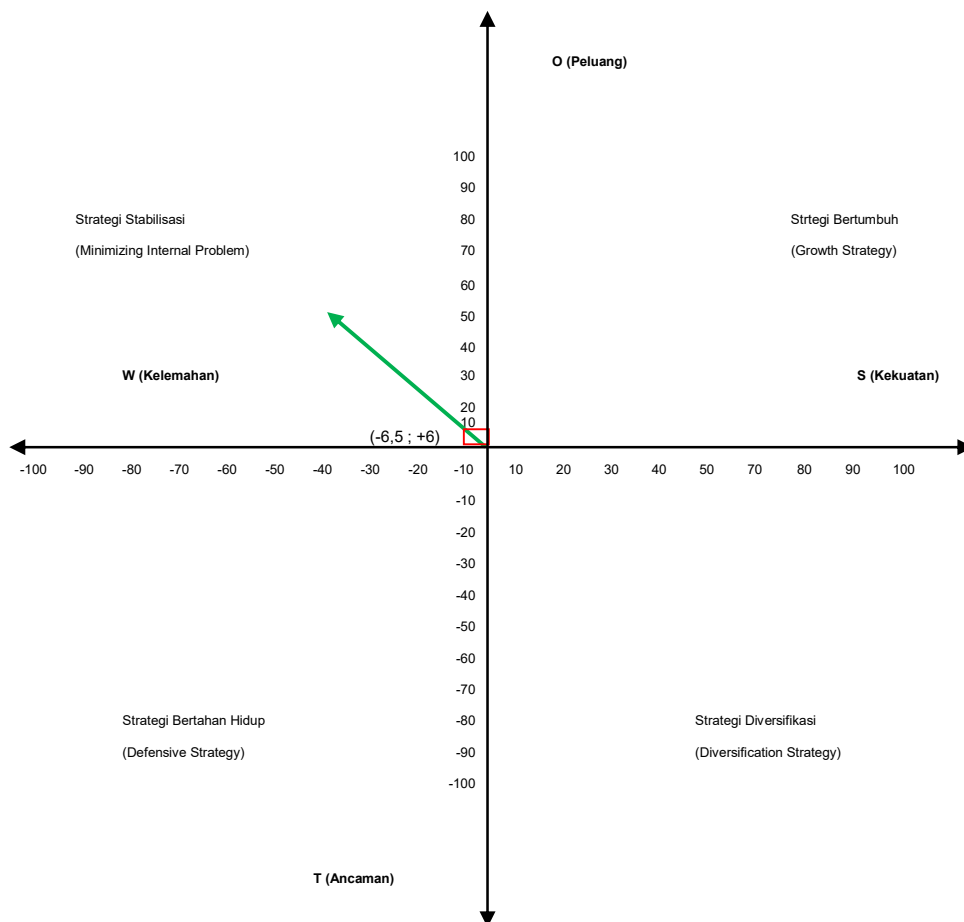
$$\text{Nilai Sumbu Y} = 84 - 78 = 6$$

$$\text{Nilai Sumbu X} = \text{total nilai terbobot kekuatan} - \text{total nilai terbobot kelemahan}$$

$$\text{Nilai Sumbu X} = 76.5 - 83 = -6.5$$

Dengan demikian, titik koordinat (Sumbu X, Sumbu Y) adalah (-6.5;6)

Gambar 3.2
Posisi Strategis Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya
Tahun 2016



Kondisi ini menunjukkan posisi BBLK Surabaya berada pada KUADRAN II, organisasi pada kuadran ini tetap masih dapat berkembang/tumbuh, asal pandai/jeli dalam memilih arena untuk bersaing atas dasar kekuatan yang di miliknya. Disarankan untuk memfokuskan arah pengembangannya di masa mendatang untuk menjaga kestabilan organisasi atau penguatan mutu kelembagaan (*stability*). Artinya melakukan prioritas strategis untuk melakukan investasi penyempurnaan dan penataan kemampuan organisasi, kemampuan *system management* dan proses bisnis, serta kemampuan personilnya dan sambil memantapkan tingkat penguasaan layanannya.

3.7 Analisa TOWS

Berbagai sasaran strategis yang akan dilakukan BBLK Surabaya dalam kurun waktu periode RSB, Sasaran Strategis yang diidentifikasi diperoleh melalui analisa TOWS. Sasaran strategis menggambarkan upaya strategis yang akan diwujudkan oleh BBLK Surabaya dalam rangka merealisasikan Visi pada kurun waktu periode RSB. Untuk dapat merumuskan upaya strategis tersebut, analisa dilakukan dengan mendasarkan pada masing-masing kondisi sebagai berikut, yaitu dengan cara mempertemukan :

- 1) Hasil identifikasi kekuatan BBLK Surabaya dan Peluang BBLK Surabaya
- 2) Hasil identifikasi kekuatan BBLK Surabaya dan Ancaman BBLK Surabaya
- 3) Hasil identifikasi kelemahan BBLK Surabaya dan peluang BBLK Surabaya
- 4) Hasil identifikasi kelemahan BBLK Surabaya dan ancaman BBLK Surabaya

Hasil Identifikasi tersebut dapat dilihat pada tabel 3.6 berikut :

Tabel 3.6 Hasil Identifikasi Analisa TOWS

	<u>Kekuatan (Strength)</u>	<u>Kelemahan (Weakness)</u>
	1. Mempunyai Sistem Jaminan Mutu Nasional & Internasional 2. Status BBLK sebagai Lab. Rujukan Nasional & Regional 3. Memiliki jenis pemeriksaan yang beragam 4. Mempunyai peralatan yang canggih 5. Tingkat tariff yang dapat dijangkau oleh masyarakat Umum 6. Pelayanan rujukan KLB 7. Adanya Lab. Unggulan (TB, Diphteri, Polio, Campak, Rubella, HIV, Yersinia Pestis, Logam Berat, narkoba)	1. Belum memiliki system informasi yang terintegrasi 2. Biaya perawatan alat cukup tinggi 3. Terbatasnya dana pelatihan tenaga SDM 4. Belum semua SDM mempunyai kompetensi 5. Marketing belum berjalan dengan baik 6. Pembiayaan KLB masih terbatas
<u>Peluang (Opportunity)</u>		
1. Tingginya peluang untuk kerjasama dengan instansi pemerintah 2. Lokasi BBLK yang menguntungkan 3. Tingginya kerjasama dengan instansi Pendidikan 4. Peran positif organisasi dalam jejaring pelayanan laboratorium 5. Tingkat kepercayaan masyarakat masih <u>tinggi</u>	1. Peran positif organisasi dalam jejaring pelayanan laboratorium	1. Terwujudnya peningkatan Kompetensi SDM 2. Terwujudnya system informasi yang terintegrasi 3. Meningkatnya kerjasama dengan instansi Pendidikan

<u>Ancaman (Threat)</u> 1. Tingkat persaingan yang tinggi dengan Lab. Swasta/Lab yang lain 2. Tidak ada kepastian regulasi 3. Kurangnya tingkat kepercayaan pada Lab. Instansi Pemerintah 4. Kenaikan harga kebutuhan Laboratorium 5. Belum siap menghadapi pasar bebas AFTA 2015	1. Meningkatnya kepercayaan pada Lab. Instansi Pemerintah	1. Ada kepastian regulasi (anggaran, SOTK, peraturan, dll) 2. Terwujudnya Marketing yang baik
---	---	--

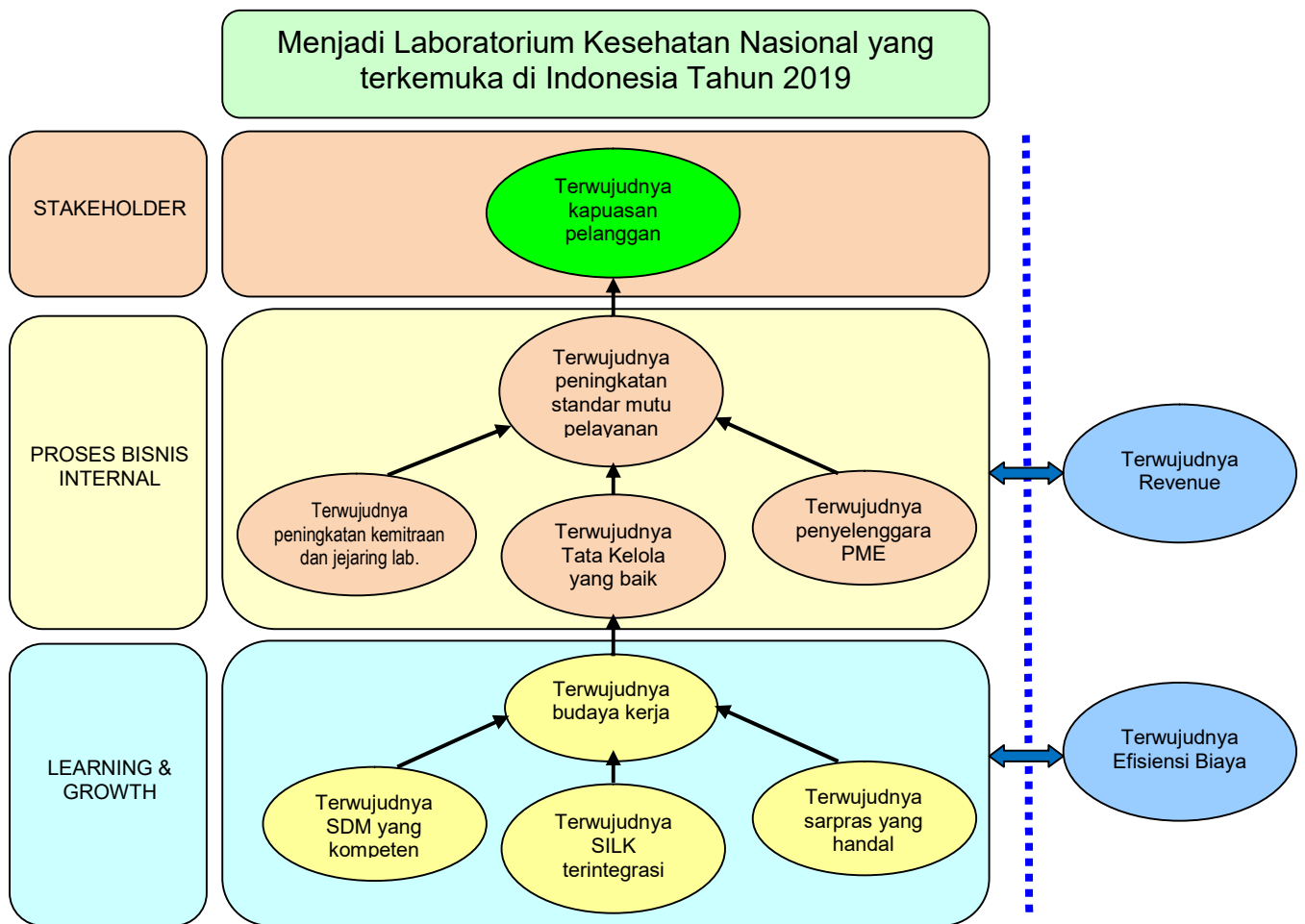
Dari hasil analisa TOWS dapat diidentifikasi Sasaran strategis yang harus dilakukan oleh BBLK Surabaya sebagai berikut :

1. Identifikasi kekuatan dan Peluang di BBLK Surabaya
 - Peran Positif organisasi dalam jejaring pelayanan laboratorium
2. Identifikasi kekuatan dan ancaman di BBLK Surabaya
 - Meningkatnya kepercayaan pada laboratorium instansi pemerintah
3. Identifikasi kelemahan dan peluang di BBLK Surabaya
 - Terwujudnya peningkatan kompetensi SDM
 - Terwujudnya sistem informasi yang terintegrasi
 - Menigkatknya kerjasama dengan instansi pendidikan
4. Identifikasi kelemahan dan ancaman di BBLK Surabaya
 - Ada Kepastian regulasi (anggaran, SOTK, peraturan, dll)
 - Terwujudnya marketing yang baik.

3.8 Rancangan Peta Strategi *Balance Score Card* (BSC)

Berdasarkan upaya-upaya strategis yang teridentifikasi diatas maka disusunlah peta strategi BBLK Surabaya untuk kurun waktu periode Rencana Strategis Bisnis (tahun 2015-2019). Peta strategi menggambarkan jalinan sebab akibat berbagai sasaran strategis dalam kurun waktu periode Rencana Strategis Bisnis (tahun 2015-2019) yang dikelompokkan dalam perspektif finansial, konsumen, proses bisnis dan pengembangan personil dan organisasi BBLK Surabaya. Sasaran strategis yang ditentukan didasarkan atas upaya-upaya strategis yang dihasilkan dari analisa TOWS. Rancangan peta strategis tersebut seperti pada gambar 3.3.

Gambar 3.3. Rancangan Peta Strategis Balance Score Card



BAB IV

INDIKATOR KINERJA UTAMA DAN PROGRAM KERJA STRATEGIS

4.1 Matriks IKU

Dalam matriks IKU dapat dijelaskan indikator kinerja utama (IKU) yang dituju setiap sasaran strategis. IKU tersebut menunjukkan perwujudan suatu sasaran strategis. Sebuah sasaran strategis bisa mempunyai lebih dari satu jenis IKU. Ukuran kinerja utama dan target ukuran kinerja utama yang hendak dicapai untuk mengawal kemajuan pencapaian visi Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya (BBLK) pada kurun waktu periode Rencana Strategis Bisnis 2015-2019.

Indikator Kinerja Utama (IKU) yang dituju untuk setiap sasaran strategis yang menunjukkan kemajuan perwujudan suatu sasaran strategis. IKU dan targetnya dapat digunakan untuk mengukur status kemajuan pencapaian sasaran strategis baik dari segi masukan (*input*), proses, keluaran (*output*) dan hasil (*outcome*) dari suatu sasaran strategis di BBLK Surabaya. Untuk setiap IKU yang teridentifikasi ditentukan besar bobotnya dan dalam konteks ini, bobot IKU menyatakan tingkat kepentingan IKU tersebut terhadap pencapaian visi BBLK Surabaya, dan total penjumlahan bobot semua IKU bernilai 100%.

Selanjutnya target IKU ditentukan untuk setiap tahun periode Rencana Strategis Bisnis bagi setiap sasaran strategis Matriks IKU dalam Rencana Strategis Bisnis 2015 – 2019 Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya, disajikan dalam tabel di bawah ini.

Tabel 4.1 Matriks IKU 2015-2019 (Awal)

No	Perspektif	Sasaran	IKU	Bobot	Baseline 2014	Satuan	Target IKU				
							2015	2016	2017	2018	2019
1	Stakeholder	1. Terwujudnya kepuasan pelanggan	a. Tingkat Kepuasan Stakeholder per tahun	6	Semester I 2014 = 85,714	Nominal IKM	86	87	88	89	90
			b. prosentase keluhan pelanggan yang ditindaklanjuti	6	80	Persen	83	87	90	95	100
2	Proses Bisnis	2. Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan	a. Jumlah pemutahiran Metode dan atau penambahan parameter uji untuk Surveilans	5	2	Metode/parameter	3	4	5	6	7
			b. Pemutahiran metode dan atau penambahan parameter uji pelayanan laboratorium	5	2	Metode/parameter	3	4	6	7	8
			c. Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi	6	46	Parameter	47	48	52	58	68
		3. Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring lab.	a. Jumlah kerjasama kelembagaan / customer yang berjalan efektif	5	14	Kerjasama	16	18	20	22	24
		4. Terwujudnya tata kelola yang baik	a. Tingkat Kesehatan BLU	6	Semester I 2014 = 82,97	Score	83	83,5	84	84,5	85
			b. Kesesuaian perencanaan dengan realisasi output	6	65.40 (s.d Okt 2014)	Persen	90	92,5	95	97,5	100
			c. Capaian kinerja pelayanan	8	88.36 (s.d Okt 2014)	Persen	100	100	100	100	100
			d. Capaian kinerja pendapatan	8	88.15 (s.d Okt 2014)	Persen	100	100	100	100	100

No	Perspektif	Sasaran	IKU	Bobot	Baseline 2014	Satuan	Target IKU				
							2015	2016	2017	2018	2019
3	Proses Pengembangan Personil dan Organisasi	5. Terwujudnya penyelenggara PME	a. Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME Regional & Nasional	6	91	Persen	92	94	96	98	100
			b. Jumlah parameter PME Regional & Nasional	6	48	Parameter	52	54	54	55	56
		6. Terwujudnya budaya kerja	a. Indeks survey Budaya	5	75	Nilai	80	85	90	95	100
		7. Terwujudnya SDM yang kompeten	a. Prosentase SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai	6	90	Persen	92	94	96	98	98
		8. Terwujudnya SILK terintegrasi	a. Jumlah modul SILK yang diimplementasikan	6	2	Modul	3	5	7	9	10
		9. Terwujudnya Sarpras yang handal	a. Ketepatan Kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal	5	85	Persen	90	92	94	96	98
			b. Utilisasi alat laboratorium	5	85	Persen	90	92	94	96	100

Tabel 4.2 Matriks IKU 2015-2019 (Revisi)

No	Perspektif	Sasaran	IKU	Bobot	Target IKU 2015	Capaian IKU 2015	Target IKU 2016	Capaian IKU 2016	Satuan	Revisi Target IKU		
										2017	2018	2019
1	Stakeholder	1. Terwujudnya kepuasan pelanggan	a. Tingkat Kepuasan Stakeholder per tahun	6	86	85,6	87	83,4	Nominal IKM	83	83	83
			b. prosentase keluhan pelanggan yang ditindaklanjuti	6	83	100	87	100	Persen	90	95	100
2	Proses Bisnis	2. Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan	a. Jumlah pemutahiran Metode dan atau penambahan parameter uji untuk Surveilans	5	3	5	4	4	Metode/parameter	5	6	7
			b. Pemutahiran metode dan atau penambahan parameter uji pelayanan laboratorium	5	3	9	4	4	Metode/parameter	6	7	8
			c. Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi	6	47	51	48	54	Parameter	52	53	54
		3. Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring lab.	a. Jumlah kerjasama kelembagaan / customer yang berjalan efektif	5	16	27	18	31	Kerjasama	20	22	24
		4. Terwujudnya tata kelola yang baik	a. Tingkat Kesehatan BLU	6	83	93,5	83,5	88,5	Score	84	84,5	85
			b. Kesesuaian perencanaan dengan realisasi output	6	90	100	92,5	100	Persen	95	97,5	100
			c. Capaian kinerja pelayanan	8	100	105,94	100	112,30	Persen	100	100	100
			d. Capaian kinerja pendapatan	8	100	105,82	100	133,71	Persen	100	100	100

No	Perspektif	Sasaran	IKU	Bobot	Target IKU 2015	Capaian IKU 2015	Target IKU 2016	Capaian IKU 2016	Satuan	Target IKU		
										2017	2018	2019
3	Proses Pengembangan Personil dan Organisasi	5. Terwujudnya penyelenggara PME	a. Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME Regional & Nasional	6	92	91,43	94	99,77	Persen	96	98	100
			b. Jumlah parameter PME Regional & Nasional	6	52	48	54	50	Parameter	50	51	52
		6. Terwujudnya budaya kerja	a. Indeks survey Budaya	5	80	75,59	85	83,79	Nilai	81	82	83
		7. Terwujudnya SDM yang kompeten	a. Prosentase SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai	6	92	97,56	94	97,41	Persen	96	98	98
		8. Terwujudnya SILK terintegrasi	a. Jumlah modul SILK yang diimplementasikan	6	3	3	5	3	Modul	4	5	6
		9. Terwujudnya Sarpras yang handal	a. Ketepatan Kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal	5	90	86,49	92	68,75	Persen	92	93	94
			b. Utilisasi alat laboratorium	5	90	100	92	100	Persen	94	96	100

Dari tabel tersebut ada beberapa target indikator yang diturunkan karena dianggap terlalu tinggi atau dalam periode 2 tahun terakhir tidak tercapai, antara lain :

1. Tingkat kepuasan stakeholder per-tahun
2. Indeks survey budaya
3. Jumlah parameter PME regional dan nasional

sedangkan penurunan target indikator berikut dengan alasan :

1. Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi
target diturunkan karena menunggu bahan kontrol dalam waktu yang tidak dapat ditentukan (indent) khususnya untuk laboratorium Kimia Kesehatan sebab bahan tersebut dibutuhkan untuk validasi/verifikasi dan kalibrasi.
2. Jumlah parameter PME regional dan nasional
target diturunkan karena :
 - a) Keterbatasan sarana prasarana
 - b) Ketersediaan bahan untuk PME (spesimen)
 - c) Keterbatasan sistem online PME yaitu :
 - Sistem online untuk administrasi secara keseluruhan (pendaftaran, entry hasil, evaluasi dan hasil selesai) dimana saat ini masih manual sebab jika jumlah peserta semakin banyak, maka butuh sistem online.
 - Sistem online untuk evaluasi (intern), ada 2 macam : sederhana dan canggih.
Canggih : server tersendiri, tidak gabung dengan sistem online BBLK yang sudah ada karena bisa mempengaruhi.
3. Jumlah modul SILK yang diimplementasikan dan ketepatan kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal
target diturunkan karena pencapaian tergantung dari jumlah anggaran yang diterima.

4.2 Kamus Matriks

Untuk setiap IKU yang telah teridentifikasi seperti tabel 4.1 maka disusun suatu penjelasan tentang definisi IKU, informasi periode pelaporan IKU, bobot IKU, penanggung jawab IKU (*Person In Charge*), sumber data dan target tiap tahun. Seperti disampaikan pada gambar 4.3 - 4.19

Tabel 4.3 Kamus Matriks Tingkat Kepuasan Stakeholder Per-Tahun

Perspektif	Stakeholder												
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan pelanggan												
Judul Indikator	Tingkat Kepuasan Stakeholder Per-Tahun												
Dimensi Mutu	Kepuasan Pelanggan												
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan												
Definisi	Kepuasan adalah pernyataan tentang persepsi pelanggan terhadap jasa pelayanan kesehatan yang diberikan oleh BBLK. Kepuasan pelanggan dapat dicapai apabila pelayanan yang diberikan sesuai atau melampaui harapan pelanggan. Hal ini dapat diketahui dengan melakukan survey kepuasan pelanggan untuk mengetahui tingkat kepuasan pelanggan dengan mengacu pada kepuasan pelanggan berdasarkan Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM). Pengukuran IKM dilaksanakan di lokasi layanan sesuai dengan metode dan ketentuan sebagaimana diatur dalam Pedoman survey kepuasan masyarakat terhadap penyelenggaraan pelayanan publik (Permenpan No. 16 tahun 2014).												
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran												
Formula	$\frac{\text{Hasil Penilaian IKM}}{\text{Skala Maksimal Nilai IKM}} \times 100\%$ Terdapat 9 unsur minimal yang harus ada dalam penilaian Indeks Kepuasan Masyarakat (IKM) : 1. Persyaratan 2. Prosedur 3. Waktu Pelayanan 4. Biaya/Tarif 5. Produk spesifikasi jenis pelayanan 6. Kompetensi pelaksana 7. Perilaku pelaksana 8. Maklumat pelayanan 9. Penanganan pengaduan, saran dan masukan												
Bobot IKU	6												
Sumber Data	Formulir Kepuasan Masyarakat.												
Kriteria Penilaian	<table border="1"> <thead> <tr> <th><i>Kepuasan Pelanggan (KP)</i></th><th><i>SKOR</i></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>KP > 85</td><td>6.00</td></tr> <tr> <td>70 < KP ≤ 85</td><td>4.50</td></tr> <tr> <td>55 < KP ≤ 70</td><td>3.00</td></tr> <tr> <td>40 < KP ≤ 55</td><td>1.50</td></tr> <tr> <td>KP ≤ 40</td><td>0.00</td></tr> </tbody> </table>	<i>Kepuasan Pelanggan (KP)</i>	<i>SKOR</i>	KP > 85	6.00	70 < KP ≤ 85	4.50	55 < KP ≤ 70	3.00	40 < KP ≤ 55	1.50	KP ≤ 40	0.00
<i>Kepuasan Pelanggan (KP)</i>	<i>SKOR</i>												
KP > 85	6.00												
70 < KP ≤ 85	4.50												
55 < KP ≤ 70	3.00												
40 < KP ≤ 55	1.50												
KP ≤ 40	0.00												
<i>Person In Charge</i>	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimbingan Teknis.												

Periode Pelaporan	Semesteran				
Target	Target Awal :				
	2015	2016	2017	2018	2019
	86	87	88	89	90
	Target Revisi :				
	2015	2016	2017	2018	2019
	86	87	83	83	83

Tabel 4.4 Kamus Matriks Persentase Keluhan Pelanggan yang Ditindak lanjuti

Perspektif	Proses Bisnis
Sasaran Strategis	Terwujudnya kepuasan pelanggan
Judul Indikator	Prosentase keluhan pelanggan yang ditindak lanjuti
Dimensi Mutu	Efektivitas dan Mutu Pelayanan
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan
Definisi Operasional	jumlah pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan ke unit pengelola pelayanan pelanggan dan telah direpson/ditindaklanjuti oleh manajemen setiap bulan, dibandingkan dengan jumlah semua pengaduan/komplain tertulis yang dilaporkan dalam periode bulan yang sama. Kecepatan respon terhadap komplain adalah kecepatan memberikan respon terhadap komplain tertulis. BBLK membuat matriks respon terhadap komplain (meng-<i>grading</i> dan membuat katagori serta menentukan kecepatan respon/tindak lanjut terhadap masing masing katagori komplain). Catatan : Untuk penetapan <i>grading</i> digunakan modifikasi matriks <i>grading</i> resiko (disesuaikan kondisi masing masing BBLK). Contoh : •Merah cenderung berhubungan dengan pengaduan polisi, pengadilan, kematian, mengancam sistem/kelangsungan organisasi, potensi kerugian material,dll •Kuning cenderung berhubungan dengan pemberitaan media, potensi kerugian immaterial, dll •Hijau tidak menimbulkan kerugian berarti baik materia xl maupun immaterial Matriks respon terhadap komplain •Komplain kategori merah ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 1 x 24 jam •Komplain kategori kuning ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 3 hari •Komplain kategori hijau ditanggapi dan di tindak lanjuti maksimal 7 hari Masing masing kategori komplain dilakukan penilaian berapa persen yang penanganan komplainnya sesuai standar. Misalnya : •kategori merah = a% •kategori kuning = b%

	•kategori hijau = c% Komplain Kategori Merah Yang Ditindaklanjuti (Jam)		Skor
	KKM < 24		100
	24 < KKM ≤ 36		75
	36 < KKM ≤ 72		50
	72 < KKM ≤ 96		25
	KKM ≥ 96		0
	Komplain Kategori Kuning Yang Ditindaklanjuti (Hari)		Skor
	KKK < 3		100
	3 < KKK ≤ 4		75
	4 < KKK ≤ 5		50
	5 < KKK ≤ 6		25
	KKK ≥ 6		0
	Komplain Kategori Hijau Yang Ditindaklanjuti (Hari)		Skor
	KKH < 7		100
	7 < KKH ≤ 8		75
	8 < KKH ≤ 9		50
	9 < KKH ≤ 10		25
	KKH ≥ 10		0
Frekuensi pengumpulan data	Bulanan		
Formula	$\frac{\text{Nilai KKM} + \text{Nilai KKK} + \text{Nilai KKH}}{3}$ Jumlah seluruh komplain (kategori merah,kuning,hijau) yang ditanggapi dan ditindaklanjuti sesuai masing-masing standar waktu dibagi dengan Jumlah seluruh komplain (merah,kuning,hijau)		
Bobot	6		
Sumber Data	Laporan Komplain		
Kriteria Penilaian	Komplain yang ditindaklanjuti (%) (KYD)		Skor
	KYD > 80		6.00
	70 < KYD ≤ 80		4.50
	60 < KYD ≤ 70		3.00
	50 < KYD ≤ 60		1.50
	KYD ≤ 50		0.00
Person In Charge	Kabid Pemantapan Mutu dan Bimtek		
Periode Pelaporan	Triwulan		

Target	Target Awal :				
	2015	2016	2017	2018	2019
	83%	87%	90%	95%	100%
Target Revisi : -					

Tabel 4.5 Kamus Matriks Jumlah Pemutahiran Metode dan/atau Penambahan Parameter Uji untuk Surveilans

Perspektif	Proses Bisnis												
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan												
Judul Indikator	Jumlah pemutahiran metode dan/atau parameter uji untuk surveilans												
Dimensi Mutu	Layanan Pemeriksaan Surveilans												
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan pemeriksaan Surveilans untuk mendukung pelaksanaan dalam Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) untuk penyakit berpotensi KLB/Wabah												
Definisi Operasional	Pemeriksaan Surveilans adalah pemeriksaan untuk mendiagnosa secara cepat penyakit berpotensi wabah sebagai peran BBLK dalam Sistem Kewaspadaan Dini dan Respon (SKDR) untuk memantau masalah kesehatan di Indonesia												
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran												
Formula	Jumlah metode dan/atau parameter uji baru per tahun meliputi penambahan parameter dan atau metode pada pemeriksaan surveilans												
Bobot IKU	5												
Sumber Data	Laporan parameter baru/metode baru												
Kriteria Penilaian	<table><tr><th><i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Surveilans (PPBS)</i></th><th><i>Skor</i></th></tr><tr><td><i>$PPBS \geq 7$</i></td><td>5.00</td></tr><tr><td><i>$5 \leq PPBS < 7$</i></td><td>3.75</td></tr><tr><td><i>$3 \leq PPBS < 5$</i></td><td>2.50</td></tr><tr><td><i>$1 \leq PPBS < 3$</i></td><td>1.25</td></tr><tr><td><i>$PPBS < 1$</i></td><td>0.00</td></tr></table>	<i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Surveilans (PPBS)</i>	<i>Skor</i>	<i>$PPBS \geq 7$</i>	5.00	<i>$5 \leq PPBS < 7$</i>	3.75	<i>$3 \leq PPBS < 5$</i>	2.50	<i>$1 \leq PPBS < 3$</i>	1.25	<i>$PPBS < 1$</i>	0.00
<i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Surveilans (PPBS)</i>	<i>Skor</i>												
<i>$PPBS \geq 7$</i>	5.00												
<i>$5 \leq PPBS < 7$</i>	3.75												
<i>$3 \leq PPBS < 5$</i>	2.50												
<i>$1 \leq PPBS < 3$</i>	1.25												
<i>$PPBS < 1$</i>	0.00												
Person In Charge	Kepala Bidang Pelayanan												
Periode Pelaporan	Semesteran												
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td></tr></table> Target Revisi : -	2015	2016	2017	2018	2019	3	4	5	6	7		
2015	2016	2017	2018	2019									
3	4	5	6	7									

Tabel 4.6 Kamus Matriks Pemutahiran Metode dan/atau Penambahan Parameter Uji Pelayanan Laboratorium

Perspektif	Proses Bisnis												
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan												
Judul indikator	Pemutahiran metode dan/atau paramater uji pelayanan laboratorium												
Dimensi Mutu	Layanan pemeriksaan laboratorium												
Tujuan	Untuk meningkatkan dan mengembangkan lingkup pemeriksaan												
Definisi	Pemutahiran metode dan/atau parameter uji pelayanan laboratorium meliputi penambahan metode dan/atau parameter uji pada Seksi Lab. Klinik & Uji Kesehatan serta Seksi Lab. Kesehatan Masyarakat												
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran												
Formula	Penambahan parameter dan/atau metode pada Seksi Lab. Klinik & Uji Kesehatan serta Seksi Lab. Kesehatan Masyarakat												
Bobot IKU	5												
Sumber Data	Laporan parameter baru/metode baru												
Kriteria Penilaian	<table><tr><th><i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Lab. (PPBL)</i></th><th><i>Skor</i></th></tr><tr><td><i>$PPBL \geq 7$</i></td><td>5.00</td></tr><tr><td><i>$5 \leq PPBL < 7$</i></td><td>3.75</td></tr><tr><td><i>$3 \leq PPBL < 5$</i></td><td>2.50</td></tr><tr><td><i>$1 \leq PPBL < 3$</i></td><td>1.25</td></tr><tr><td><i>$PPBL < 1$</i></td><td>0.00</td></tr></table>	<i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Lab. (PPBL)</i>	<i>Skor</i>	<i>$PPBL \geq 7$</i>	5.00	<i>$5 \leq PPBL < 7$</i>	3.75	<i>$3 \leq PPBL < 5$</i>	2.50	<i>$1 \leq PPBL < 3$</i>	1.25	<i>$PPBL < 1$</i>	0.00
<i>Penambahan Parameter Pemeriksaan Baru Lab. (PPBL)</i>	<i>Skor</i>												
<i>$PPBL \geq 7$</i>	5.00												
<i>$5 \leq PPBL < 7$</i>	3.75												
<i>$3 \leq PPBL < 5$</i>	2.50												
<i>$1 \leq PPBL < 3$</i>	1.25												
<i>$PPBL < 1$</i>	0.00												
Person In Charge	Kepala Bidang Pelayanan												
Periode Pelaporan	Semesteran												
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>3</td><td>4</td><td>6</td><td>7</td><td>8</td></tr></table> Target Revisi : -	2015	2016	2017	2018	2019	3	4	6	7	8		
2015	2016	2017	2018	2019									
3	4	6	7	8									

Tabel 4.7 Kamus Matriks Jumlah Pemeriksaan Laboratorium yang Terakreditasi

Perspektif	Proses Bisnis																				
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan Standar Mutu Pelayanan																				
Judul indikator	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi																				
Dimensi Mutu	Standarisasi pengujian pemeriksaan laboratorium																				
Tujuan	Untuk meningkatkan ruang lingkup pemeriksaan yang terakreditasi																				
Definisi	Jumlah parameter yang terakreditasi tahun berjalan pada Seksi Lab. Klinik & Uji Kesehatan serta Seksi Lab. Kesehatan Masyarakat																				
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																				
Formula	Jumlah parameter yang terakreditasi tahun berjalan																				
Bobot IKU	6																				
Sumber Data	Sertifikat Akreditasi																				
Kriteria Penilaian	<table><tr><th><i>Akreditasi Pelayanan Lab. (APL)</i></th><th><i>SKOR</i></th></tr><tr><td><i>APL ≥ 45</i></td><td><i>6.00</i></td></tr><tr><td><i>40 ≤ APL < 45</i></td><td><i>4.50</i></td></tr><tr><td><i>35 ≤ APL < 40</i></td><td><i>3.00</i></td></tr><tr><td><i>30 ≤ APL < 35</i></td><td><i>1.50</i></td></tr><tr><td><i>APL < 30</i></td><td><i>0.00</i></td></tr></table>	<i>Akreditasi Pelayanan Lab. (APL)</i>	<i>SKOR</i>	<i>APL ≥ 45</i>	<i>6.00</i>	<i>40 ≤ APL < 45</i>	<i>4.50</i>	<i>35 ≤ APL < 40</i>	<i>3.00</i>	<i>30 ≤ APL < 35</i>	<i>1.50</i>	<i>APL < 30</i>	<i>0.00</i>								
<i>Akreditasi Pelayanan Lab. (APL)</i>	<i>SKOR</i>																				
<i>APL ≥ 45</i>	<i>6.00</i>																				
<i>40 ≤ APL < 45</i>	<i>4.50</i>																				
<i>35 ≤ APL < 40</i>	<i>3.00</i>																				
<i>30 ≤ APL < 35</i>	<i>1.50</i>																				
<i>APL < 30</i>	<i>0.00</i>																				
<i>Person In Charge</i>	Kepala Bidang Pelayanan																				
Periode Pelaporan	Tahunan																				
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>47</td><td>48</td><td>52</td><td>58</td><td>68</td></tr></table> Target Revisi : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>47</td><td>48</td><td>52</td><td>53</td><td>54</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	47	48	52	58	68	2015	2016	2017	2018	2019	47	48	52	53	54
2015	2016	2017	2018	2019																	
47	48	52	58	68																	
2015	2016	2017	2018	2019																	
47	48	52	53	54																	

Tabel 4.8 Kamus Matriks Jumlah Kerjasama Kelembagaan / Customer yang Berjalan Efektif

Perspektif	Proses Bisnis																				
Sasaran Strategis	Terwujudnya peningkatan kemitraan dan Jejaring Laboratorium																				
Judul lndikator	Jumlah Kerjasama kelembagaan/customer yang berjalan efektif																				
Dimensi Mutu	Pemasaran & Jejaring Laboratorium																				
Tujuan	Untuk meningkatkan Kerjasama Kelembagaan / customer dan Jejaring Laboratorium																				
Definisi	Jumlah kerjasama dengan lembaga / pelanggan yang memanfaatkan produk pelayanan di BBLK Surabaya dalam kurun waktu satu tahun																				
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																				
Formula	Jumlah kerjasama kelembagaan /customer tahun berjalan																				
Bobot IKU	5																				
Sumber Data	Laporan Jumlah Kerjasama																				
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Jumlah Kerjasama Kelembagaan (JKK)</th><th>SKOR</th></tr><tr><td>JKK ≥ 20</td><td>5.00</td></tr><tr><td>15 ≤ JKK < 20</td><td>3.75</td></tr><tr><td>10 ≤ JKK < 15</td><td>2.50</td></tr><tr><td>5 ≤ JKK < 10</td><td>1.25</td></tr><tr><td>JKK < 5</td><td>0.00</td></tr></table>	Jumlah Kerjasama Kelembagaan (JKK)	SKOR	JKK ≥ 20	5.00	15 ≤ JKK < 20	3.75	10 ≤ JKK < 15	2.50	5 ≤ JKK < 10	1.25	JKK < 5	0.00								
Jumlah Kerjasama Kelembagaan (JKK)	SKOR																				
JKK ≥ 20	5.00																				
15 ≤ JKK < 20	3.75																				
10 ≤ JKK < 15	2.50																				
5 ≤ JKK < 10	1.25																				
JKK < 5	0.00																				
Person In Charge	Kepala Bidang Pelayanan																				
Periode Pelaporan	Tahunan																				
Target	Target Awal :<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>22</td><td>24</td></tr></table> Target Revisi :<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>16</td><td>18</td><td>20</td><td>22</td><td>24</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	16	18	20	22	24	2015	2016	2017	2018	2019	16	18	20	22	24
2015	2016	2017	2018	2019																	
16	18	20	22	24																	
2015	2016	2017	2018	2019																	
16	18	20	22	24																	

Tabel 4.9 Kamus Matriks Tingkat Kesehatan BLU

Perspektif	Stakeholder																																																																					
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata Kelola yang baik																																																																					
Judul Indikator	Tingkat Kesehatan BLU																																																																					
Dimensi Mutu	Kepuasan Pelanggan																																																																					
Tujuan	Terselenggaranya pelayanan dan pengelolaan keuangan di semua unit yang mampu memberikan kepuasan pelanggan																																																																					
Definisi	Penilaian capaian penyediaan layanan umum yang diselenggarakan oleh BLU, meliputi penilaian aspek keuangan dan pelayanan.																																																																					
Frekuensi Pengumpulan Data	Semesteran																																																																					
Formula	Penilaian tingkat kesehatan BLU meliputi : 1. Penilaian aspek keuangan, meliputi analisis data Laporan Keuangan dan kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan tentang pengelolaan BLU 2. Penilaian aspek pelayanan, meliputi teknis layanan dan mutu manfaat kepada masyarakat. Hasil penilaian kinerja ditentukan berdasarkan Total Skor (TS) yang merupakan penjumlahan nilai aspek keuangan dan pelayanan dalam bentuk skor dengan nilai maksimal 100.																																																																					
Bobot IKU	6																																																																					
Sumber Data	Data Pengelolaan Keuangan & Data Pelayanan																																																																					
Kriteria Penilaian	Hasil penilaian kinerja selanjutnya dikelompokkan dalam kategori : <table><tr><td colspan="5">BAIK, yang terdiri dari :</td></tr><tr><td>AAA</td><td colspan="4">apabila total skor (TS) > 95</td></tr><tr><td>AA</td><td colspan="4">apabila $80 < TS \leq 95$</td></tr><tr><td>A</td><td colspan="4">apabila $65 < TS \leq 80$</td></tr><tr><td></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="5">SEDNG, yang terdiri dari :</td></tr><tr><td>BBB</td><td colspan="4">apabila $50 < TS \leq 65$</td></tr><tr><td>BB</td><td colspan="4">apabila $40 < TS \leq 50$</td></tr><tr><td>B</td><td colspan="4">apabila $30 < TS \leq 40$</td></tr><tr><td></td><td colspan="4"></td></tr><tr><td colspan="5">BURUK, yang terdiri dari :</td></tr><tr><td>CC</td><td colspan="4">apabila $15 \leq TS \leq 30$</td></tr><tr><td>C</td><td colspan="4">apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai oleh BLU kurang dari 50%</td></tr></table>					BAIK, yang terdiri dari :					AAA	apabila total skor (TS) > 95				AA	apabila $80 < TS \leq 95$				A	apabila $65 < TS \leq 80$									SEDNG, yang terdiri dari :					BBB	apabila $50 < TS \leq 65$				BB	apabila $40 < TS \leq 50$				B	apabila $30 < TS \leq 40$									BURUK, yang terdiri dari :					CC	apabila $15 \leq TS \leq 30$				C	apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai oleh BLU kurang dari 50%			
BAIK, yang terdiri dari :																																																																						
AAA	apabila total skor (TS) > 95																																																																					
AA	apabila $80 < TS \leq 95$																																																																					
A	apabila $65 < TS \leq 80$																																																																					
SEDNG, yang terdiri dari :																																																																						
BBB	apabila $50 < TS \leq 65$																																																																					
BB	apabila $40 < TS \leq 50$																																																																					
B	apabila $30 < TS \leq 40$																																																																					
BURUK, yang terdiri dari :																																																																						
CC	apabila $15 \leq TS \leq 30$																																																																					
C	apabila TS pada hasil penilaian aspek keuangan yang dicapai oleh BLU kurang dari 50%																																																																					
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan & Administrasi Umum.																																																																					
Periode Pelaporan	Semesteran																																																																					
Target	Target Awal : <table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>83</td><td>83,5</td><td>84</td><td>84,5</td><td>85</td></tr></table> Target Revisi : -					2015	2016	2017	2018	2019	83	83,5	84	84,5	85																																																							
2015	2016	2017	2018	2019																																																																		
83	83,5	84	84,5	85																																																																		

Tabel 4.10 Kamus Matriks Kesesuaian Perencanaan dengan Realisasi Output

Perspektif	Proses Bisnis																													
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata Kelola yang baik																													
Judul indikator	Kesesuaian perencanaan dengan realisasi output																													
Dimensi Mutu	Terwujudnya efektifitas dalam pelaksanaan kegiatan																													
Tujuan	Penggunaan anggaran yang tepat sasaran																													
Definisi	Realisasi output periode berjalan dibandingkan rencana capaian output periode berjalan																													
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan																													
Formula	Realisasi output per triwulan _____ x 100% Rencana capaian output per triwulan																													
Bobot IKU	6																													
Sumber Data	1. Data perencanaan output pada Sub Bagian Administrasi Umum 2. Data realisasi output pada Sub Bagian Keuangan dan BMN																													
Kriteria Penilaian	<table><tr><th colspan="2">Kesesuaian Realisasi dengan Rencana Output (RRO)</th><th colspan="3">SKOR</th></tr><tr><td colspan="2">RRO ≥ 90</td><td colspan="3">6.00</td></tr><tr><td colspan="2">75 ≤ RRO < 90</td><td colspan="3">4.00</td></tr><tr><td colspan="2">60 ≤ RRO < 75</td><td colspan="3">2.00</td></tr><tr><td colspan="2">RRO < 60</td><td colspan="3">0.00</td></tr></table>					Kesesuaian Realisasi dengan Rencana Output (RRO)		SKOR			RRO ≥ 90		6.00			75 ≤ RRO < 90		4.00			60 ≤ RRO < 75		2.00			RRO < 60		0.00		
Kesesuaian Realisasi dengan Rencana Output (RRO)		SKOR																												
RRO ≥ 90		6.00																												
75 ≤ RRO < 90		4.00																												
60 ≤ RRO < 75		2.00																												
RRO < 60		0.00																												
Person In Charge	Kepala Bidang Keuangan dan Administrasi Umum																													
Periode Pelaporan	Triwulanan																													
Target	Target Awal : <table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>90%</td><td>92,5%</td><td>95%</td><td>97,5%</td><td>100%</td></tr></table> Target Revisi : -					2015	2016	2017	2018	2019	90%	92,5%	95%	97,5%	100%															
2015	2016	2017	2018	2019																										
90%	92,5%	95%	97,5%	100%																										

Tabel 4.11 Kamus Matriks Capaian Kinerja Pelayanan

Perspektif	Proses Bisnis												
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata kelola yang baik												
Judul Indikator	Capaian kinerja pelayanan												
Dimensi Mutu	Tercapainya target pelayanan yang ditetapkan												
Tujuan	Untuk meningkatkan kinerja pelayanan												
Definisi	Capaian kinerja pelayanan adalah persentase capaian pelayanan dibandingkan target yang telah ditetapkan dalam RSB												
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan												
Formula	$\frac{\text{Capaian kinerja pelayanan}}{\text{Target kinerja pelayanan}} \times 100\%$												
Bobot IKU	8												
Sumber Data	Laporan capaian kinerja pelayanan												
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Capaian Kinerja Pelayanan (CKPL)</th><th>Skor</th></tr><tr><td>$CKPL \geq 90$</td><td>8.00</td></tr><tr><td>$80 \leq CKPL < 90$</td><td>6.00</td></tr><tr><td>$70 \leq CKPL < 80$</td><td>4.00</td></tr><tr><td>$60 \leq CKPL < 70$</td><td>2.00</td></tr><tr><td>$CKPL < 60$</td><td>0.00</td></tr></table>	Capaian Kinerja Pelayanan (CKPL)	Skor	$CKPL \geq 90$	8.00	$80 \leq CKPL < 90$	6.00	$70 \leq CKPL < 80$	4.00	$60 \leq CKPL < 70$	2.00	$CKPL < 60$	0.00
Capaian Kinerja Pelayanan (CKPL)	Skor												
$CKPL \geq 90$	8.00												
$80 \leq CKPL < 90$	6.00												
$70 \leq CKPL < 80$	4.00												
$60 \leq CKPL < 70$	2.00												
$CKPL < 60$	0.00												
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum												
Periode Pelaporan	Triwulanan												
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></table> Target Revisi : -	2015	2016	2017	2018	2019	100%	100%	100%	100%	100%		
2015	2016	2017	2018	2019									
100%	100%	100%	100%	100%									

Tabel 4.12 Kamus Matriks Capaian Kinerja Pendapatan

Perspektif	Proses Bisnis												
Sasaran Strategis	Terwujudnya Tata kelola yang baik												
Judul Indikator	Capaian kinerja pendapatan												
Dimensi Mutu	Tercapainya target pendapatan yang ditetapkan												
Tujuan	Untuk meningkatkan kinerja pendapatan												
Definisi	Capaian kinerja pendapatan adalah persentase capaian pendapatan dibandingkan target yang telah ditetapkan dalam RSB												
Frekuensi Pengumpulan Data	Bulanan												
Formula	$\frac{\text{Capaian kinerja pendapatan}}{\text{Target kinerja pendapatan}} \times 100\%$ Terdapat 5 prinsip tatakelola yang diterapkan dalam organisasi : 1. Transparansi 2. Akuntabilitas 3. Kewajaran 4. Kemandirian 5. Responsibilitas												
Bobot IKU	8												
Sumber Data	Laporan capaian kinerja pendapatan												
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Capaian Kinerja Pendapatan (CKPD)</th><th>Skor</th></tr><tr><td>$CKPD \geq 90$</td><td>8.00</td></tr><tr><td>$80 \leq CKPD < 90$</td><td>6.00</td></tr><tr><td>$70 \leq CKPD < 80$</td><td>4.00</td></tr><tr><td>$60 \leq CKPD < 70$</td><td>2.00</td></tr><tr><td>$CKPD < 60$</td><td>0.00</td></tr></table>	Capaian Kinerja Pendapatan (CKPD)	Skor	$CKPD \geq 90$	8.00	$80 \leq CKPD < 90$	6.00	$70 \leq CKPD < 80$	4.00	$60 \leq CKPD < 70$	2.00	$CKPD < 60$	0.00
Capaian Kinerja Pendapatan (CKPD)	Skor												
$CKPD \geq 90$	8.00												
$80 \leq CKPD < 90$	6.00												
$70 \leq CKPD < 80$	4.00												
$60 \leq CKPD < 70$	2.00												
$CKPD < 60$	0.00												
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum												
Periode Pelaporan	Triwulanan												
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td><td>100%</td></tr></table> Target Revisi : -	2015	2016	2017	2018	2019	100%	100%	100%	100%	100%		
2015	2016	2017	2018	2019									
100%	100%	100%	100%	100%									

Tabel 4.13 Kamus Matriks Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME

Perspektif	Proses Bisnis												
Sasaran Strategis	Terwujudnya Penyelenggara PME												
Judul Indikator	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME Regional & Nasional												
Dimensi Mutu	Layanan penyelenggaraan PME												
Tujuan	Untuk melihat berapa banyak peserta penyelenggaraan PME yang memberikan jawaban terhadap bahan uji yang dikirimkan.												
Definisi	Jumlah lab. yang memberikan jawaban dibagi jumlah peserta yang diikuti dalam program PME.												
Frekuensi Pengumpulan Data	Semester												
Formula	$\frac{\text{Jumlah lab. yang memberi jawaban}}{\text{Jumlah peserta yang mengikuti PME}} \times 100\%$												
Bobot IKU	6												
Sumber Data	Jumlah peserta dan hasil jawaban PME peserta												
Kriteria Penilaian	<table><tr><th><i>Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME (TKPP)</i></th><th><i>SKOR</i></th></tr><tr><td>$TKPP \geq 75$</td><td>6.00</td></tr><tr><td>$60 \leq TKPP < 75$</td><td>4.50</td></tr><tr><td>$45 \leq TKPP < 60$</td><td>3.00</td></tr><tr><td>$30 \leq TKPP < 45$</td><td>1.50</td></tr><tr><td>$TKPP < 30$</td><td>0.00</td></tr></table>	<i>Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME (TKPP)</i>	<i>SKOR</i>	$TKPP \geq 75$	6.00	$60 \leq TKPP < 75$	4.50	$45 \leq TKPP < 60$	3.00	$30 \leq TKPP < 45$	1.50	$TKPP < 30$	0.00
<i>Tingkat Kepesertaan Penyelenggaraan PME (TKPP)</i>	<i>SKOR</i>												
$TKPP \geq 75$	6.00												
$60 \leq TKPP < 75$	4.50												
$45 \leq TKPP < 60$	3.00												
$30 \leq TKPP < 45$	1.50												
$TKPP < 30$	0.00												
<i>Person In Charge</i>	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimbingan Teknis												
Periode Pelaporan	Semester												
Target	Target Awal :<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>92</td><td>94</td><td>96</td><td>98</td><td>100</td></tr></table> Target Revisi : -	2015	2016	2017	2018	2019	92	94	96	98	100		
2015	2016	2017	2018	2019									
92	94	96	98	100									

Tabel 4.14 Kamus Matriks Jumlah Parameter PME Regional dan Nasional

Perspektif	Proses Bisnis																				
Sasaran Strategis	Terwujudnya Penyelenggara PME																				
Judul Indikator	Jumlah parameter PME Regional & Nasional																				
Dimensi Mutu	Parameter PME																				
Tujuan	Untuk meningkatkan dan mengembangkan parameter PME																				
Definisi	Jumlah parameter PME meliputi jumlah parameter uji pada PME Regional dan Nasional yang diselenggarakan																				
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																				
Formula	Jumlah parameter PME tahun berjalan																				
Bobot IKU	6																				
Sumber Data	Laporan jumlah parameter uji pada PME																				
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Jumlah Parameter PME (JPP)</th><th>Skor</th></tr><tr><td>$PPP \geq 50$</td><td>6.00</td></tr><tr><td>$45 \leq PPP < 50$</td><td>4.50</td></tr><tr><td>$40 \leq PPP < 45$</td><td>3.00</td></tr><tr><td>$35 \leq PPP < 40$</td><td>1.50</td></tr><tr><td>$PPP < 40$</td><td>0.00</td></tr></table>	Jumlah Parameter PME (JPP)	Skor	$PPP \geq 50$	6.00	$45 \leq PPP < 50$	4.50	$40 \leq PPP < 45$	3.00	$35 \leq PPP < 40$	1.50	$PPP < 40$	0.00								
Jumlah Parameter PME (JPP)	Skor																				
$PPP \geq 50$	6.00																				
$45 \leq PPP < 50$	4.50																				
$40 \leq PPP < 45$	3.00																				
$35 \leq PPP < 40$	1.50																				
$PPP < 40$	0.00																				
Person In Charge	Kepala Bidang Pemantapan Mutu dan Bimbingan Teknis																				
Periode Pelaporan	Tahunan																				
Target	Target Awal :<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>52</td><td>54</td><td>54</td><td>55</td><td>56</td></tr></table> Target Revisi :<table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>52</td><td>54</td><td>50</td><td>51</td><td>52</td></tr></table>	2015	2016	2017	2018	2019	52	54	54	55	56	2015	2016	2017	2018	2019	52	54	50	51	52
2015	2016	2017	2018	2019																	
52	54	54	55	56																	
2015	2016	2017	2018	2019																	
52	54	50	51	52																	

Tabel 4.15 Kamus Matriks Indeks Survey Budaya

Perspektif	Proses pengembangan Personil dan Organisasi																
Sasaran Strategis	Terwujudnya Budaya Kinerja																
Judul Indikator	Indeks Survey Budaya																
Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & Organisasi																
Tujuan	Agar tercipta Budaya Kerja sesuai PerMenPAN 39/2012 dan 7 kebiasaan hidup Steven Covey																
Definisi	Rasio nilai dari kuesioner yang dijawab/total nilai tentang budaya kerja yang meliputi aspek pribadi dan aspek hubungan dengan rekan kerja serta pelanggan																
Frekuensi Pengumpulan Data	Triwulan																
Formula	Rasio total nilai kuesioner pegawai / total nilai maksimum kuesioner																
Bobot IKU	5																
Sumber Data	Hasil nilai Kuesioner																
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>Indeks Survey Budaya</th><th>Skor</th></tr><tr><td>$ISB \geq 90$</td><td>5.00</td></tr><tr><td>$80 \leq ISB < 90$</td><td>3.75</td></tr><tr><td>$70 \leq ISB < 80$</td><td>2.50</td></tr><tr><td>$60 \leq ISB < 70$</td><td>1.25</td></tr><tr><td>$ISB \leq 60$</td><td>0.00</td></tr></table>					Indeks Survey Budaya	Skor	$ISB \geq 90$	5.00	$80 \leq ISB < 90$	3.75	$70 \leq ISB < 80$	2.50	$60 \leq ISB < 70$	1.25	$ISB \leq 60$	0.00
Indeks Survey Budaya	Skor																
$ISB \geq 90$	5.00																
$80 \leq ISB < 90$	3.75																
$70 \leq ISB < 80$	2.50																
$60 \leq ISB < 70$	1.25																
$ISB \leq 60$	0.00																
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum																
Periode Pelaporan	Triwulanan																
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>75</td><td>80</td><td>85</td><td>90</td><td>95</td></tr></table> Target Revisi : -					2015	2016	2017	2018	2019	75	80	85	90	95		
2015	2016	2017	2018	2019													
75	80	85	90	95													

Tabel 4.16 Kamus Matriks Terwujudnya SDM yang Kompeten

Perspektif	Proses pengembangan Personil dan Organisasi																																		
Sasaran Strategis	Terwujudnya SDM Yang kompeten																																		
Judul Indikator	Prosentase SDM yang memiliki Kompetensi sesuai																																		
Dimensi Mutu	Pengembangan Personil & organisasi																																		
Tujuan	Tujuannya adalah agar semua SDM di BBLK Surabaya kompeten																																		
Definisi	Prosentase SDM yang memiliki kompetensi sesuai tugas bidang kerja.																																		
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																																		
Formula	$\frac{\text{Jumlah SDM berkompetensi sesuai} \times 100\%}{\text{Jumlah seluruh SDM}}$																																		
Bobot IKU	6																																		
Sumber Data	Data Kepegawaian (sertifikat kompetensi, sertifikat pelatihan)																																		
Kriteria Penilaian	<table><tr><th colspan="2">SDM Berkompetesi Sesuai</th><th colspan="3">Skor</th></tr><tr><td colspan="2">SDM ≥ 90</td><td colspan="3">6.00</td></tr><tr><td colspan="2">80 ≤ SDM < 90</td><td colspan="3">4.50</td></tr><tr><td colspan="2">70 ≤ SDM < 80</td><td colspan="3">3.00</td></tr><tr><td colspan="2">60 ≤ SDM < 70</td><td colspan="3">1.50</td></tr><tr><td colspan="2">SDM ≤ 60</td><td colspan="3">0.00</td></tr></table>					SDM Berkompetesi Sesuai		Skor			SDM ≥ 90		6.00			80 ≤ SDM < 90		4.50			70 ≤ SDM < 80		3.00			60 ≤ SDM < 70		1.50			SDM ≤ 60		0.00		
SDM Berkompetesi Sesuai		Skor																																	
SDM ≥ 90		6.00																																	
80 ≤ SDM < 90		4.50																																	
70 ≤ SDM < 80		3.00																																	
60 ≤ SDM < 70		1.50																																	
SDM ≤ 60		0.00																																	
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum																																		
Periode Pelaporan	Tahunan																																		
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>92</td><td>94</td><td>96</td><td>98</td><td>98</td></tr></table> Target Revisi : -					2015	2016	2017	2018	2019	92	94	96	98	98																				
2015	2016	2017	2018	2019																															
92	94	96	98	98																															

Tabel 4.17 Kamus Matriks Jumlah Modul SILK yang Diimplementasikan

Perspektif	Proses pengembangan Personil dan Organisasi																								
Sasaran Strategis	Terwujudnya Peningkatan SILK																								
Judul Indikator	Jumlah Modul SILK Yang Diimplementasikan per Tahun																								
Dimensi Mutu	Terwujudnya SILK yang terintegrasi baik																								
Tujuan	Tujuannya adalah setiap bagian di BBLK terhubung dengan Sistem SILK yang sudah terintegrasi dengan baik																								
Definisi	Jumlah modul SILK yang diimplementasikan per tahun adalah jumlah semua modul SILK yang diimplementasikan di BBLK mulai dari statistik pengadaan, statistik peralatan, pendaftaran, distribusi, pengeluaran hasil, pembayaran dan entry data (hasil, analisa statistik, jumlah pegawai, keuangan)																								
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																								
Formula	Jumlah semua modul SILK yang diimplementasikan di BBLK pada tahun berjalan																								
Bobot IKU	6																								
Sumber Data	Implementasi Modul SILK																								
Kriteria Penilaian	<table><tr><th>SILK (Modul)</th><th>Skor</th></tr><tr><td>$SILK \geq 5$</td><td>6.00</td></tr><tr><td>$3 \leq SILK < 5$</td><td>4.00</td></tr><tr><td>$1 \leq SILK < 3$</td><td>2.00</td></tr><tr><td>$SILK < 1$</td><td>0.00</td></tr></table>					SILK (Modul)	Skor	$SILK \geq 5$	6.00	$3 \leq SILK < 5$	4.00	$1 \leq SILK < 3$	2.00	$SILK < 1$	0.00										
SILK (Modul)	Skor																								
$SILK \geq 5$	6.00																								
$3 \leq SILK < 5$	4.00																								
$1 \leq SILK < 3$	2.00																								
$SILK < 1$	0.00																								
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum																								
Periode Pelaporan	Tahunan																								
Target	Target Awal : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>7</td><td>9</td><td>10</td></tr></table> Target Revisi : <table><tr><th>2015</th><th>2016</th><th>2017</th><th>2018</th><th>2019</th></tr><tr><td>3</td><td>5</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>					2015	2016	2017	2018	2019	3	5	7	9	10	2015	2016	2017	2018	2019	3	5	4	5	6
2015	2016	2017	2018	2019																					
3	5	7	9	10																					
2015	2016	2017	2018	2019																					
3	5	4	5	6																					

Tabel 4.18 Kamus Matriks Ketepatan Kalibrasi Alat Laboratorium Sesuai Jadwal

Perspektif	Proses pengembangan Personil dan Organisasi																																		
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana dan prasarana Handal																																		
Judul Indikator	Ketepatan kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal																																		
Dimensi Mutu	Sarana Prasarana yang bermutu dan terpercaya																																		
Tujuan	Tujuan Indikator adalah Tersedianya peralatan yang siap pakai, berkualitas dan dapat dipercaya																																		
Definisi	Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal adalah jumlah peralatan yang sudah terkalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan.																																		
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																																		
Formula	<u>Jumlah peralatan dikalibrasi sesuai jadwal yang ditetapkan</u> x 100% Jumlah peralatan yang akan dikalibrasi berdasarkan jadwal																																		
Bobot IKU	5																																		
Sumber Data	Laporan Kalibrasi Alat																																		
Kriteria Penilaian	<table><tr><th colspan="2">Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal (%) (KKA)</th><th colspan="3">Skor</th></tr><tr><td colspan="2">KKA > 80</td><td colspan="3">5.00</td></tr><tr><td colspan="2">70 < KKA ≤ 80</td><td colspan="3">3.75</td></tr><tr><td colspan="2">60 < KKA ≤ 70</td><td colspan="3">2.50</td></tr><tr><td colspan="2">50 < KKA ≤ 60</td><td colspan="3">1.25</td></tr><tr><td colspan="2">KKA ≤ 50</td><td colspan="3">0.00</td></tr></table>					Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal (%) (KKA)		Skor			KKA > 80		5.00			70 < KKA ≤ 80		3.75			60 < KKA ≤ 70		2.50			50 < KKA ≤ 60		1.25			KKA ≤ 50		0.00		
Ketepatan kalibrasi alat sesuai jadwal (%) (KKA)		Skor																																	
KKA > 80		5.00																																	
70 < KKA ≤ 80		3.75																																	
60 < KKA ≤ 70		2.50																																	
50 < KKA ≤ 60		1.25																																	
KKA ≤ 50		0.00																																	
Person In Charge	Kepala Bagian Keuangan dan Administrasi Umum																																		
Periode Pelaporan	Tahunan																																		
Target	Target Awal : <table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>90</td><td>92</td><td>94</td><td>96</td><td>98</td></tr></table> Target Revisi : <table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>90</td><td>92</td><td>92</td><td>93</td><td>94</td></tr></table>					2015	2016	2017	2018	2019	90	92	94	96	98	2015	2016	2017	2018	2019	90	92	92	93	94										
2015	2016	2017	2018	2019																															
90	92	94	96	98																															
2015	2016	2017	2018	2019																															
90	92	92	93	94																															

Tabel 4.19 Kamus Matriks Utilisasi Alat Laboratorium

Perspektif	Proses pengembangan Personil dan Organisasi																																		
Sasaran Strategis	Terwujudnya sarana dan prasarana Handal																																		
Judul Indikator	Utilisasi Alat Laboratorium																																		
Dimensi Mutu	Penggunaan alat secara efektif & Efisien																																		
Tujuan	Tujuan Indikator adalah Optimalisasi pemanfaatan peralatan laboratorium.																																		
Definisi	Utilisasi alat laboratorium adalah pemanfaatan peralatan laboratorium yang mengeluarkan nilai uji.																																		
Frekuensi Pengumpulan Data	Tahunan																																		
Formula	$\frac{\text{Jumlah alat lab. yg digunakan untuk pemeriksaan lab}}{\text{Jumlah peralatan laboratorium yang dimiliki dalam kondisi baik}} \times 100 \%$																																		
Bobot IKU	5																																		
Sumber Data	Laporan peralatan lab yang mengeluarkan nilai uji																																		
Kriteria Penilaian	<table><tr><th colspan="2">Utilisasi Alat Laboratorium (%) (UAL)</th><th colspan="3">Skor</th></tr><tr><td colspan="2">UAL > 80</td><td colspan="3">5.00</td></tr><tr><td colspan="2">70 < UAL ≤ 80</td><td colspan="3">3.75</td></tr><tr><td colspan="2">60 < UAL ≤ 70</td><td colspan="3">2.50</td></tr><tr><td colspan="2">50 < UAL ≤ 60</td><td colspan="3">1.25</td></tr><tr><td colspan="2">UAL ≤ 50</td><td colspan="3">0.00</td></tr></table>					Utilisasi Alat Laboratorium (%) (UAL)		Skor			UAL > 80		5.00			70 < UAL ≤ 80		3.75			60 < UAL ≤ 70		2.50			50 < UAL ≤ 60		1.25			UAL ≤ 50		0.00		
Utilisasi Alat Laboratorium (%) (UAL)		Skor																																	
UAL > 80		5.00																																	
70 < UAL ≤ 80		3.75																																	
60 < UAL ≤ 70		2.50																																	
50 < UAL ≤ 60		1.25																																	
UAL ≤ 50		0.00																																	
Person In Charge	Kepala Bidang Pelayanan																																		
Periode Pelaporan	Tahunan																																		
Target	Target Awal : <table><tr><td>2015</td><td>2016</td><td>2017</td><td>2018</td><td>2019</td></tr><tr><td>90</td><td>92</td><td>94</td><td>96</td><td>100</td></tr></table> Target Revisi : -					2015	2016	2017	2018	2019	90	92	94	96	100																				
2015	2016	2017	2018	2019																															
90	92	94	96	100																															

4.3 Program Kerja Strategis

Program Kerja strategis yang akan di lakukan oleh BBLK Surabaya untuk mewujudkan target IKU pada tahun 2015-2019 yang merupakan gambaran rangkaian program kerja yang dibutuhkan untuk mewujudkan sasaran strategis dalam kurun waktu periode RSB (tahun 2015-2019). Program Kerja strategis BBLK Surabaya kurun waktu RSB (tahun 2015-2019) dapat di lihat pada tabel 4.20.

Tabel 4.20 Program Kerja Strategis

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
1	Terwujudnya kepuasan stakeholder per tahun	1) Pengembangan sistem database pelanggan dan stakeholder lainnya	1) Pengembangan sistem database pelanggan dan stakeholder lainnya	1) Pengembangan customer service & customer relation Marketing 2) Evaluasi sistem data base pelanggan & stakeholder lainnya	1) Pemantapan customer service dan customer relation Marketing 2) Peningkatan Sistem data base pelanggan dan E-system Customer Service	1) Pemantapan customer service dan customer relation marketing 2) Pemantapan customer services dengan E- system Customer Service
2	Tingkat Kesehatan BLU	1) Mengembangkan metode dan atau parameter dengan nilai jual tinggi 2) Promosi lebih dalam tentang kegiatan & kemampuan BBLK	1) Mengembangkan pelayanan check up laboratorium di Instansi swasta & Pemerintah 2) Promosi tentang keunggulan BBLK	1) Mengembangkan pelayanan check up laboratorium di masyarakat umum	1) Promosi & tentang kegiatan BBLK dan pengembangan pelayanan dalam event – event kusus di pemerintah daerah 2) Meningkatkan promosi pelayanan check up secara online	1) Mengembangkan promosi pelayanan check up secara online

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
3	Prosentase keluhan pelanggan yang ditindaklanjuti	1) Penataan system penanganan keluhan pelanggan 2) Membuka portal keluhan pelanggan di kotak pelanggan, HP (Hotline service),	1) Pengembangan system penanganan keluhan pelanggan melalui web system	1) Peningkatan sistem penanganan keluhan pelanggan secara langsung, hotline service & website	1) Pemantapan sistem penanganan keluhan pelanggan secara langsung, hotline service & website	1) Evaluasi dan pemantapan sistem penanganan keluhan pelanggan baik secara langsung maupun secara online
4	Jumlah pemutahiran parameter uji untuk surveilans	1) Mulai menyediakan reagen untuk pemeriksaan spesimen surveilans dan KLB/Wabah 2) Pemantapan parameter uji untuk Biomolekuler Virus Campak 3) Penambahan parameter untuk uji Biomolekuler Polio	1) Mulai menyediakan reagen untuk Laboratorium Nasional Polio, Campak dan Tuberculosis sebesar 25% dari kebutuhan setahun 2) Mulai menyediakan reagen untuk pemeriksaan New Emerging Disease 3) Pemantapan Parameter Uji Biomolekuler Polio	1) Penyediaan reagen untuk Laboratorium Nasional Polio Campak, Tuberculosis sebesar 50% dari kebutuhan setahun. 2) Peningkatan parameter uji untuk pemeriksaan surveilans secara Biomolekuler	1) Penyediaan Reagen untuk Laboratorium Nasional Polio, Campak dan Tuberculosis sebesar 75% 2) Pemantapan parameter uji untuk pemeriksaan surveilans secara Biomolekuler	1) Penyediaan Reagen untuk Laboratorium Nasional Polio, Campak dan Tuberculosis sebesar 100% 2) Pemantapan & implementasi penuh pemeriksaan surveilans secara biomolekuler di Instalasi Virologi & implementasi sebagian di Instalasi Mikrobiologi
5	Tingkat Kepersertaan penyelenggara an PME Regional dan Nasional	1) Inventarisasi peserta dan parameter 2) Penataan sistem penyelenggaraan PME	1) Peningkatan koordinasi lintas program Bimtek untuk tindak lanjut peserta PME yang hasilnya belum baik. 3) Pengusulan tarif untuk peserta PME 2) Peningkatan sistem penyelenggaraan PME	1) Pengembangan sistem penyelenggaraan PME secara online. 2) Meningkatkan jumlah peserta PME	1) Monitoring & evaluasi hasil PME 2) Evaluasi & peningkatan jumlah peserta PME	1) Pemantapan pelaksanaan PME 2) Pemantapan penyelenggaraan PME secara online

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
6	Terwujudnya Bimtek yang efektif dan efisien	1) Konsolidasi internal tentang materi yang akan diberikan 2) Legalisasi dari Kemenkes 3) Membuat materi training/bimtek 4) Menyebar leaflet bimtek 5) Pelaksanaan 6) Feedback 7) Perbaikan	1) Penyusunan materi unggulan 2) On the site training 3) Feedback 4) Perbaikan	1) Penyebaran leaflet pemberitahuan dan pendaftaran Bimtek nasional 2) Penyusunan materi 3) Presentasi bersama narasumber pusat pendidikan setempat 4) Feedback 5) Perbaikan	1) Penyusunan materi Bimtek 2) Pelaksanaan bimtek di lokasi laboratorium yang mempunyai hasil PME buruk 3) Feedback 4) Evaluasi	1) Penyusunan materi 2) Presentasi bersama narasumber pusat pendidikan 3) Feedback 4) Evaluasi
7	Pemutahiran Metode dan atau parameter Uji pada Lab. Klinik & Uji Kesehatan	1) Penambahan jumlah Parameter & Pemutahiran Metode 2) Perencanaan ikut serta EQAS internasional 7 parameter 3) Implementasi Biosafety & Biosecurity Laboratorium	1) Penambahan jumlah parameter & pemutahiran metode 2) Perbaikan infrastruktur 3) Peningkatan Implementasi Biosafety & Biosecurity Laboratorium 4) Pelaksanaan EQAS internasional 7 Parameter & Perencanaan ikut serta EQAS internasional 8 parameter	1) Peningkatan Metode Uji Biomolekuler 2) Pemantapan implementasi Biosafety & Biosecurity laboratorium pada tenaga Laboratorium & customer 3) Pelaksanaan EQAS internasional 8 Parameter & Perencanaan ikut serta EQAS internasional 9 parameter	1) Pemantapan Metode Uji baru dan Metode Uji Biomolekuler, 2) Pelaksanaan EQAS internasional 9 Parameter & Perencanaan ikut serta EQAS internasional 10 parameter	1) Implementasi penuh penerapan Biosafety & Biosecurity di Laboratorium 2) Pelaksanaan EQAS internasional 10 Parameter & Perencanaan ikut serta EQAS internasional 10 parameter

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
8	Pemutahiran Metode dan atau parameter Uji pada Lab. Kesehatan Masyarakat	1. Penentuan parameter uji yang akan dimutakhirkan 2. Penyusunan prosedur dan instruksi kerja parameter yang dimutakhirkan 3. Memvalidasi metode yang telah dimutakhirkan 4. Implementasi pengujian dengan menggunakan metode yang telah dimutakhirkan	1. Peningkatan dan pengembangan mutu SDM agar sesuai dengan perkembangan iptek bidang labkesmas 2. Perbaikan sarpras sebagai penunjang dalam rangka pemutakhiran metode uji	1. Penentuan parameter uji yang akan dimutakhirkan 2. Validasi & Implementasi pengujian dengan menggunakan metode yang telah dimutakhirkan di Instalasi Kimia Kesehatan	1. Peningkatan mutu parameter uji yang akan dimutakhirkan 2. Validasi & Implementasi metode yang telah dimutakhirkan di Instalasi Bakteriologi Sanitasi & Kimia Kesehatan	1. Perbaikan Infrastruktur untuk peningkatan Mutu & pemutahiran Metode Uji Baru di Instalasi Bakteriologi Sanitasi & Kimia Kesehatan
9	Jumlah pemeriksaan yang terakreditasi pada Lab. Linik & Uji Kesehatan	1) Menentukan parameter tambahan yg mempunyai nilai jual tinggi terhadap pemasukan BBLK 2) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi	1) Menentukan parameter tambahan yg mempunyai nilai jual tinggi terhadap pemasukan BBLK 2) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di Instalasi Virologi, Mikrobiologi Imunologi, Patologi Klinik	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di Instalasi Virologi	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di instalasi Patologi Klinik
10	Jumlah pemeriksaan yang terakreditasi pada Lab. Kesmas	1) Menentukan parameter tambahan yg mempunyai nilai jual tinggi terhadap pemasukan BBLK 2) Mempersiapkan instruksi kerja dan lampiran-lampiran yang berkaitan dg pemeriksaan parameter tersebut	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di Instalasi Kimia Kesehatan	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di Instalasi Bakteriologi Sanitasi	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di Instalasi Kimia Kesehatan	1) Menambah parameter ruang lingkup akreditasi di instalasi Kimia Kesehatan & Bakteriologi Sanitasi

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
11	Jumlah kerjasama kelembagaan /customer yg berjalan efektif	1) Peningkatan mutu pemeriksaan & penerapan sistem tarif yang kompetitif 2) Pembagian souvenir, brosur dan presentasi	Optimalisasi website, leaflet, pembagian brosur, souvenir, penawaran <i>general check up</i> ke pelanggan lama dan baru	1) Mengembangkan kunjungan marketing 2) Peningkatan pengembangan e-marketing & gathering untuk customer aktif	Pemantapan e-marketing & peningkatan kunjungan marketing	Peningkatan & pemantapan kunjungan marketing, e-marketing & gathering
12	Tercapainya kesesuaian perencanaan dengan realisasi	1) Sosialisasi program dan kegiatan yang akan dilaksanakan 2) Monitoring dan evaluasi pelaksanaan program, kegiatan dan target yang telah ditetapkan	1) Monev pelaksanaan program dan kegiatan strategis 2) Evaluasi dan analisa laporan keuangan	1) Monev kegiatan pengadaan barang dan jasa 2) Monev penyerapan anggaran	1) Inventarisasi sumber daya yang dimiliki 2) Evaluasi kondisi dan umur ekonomis sarana prasarana	1) Analisa posisi dan sumber daya yang dimiliki BBLK 2) Penyusunan Renstra 2020-2025
13	Prosentase SDM yg memiliki kompetensi yg sesuai	1) Pelatihan/Workshop/ Seminar dalam negeri 10 orang 2) Perencanaan untuk Pelatihan/Workshop/ Seminar dalam negeri dan luar negeri	1) Pelatihan/workshop/ seminar dalam negeri & luar negeri 15 orang	1) Pelatihan/workshop/ seminar dalam negeri & luar negeri 20 orang	1) Pelatihan/workshop/ seminar dalam negeri & luar negeri 25 orang	1) Pelatihan/workshop/ seminar dalam negeri & luar negeri 30 orang
14	Indeks Survei Budaya	1) Program motivasi dari luar instansi 2) Membentuk standar penilaian berbasis 7 kebiasaan baik 3) Refresing 7 kebiasaan baik setiap bulan 4) Reward & punishment	1) Program motivasi dari luar instansi 2) Reward & panishment	1) Penilaian Instalasi dengan penerapan Good Laboratory Practice terbaik 2) Gathering Staf 3) Pogram motifasi dari dalam instansi 4) Reward & panishment 5) Penilaian staf teladan	1) Program motivasi dari luar instansi 2) Refresing 7 kebiasaan baik setiap bulan 3) Reward & punishment 4) Penilaian Instalasi dengan budaya kerja terbaik	1) Program motivasi dari luar instansi 2) Refresing 7 kebiasaan baik setiap bulan 3) Reward & punishment 4) Penilaian Instalasi dengan penerapan Biosafety & Biosecurity terbaik

No	KPI / IKU	2015	2016	2017	2018	2019
15	Jumlah Modul SILK yang diimplementasikan	Evaluasi jaringan LAN	Evaluasi jaringan LAN & perpindahan server ke tempat yg lebih memadai	Peningkatan fasilitas SILK pada Modul Instalasi Mikrobiologi & Tuberculosis	1) Integrasi SILK dengan Instalasi Kimia Kesehatan & Instalasi Bakteri Sanitasi	1) Integrasi SILK dengan Instalasi Virologi, Instalasi Media & Reagensia 2) Integrasi SILK dengan SMS Gateway & internet, Sistem pengadaan, logistik, peralatan dan Instalasi Data & Informasi
16	Ketepatan Kalibrasi Alat Laboratorium sesuai jadwal	1) Penataan program kalibrasi 2) Pemenuhan alat laboratorium terstandarisasi 3) Penambahan sertifikasi & kalibrasi alat Biosafety Cabinet Class II yang baru	1) Peningkatan program kalibrasi sendiri	1) Pembelian reagen kalibrator & kalibrasi semua alat-alat laboratorium Biomolekuler 2) Penambahan program kalibrasi untuk alat-alat baru 3) Pengembangan program kalibrasi sendiri dengan memperbanyak alat yang terstandarisasi	1) Penambahan program kalibrasi & alat-alat kalibrator untuk kalibrasi mandiri 2) Pembelian reagen kalibrator & kalibrasi mandiri untuk alat-alat Biomolekuler 3) Peningkatan sertifikasi petugas kalibrasi untuk kalibrasi mandiri	1) Pengembangan sertifikat & kalibrasi untuk Biosafety Cabinet Class II & Laminar Air Flow secara mandiri
17	Utilisasi alat laboratorium	1) Evaluasi fungsi alat & pengadaan alat baru 2) Pembelian alat-alat Laboratorium untuk memenuhi Biosafety & Biosecurity Laboratorium	1) Penggantian alat-alat yang sudah usia >5 tahun atau alat yang tidak berfungsi	1) Penggantian alat-alat yang sudah tidak sesuai dengan metode yang diterapkan 2) Pembelian & peremajaan alat-alat untuk sterilisasi, P3K, pemusnahan limbah padat 3) Penambahan fasilitas SILK	1) Evaluasi kelayakan dan fungsi alat 2) Penggantian alat yang sudah tidak layak & tidak berfungsi optimal 3) Peningkatan fasilitas SILK	1) Peningkatan & pemantapan penggunaan alat sesuai dengan metode uji yang termutakhir 2) Peningkatan & pemantapan fasilitas SILK

BAB V

ANALISA DAN MITIGASI RISIKO

5.1 Identifikasi Risiko

Identifikasi Risiko menjelaskan apa saja risiko yang akan dialami oleh BBLK Surabaya untuk mewujudkan suatu sasaran strategis dalam kurun waktu periode RSB (tahun 2015-2019). Risiko dalam RSB ini diartikan sebagai kemungkinan kejadian yang dapat menghalangi keterwujudan sasaran strategis. Risiko dapat bersumber dari aspek finansial dan non finansial (regulasi, masyarakat, pengguna jasa BBLK Surabaya, supplier, pesaing, atau unsur *stakeholders* inti BBLK Surabaya). Jenis Risiko dapat diidentifikasi di BBLK Surabaya berdasarkan sasaran strategis dapat dilihat pada tabel 5.1 dibawah ini.

Tabel 5.1. Sasaran strategis

No.	Sasaran strategis	Risiko
1	Terwujudnya Kepuasan pelanggan	Tidak mencapai target yang ditetapkan
2	Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan	Jumlah pemeriksaan Lab. menurun
3	Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring lab.	Menurunnya tingkat kepercayaan stakeholder
4	Terwujudnya tata kelola yang baik	Menimbulkan sistem manajemen konflik
5	Terwujudnya penyelenggara PME	Budgeting
6	Terwujudnya budaya kerja	Penurunan etos kerja
7	Terwujudnya SDM yang kompeten	Kegiatan tidak dapat berjalan sesuai yang diharapkan
8.	Terwujudnya SILK terintegrasi	Banyak kekurangan pencetakan hasil
9	Terwujudnya Sarpras yang handal	Mutu pemeriksaan laboratorium

5.2 Penilaian Tingkat Risiko

Pengukuran tingkat Risiko dapat dilakukan dengan memperhatikan tingkat kemungkinan kemunculan suatu jenis risiko dan estimasi besar dampak risiko terjadi bagi Sasaran strategis di BBLK Surabaya.

Untuk menentukan kemungkinan risiko terjadi pada suatu UPT vertikal dipakai patokan sebagai berikut :

1. Kemungkinan risiko terjadi sangat besar ; dipastikan akan sangat mungkin terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis UPT vertikal dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar diatas 0.8 sampai 1.0
2. Kemungkinan risiko terjadi besar : kemungkinan besar terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis UPT vertikal dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0.6 sampai dengan 0.8.
3. Kemungkinan risiko terjadi sedang : kemungkinan sedang terjadinya risiko untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis UPT vertikal dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0.4 sampai dengan 0.6.
4. Kemungkinan risiko terjadi kecil : kemungkinan kecil risiko dapat terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis UPT vertikal dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0.2 sampai 0.4
5. Kemungkinan risiko terjadi sangat kecil : kemungkinan sangat kecil risiko dapat terjadi untuk mempengaruhi suatu sasaran strategis UPT vertikal dengan nilai kemungkinan risiko terjadi berkisar antara 0 sampai dengan 0.2.

Untuk menentukan besar dampak risiko pada suatu sasaran strategis dari UPT vertikal digunakan patokan sebagai berikut:

1. Dampak risiko tidak penting : risiko mempunyai pengaruh sangat kecil pada suatu sasaran strategis UPT vertikal, namun sasaran strategis tersebut masih bisa dicapai.
2. Dampak risiko minor : risiko mempunyai pengaruh kecil pada suatu sasaran strategis UPT vertikal dan memerlukan sedikit upaya penanganan.

3. Dampak Risiko medium : risiko mempunyai pengaruh sedang pada suatu sasaran strategis UPT vertikal dan membutuhkan upaya cukup serius penanganannya.
4. Dampak risiko mayor atau besar : risiko mempunyai pengaruh besar pada suatu sasaran strategis UPT vertikal dan membutuhkan upaya serius penanganannya.
5. Dampak risiko malapetaka : risiko mempunyai pengaruh tidak terpenuhinya suatu sasaran strategis UPT vertikal dan membutuhkan upaya sangat serius penanganannya.

Tabel 5.2. Penentuan Tingkat Risiko

No.	Sasaran strategis	Risiko	Kemungkinan Risiko Terjadi	Dampak Risiko	Tingkat Risiko	Warna
1	Terwujudnya Kepuasan pelanggan	Tidak mencapai target yang ditetapkan	Besar	Mayor	Ekstrim	
2	Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan	Jumlah pemeriksaan Lab. menurun	Sedang	Medium	Medium	
3	Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring lab.	Menurunnya tingkat kepercayaan stakeholder	Sedang	Medium	Medium	
4	Terwujudnya tata kelola yang baik	Menimbulkan sistem manajemen konflik	Besar	Mayor	Ekstrim	
5	Terwujudnya penyelenggara PME	Budgeting	Besar	Mayor	Ekstrim	
6	Terwujudnya budaya kerja	Penurunan etos kerja	Besar	Mayor	Ekstrim	
7	Terwujudnya SDM yang kompeten	Kegiatan tidak dapat berjalan sesuai yang diharapkan	Sedang	Medium	Medium	
8.	Terwujudnya SILK terintegrasi	Banyak kekurangan pencetakan hasil	Sedang	Minor	Medium	
9	Terwujudnya Sarpras yang handal	Mutu pemeriksaan laboratorium	Sedang	Minor	Medium	

5.3 Rencana Mitigasi Risiko

Rencana mitigasi risiko didefinisikan berdasarkan hasil pada tahap sebelumnya. Rencana mitigasi risiko merupakan upaya nyata yang dibutuhkan UPT vertikal untuk menangani kemungkinan dan dampak risiko tertentu pada sasaran strategisnya. Rencana mitigasi yang disusun diutamakan untuk mengendalikan risiko yang berada dalam kendali suatu UPT vertikal. Tabel 5.3 dibawah ini menyajikan sasaran strategis, risiko, tingkat risiko, dan rencana mitigasinya.

Tabel 5.3 Rencana Mitigasi Risiko

No	Sasaran strategis	Risiko	Kemungkinan terjadi resiko	Dampak resiko	Tingkat resiko	Warna	Rencana mitigasi Risiko	PJ
1	Terwujudnya Kepuasan pelanggan	Tidak mencapai target yang ditetapkan	Besar	Mayor	Ekstrim		1. Pelatihan 2. Perbaikan prosedur dan mutu koordinasi	Kabid Mutu dan Bimtek
2	Terwujudnya peningkatan standar mutu pelayanan	Jumlah pemeriksaan Lab. menurun	Sedang	Medium	Medium		1. Menambah parameter 2. Melaksanakan assesment	Kabid Pelayanan
3	Terwujudnya peningkatan kemitraan dan jejaring lab.	Menurunnya tingkat kepercayaan stakeholder	Sedang	Medium	Medium		1. Meningkatkan jumlah kerjasama 2. Meningkatkan pemasaran	Kabid Pelayanan
4	Terwujudnya tata kelola yang baik	Menimbulkan sistem manajemen konflik	Besar	Mayor	Ekstrim		Melaksanakan manajemen yang terintegrasi	Kabag Keuangan & Administrasi Umum

No	Sasaran strategis	Risiko	Kemungkinan terjadi resiko	Dampak resiko	Tingkat resiko	Warna	Rencana Mitigasi Risiko	PJ
5	Terwujudnya penyelenggara PME	Budgeting	Besar	Mayor	Ekstrim		Membuat rencana kerja sesuai kebutuhan yang efektif & Efisien	Kabid Pelayanan dan Kabid Pemantapan Mutu & Bimtek
6	Terwujudnya budaya kerja	Penurunan etos kerja	Besar	Mayor	Ekstrim		Meningkatkan pemahaman tentang etos kerja	Kabag Keuangan & Administrasi Umum
7	Terwujudnya SDM yang kompeten	Kegiatan tidak dapat berjalan sesuai yang diharapkan	Sedang	Medium	Medium		Pelatihan	Kabag Keuangan & Administrasi Umum
8.	Terwujudnya SILK terintegrasi	Banyak kekurangan pencetakan hasil	Sedang	Minor	Medium		Perbaiki SILK	Kabag Keuangan & Administrasi Umum
9	Terwujudnya Sarpras yang handal	Alat kesehatan yang tidak layak	Sedang	Minor	Medium		Pengadaan alat yang terkini	Kabag Keuangan & Administrasi Umum

BAB VI

PROYEKSI FINANSIAL

Pada bab ini menjelaskan proyeksi finansial pada kurun waktu periode lima tahunan Rencana Strategi Bisnis (tahun 2015 s.d 2019), yang berisikan estimasi pendapatan dan rencana kebutuhan anggaran.

6.1 Estimasi Pendapatan

Estimasi pendapatan disusun selama lima tahunan periode Rencana Strategi Bisnis berdasarkan sumber – sumber pendapatan serta estimasi besarnya pertahun selama lima tahun.

Tabel 6.1 Estimasi Pendapatan Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)

No	Sumber Pendapatan	Baseline Tahun 2014 (Rp)	Estimasi Pendaapatan (Rp)				
			Tahun ke-1 (2015)	Tahun ke-2 (2016)	Tahun ke-3 (2017)	Tahun ke-4 (2018)	Tahun ke-5 (2019)
1	Dana Pemerintah						
	a. Rupiah Murni (RM)	15.682.304.000	18.938.010.000	16.364.532.000	18.938.114.000	25.968.513.000	29.084.734.000
	b. Pendapatan BLU	7.018.000.000	7.789.980.000	8.724.778.000	9.640.879.000	10.701.376.000	11.932.034.000
2	Dana Masyarakat	-	-	-	-	-	-
3	Kontribusi Unit Kerja	-	-	-	-	-	-
4	Pemasukan Lain-Lain	-	-	-	-	-	-
	TOTAL	22.700.304.000	26.727.990.000	25.089.310.000	28.578.993.000	36.669.889.000	41.016.768.000

6.2 Rencana Kebutuhan Anggaran

Rencana kebutuhan anggaran dibedakan atas anggaran program kelangsungan operasi dan anggaran program pengembangan.

a. Anggaran Program Kelangsungan Operasi

Anggaran program kelangsungan operasi ditujukan untuk menjaga kegiatan operasional yang tidak dapat ditangguhkan. Anggaran program kelangsungan operasi disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun.

Tabel 6.2 Estimasi Anggaran Operasional Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)

No.	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran				
			Tahun ke-1 (2015)	Tahun ke-2 (2016)	Tahun ke-3 (2017)	Tahun ke-4 (2018)	Tahun ke-5 (2019)
1	Tingkat Kepuasan Stakeholder per tahun	Rp 250.000.000	Rp 396.550.000	Rp 340.644.000	Rp 350.000.000	Rp 456.597.000	Rp 534.920.000
2	Prosentase keluhan pelanggan yang ditindaklanjuti	Rp 20.000.000	Rp 75.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000
3	Jumlah pemutahiran Metode dan atau penambahan parameter uji untuk Surveilans	Rp 625.000.000	Rp 1.200.000.000	Rp 2.038.238.000	Rp 2.379.903.000	Rp 2.809.063.000	Rp 3.200.298.000
4	Pemutahiran metode dan atau penambahan parameter uji pelayanan laboratorium	Rp 2.805.530.000	Rp 3.586.645.000	Rp 3.018.359.000	Rp 1.061.443.000	Rp 1.971.321.000	Rp 2.018.564.000
5	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi	Rp 100.000.000	Rp 120.000.000	Rp 220.000.000	Rp 215.000.000	Rp 275.000.000	Rp 295.000.000
6	Jumlah kerjasama kelembagaan / customer yang berjalan efektif	Rp 161.700.000	Rp 148.000.000	Rp 395.018.000	Rp 365.550.000	Rp 408.000.000	Rp 437.000.000
7	Tingkat Kesehatan BLU	Rp 3.930.080.000	Rp 4.394.295.000	Rp 7.363.617.000	Rp 8.401.768.000	Rp 8.973.174.000	Rp 9.837.420.000
8	Kesesuaian perencanaan dengan realisasi output						
9	Capaian kinerja pelayanan	Rp 55.000.000	Rp 60.000.000	Rp 1.983.020.000	Rp 2.351.680.000	Rp 4.442.680.000	Rp 5.851.680.000
10	Capaian kinerja pendapatan	Rp 1.018.700.000	Rp 1.052.000.000	Rp 2.595.607.000	Rp 2.753.630.500	Rp 3.210.413.000	Rp 3.579.610.000
11	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME Regional & Nasional	Rp 850.000.000	Rp 900.000.000	Rp 225.000.000	Rp 350.000.000	Rp 664.334.000	Rp 841.341.000

No.	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran				
			Tahun ke-1 (2015)	Tahun ke-2 (2016)	Tahun ke-3 (2017)	Tahun ke-4 (2018)	Tahun ke-5 (2019)
12	Jumlah parameter PME Regional & Nasional	Rp 640.050.000	Rp 460.000.000	Rp 675.000.000	Rp 751.000.000	Rp 840.288.000	Rp 960.890.000
13	Indeks survey Budaya	Rp 5.982.254.000	Rp 6.639.010.000	Rp 387.000.000	Rp 452.920.000	Rp 626.587.000	Rp 854.233.000
14	Prosentase SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai	Rp 620.690.000	Rp 859.640.000	Rp 1.505.950.000	Rp 1.607.240.000	Rp 1.807.274.000	Rp 1.876.293.000
15	Jumlah modul SILK yang diimplementasikan	Rp 51.000.000	Rp 110.500.000	Rp 76.000.000	Rp 102.400.000	Rp 160.000.000	Rp 180.000.000
16	Ketepatan Kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal	Rp 100.000.000	Rp 274.800.000	Rp 250.000.000	Rp 415.000.000	Rp 386.043.000	Rp 440.089.000
17	Utilisasi alat laboratorium	Rp 4.110.000.000	Rp 5.201.750.000	Rp 1.320.250.000	Rp 4.167.828.000	Rp 6.328.702.000	Rp 6.429.820.000

b. Anggaran Program Pengembangan

Anggaran program pengembangan ditujukan untuk pembiayaan program – program strategis yang bersumber dari:

- Program strategis tahunan untuk pencapaian target IKU
- Program strategis untuk pelaksanaan mitigasi risiko

Anggaran belanja program pengembangan disusun berdasarkan jenis pembiayaan dan estimasi besarnya per tahun.

Tabel 6.3 Estimasi Anggaran Program Pengembangan Selama Lima Tahun Periode RSB (tahun 2015 s.d 2019)

	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran				
			Tahun ke-1 (2015)	Tahun ke-2 (2016)	Tahun ke-3 (2017)	Tahun ke-4 (2018)	Tahun ke-5 (2019)
	A. Pencapaian IKU						
1	Tingkat Kepuasan Stakeholder per tahun	Rp 250.000.000	Rp 396.550.000	Rp 340.644.000	Rp 350.000.000	Rp 456.597.000	Rp 534.920.000
2	Jumlah pemutahiran Metode dan atau penambahan parameter uji untuk Surveilans	Rp 625.000.000	Rp 1.200.000.000	Rp 2.038.238.000	Rp 2.379.903.000	Rp 2.809.063.000	Rp 3.200.298.000
3	Pemutahiran metode dan atau penambahan parameter uji pelayanan laboratorium	Rp 2.805.530.000	Rp 3.586.645.000	Rp 3.018.359.000	Rp 1.061.443.000	Rp 1.971.321.000	Rp 2.018.564.000

	Jenis Kegiatan	Baseline Tahun 2014	Estimasi Kebutuhan Anggaran				
			Tahun ke-1 (2015)	Tahun ke-2 (2016)	Tahun ke-3 (2017)	Tahun ke-4 (2018)	Tahun ke-5 (2019)
4	Jumlah pemeriksaan laboratorium yang terakreditasi	Rp 100.000.000	Rp 120.000.000	Rp 220.000.000	Rp 215.000.000	Rp 275.000.000	Rp 295.000.000
5	Jumlah kerjasama kelembagaan / customer yang berjalan efektif	Rp 161.700.000	Rp 148.000.000	Rp 395.018.000	Rp 365.550.000	Rp 408.000.000	Rp 437.000.000
6	Tingkat Kesehatan BLU	Rp 3.930.080.000	Rp 4.394.295.000	Rp 7.363.617.000	Rp 8.401.768.000	Rp 8.973.174.000	Rp 9.837.420.000
7	Capaian kinerja pelayanan	Rp 1.018.700.000	Rp 1.052.000.000	Rp 2.595.607.000	Rp 2.753.630.500	Rp 3.210.413.000	Rp 3.579.610.000
8	Capaian kinerja pendapatan	Rp 1.380.300.000	Rp 1.249.800.000	Rp 2.595.607.000	Rp 2.753.630.500	Rp 3.210.413.000	Rp 3.579.610.000
9	Tingkat kepesertaan penyelenggaraan PME Regional & Nasional	Rp 850.000.000	Rp 900.000.000	Rp 225.000.000	Rp 350.000.000	Rp 664.334.000	Rp 841.341.000
10	Jumlah parameter PME Regional & Nasional	Rp 640.050.000	Rp 460.000.000	Rp 675.000.000	Rp 751.000.000	Rp 840.228.000	Rp 960.890.000
11	Indeks survey Budaya	Rp 5.982.254.000	Rp 6.639.010.000	Rp 387.000.000	Rp 452.920.000	Rp 626.587.000	Rp 854.233.000
12	Jumlah modul SILK yang diimplementasikan	Rp 51.000.000	Rp 110.500.000	Rp 76.000.000	Rp 102.400.000	Rp 160.000.000	Rp 180.000.000
	B. Mitigasi Resiko						
1	Prosentase keluhan pelanggan yang ditindaklanjuti	Rp 20.000.000	Rp 75.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000	Rp 100.000.000
2	Kesesuaian perencanaan dengan realisasi output	Rp 55.000.000	Rp 60.000.000	Rp 1.983.020.000	Rp 2.351.680.000	Rp 4.442.680.000	Rp 5.851.680.000
3	Prosentase SDM yang memiliki kompetensi yang sesuai	Rp 620.690.000	Rp 859.640.000	Rp 1.505.950.000	Rp 1.607.240.000	Rp 1.807.274.000	Rp 1.876.293.000
4	Ketepatan kalibrasi alat laboratorium sesuai jadwal	Rp 100.000.000	Rp 274.800.000	Rp 250.000.000	Rp 415.000.000	Rp 386.043.000	Rp 440.089.000
5	Utilisasi alat laboratorium	Rp 4.110.000.000	Rp 5.201.750.000	Rp 1.320.250.000	Rp 4.167.828.000	Rp 6.328.702.000	Rp 6.429.820.000

6.3 Rencana Pendanaan

Kegiatan – kegiatan untuk kelangsungan dan pengembangan program selama lima tahun periode Rencana Strategi Bisnis (tahun 2015 s.d 2019) direncanakan akan didanai oleh pendanaan yang bersumber dari pendapatan rupiah murni (RM) dan pendapatan BLU yang tercantum dalam DIPA Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya.

BAB VII

PENUTUP

Dengan tersusunnya Rencana Strategi Bisnis Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya ini diharapkan dapat terbentuk keselarasan secara vertikal dan horizontal dalam menjalankan tugas pokok dan fungsi optimalisasi pengelolaan sumber daya dengan memperhatikan arah dan prioritas strategi dalam kurun periode RSB.

Masukan serta kritik yang bersifat membangun kiranya dapat menjadi bahan evaluasi bagi perbaikan penyusunan RSB di masa yang akan datang. Dengan Penyusunan RSB Balai Besar Laboratorium Kesehatan Surabaya ini semoga dapat berkontribusi bagi perwujudan visi dan misi Kementerian Kesehatan.