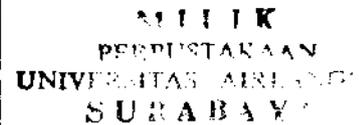


BAB 1

PENDAHULUAN



1.1. Latar Belakang Masalah

Globalisasi menjadikan persaingan di lingkungan bisnis semakin tajam, karena semakin meningkatnya jumlah pesaing dan bervariasinya cara bersaing yang terjadi di dalam bisnis. Peningkatan persaingan menuntut perusahaan untuk senantiasa melakukan inovasi produk dan jasa baru dan melakukan “*improvement*” secara berkelanjutan terhadap sistem dan proses yang digunakan untuk menghasilkan produk dan jasa bagi pelanggan. Persaingan juga memaksa perusahaan untuk memusatkan usaha mereka ke kompetensi inti (*core competency*), yaitu kompetensi yang dapat diandalkan untuk menjadikan perusahaan memiliki daya saing unggulan dalam memenuhi kebutuhan pelanggan (Porter, 1994). Penyajian produk dan jasa yang unggul bukan lagi merupakan suatu persyaratan untuk menjadi yang istimewa bagi organisasi atau perusahaan, tetapi merupakan sesuatu yang harus dilakukan organisasi untuk menang dalam persaingan.

Saat ini di Indonesia sedang berlangsung sebuah reformasi yang dipicu oleh adanya UU no.22 dan 25 tahun 1999 . Adanya UU tersebut akan membawa perubahan besar mengenai peran pemerintah dan swasta dalam pelayanan kesehatan. Dampak perubahan UU tersebut adalah adanya otonomi daerah di bidang kesehatan yang pada hakekatnya merupakan pemberian kewenangan kepada daerah untuk merumuskan dan mengembangkan sistem kesehatan di daerah yang bersangkutan, sesuai dengan aspirasi dan kebutuhan masyarakat setempat serta kondisi dan kemampuan daerah.

Adanya kebijakan desentralisasi pelayanan kesehatan dan tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan, memaksa lembaga pelayanan kesehatan untuk memikirkan mengenai perubahan sistem manajemennya. Perubahan lingkungan dan kebijakan

dapat memaksa adanya perubahan paradigma manajemen yang akhirnya akan membawa pula perubahan pada sistem manajemennya (Mulyadi, 1999).

Rumah sakit dapat dikatakan sebagai sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam unit usaha strategis, seperti instalasi rawat inap, laboratorium, unit gawat darurat, gizi sampai kepada pemulasaraan jenazah. Dengan demikian secara keseluruhan dapat dikatakan bahwa rumah sakit adalah suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai unit bisnis strategis. Menurut Hax dan Maljuf (Trisnantoro, 2001) memberikan definisi sebagai berikut : Unit bisnis strategis merupakan unit operasional atau fokus perencanaan yang mengelompokkan serangkaian produk dan jasa tertentu yang dijual kepada kelompok pelanggan yang sejenis, untuk menghadapi kompetitor yang sudah mapan.

Secara praktis, lembaga usaha dapat berupa lembaga yang berorientasi pada keuntungan (*for-profit*) dan lembaga yang tidak berorientasi pada keuntungan atau nirlaba (*non profit*). Untuk RS pemerintah tentunya tidak akan berkembang menjadi lembaga usaha *for-profit* , namun lebih sebagai lembaga usaha *non profit*. Saat ini Departemen Kesehatan sedang melakukan uji coba RS pemerintah sebagai Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang berstatus sebagai Perusahaan Jawatan (Perjan). Hal ini merupakan perkembangan dari pembatalan status Rumah sakit milik Departemen Kesehatan (RSU Pusat) dari unit swadana menjadi instansi pengguna Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP).

Mengingat rumah sakit merupakan badan usaha yang nirlaba, maka rumah sakit dapat menerapkan prinsip bisnis dengan tidak melanggar etika kedokteran dan tetap melindungi orang miskin. Mulyadi (1999) mengemukakan bahwa bisnis merupakan usaha penyediaan produk dan jasa berkualitas bagi pemuasan kebutuhan

pelanggan untuk memperoleh *return* jangka panjang yang memadai bagi kemampuan bertahan dan berkembang bisnis tersebut.

Untuk meraih kinerja yang unggul, rumah sakit dituntut untuk melakukan peningkatan kualitas secara berkesinambungan. Kualitas perangkat lunak dan perangkat keras semakin diperlukan untuk menciptakan rancangan operasional yang handal. Departemen Kesehatan pada tahun 1999 mengeluarkan himbauan mengenai pelayanan prima yang sebenarnya mempunyai inti yang serupa dengan *Balanced Scorecard*. Dengan berbasis pada prinsip pelayanan prima dan konsep *Balanced Scorecard*, indikator yang dipergunakan untuk menilai keberhasilan rumah sakit sebagai sebuah lembaga usaha, tersusun atas 4 perspektif yaitu :

1. Pembelajaran dan pengembangan sumberdaya manusia
2. Proses layanan internal lembaga usaha
3. Indikator Kepuasan Pengguna atau Donor
4. Indikator Keuangan

Secara lebih rinci nilai-nilai 4 perspektif indikator tersebut dapat digambarkan sebagai berikut : Karyawan medik, paramedik, dan karyawan-karyawan lain merupakan aset terpenting rumah sakit yang harus diberdayakan. Mutu proses pelayanan kesehatan hanya akan dapat meningkat kalau karyawan mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya.

Peningkatan kompetensi karyawan merupakan suatu hal yang mutlak harus dilakukan sebagai investasi bidang *human capital* yang dilakukan bersama-sama dengan investasi dalam bidang teknologi kesehatan. Keduanya diperlukan dalam porsi yang berimbang secara bersama-sama. Ward et al., (1994) menyatakan bahwa investasi dalam program-program *human capital* seiring dengan investasi program-program teknologi berhubungan secara signifikan dengan kinerja. Dengan dukungan

kehandalan fasilitas dan sumberdaya manusia yang tersedia diharapkan akan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas kepada konsumen, sehingga kinerja perusahaan juga akan meningkat. Pernyataan ini didukung oleh Anderson et al., (1994) menemukan adanya hubungan positif antara kualitas terhadap kepuasan konsumen yang selanjutnya akan berpengaruh terhadap tingkat kinerja perusahaan.

Peningkatan kompetensi karyawan diharapkan akan meningkatkan komitmen karyawan terhadap rumah sakit. Dengan karyawan (medik dan non medik) yang handal dan *committed* akan terwujud suatu pelayanan kesehatan yang bermutu. Tanpa pengembangan yang bertumpu pada mutu, sebuah rumah sakit akan terus menerus menurun kinerjanya dan akhirnya terpuruk. Dalam hal ini rumah sakit perlu untuk berkembang dengan menerapkan prinsip bisnis yang etis.

Pengembangan rumah sakit tidak dapat terlepas dari pangsa pasar yang ada. Pangsa pasar akan berpengaruh terhadap kapasitas pelayanan yang diberikan rumah sakit. Pangsa pasar rumah sakit merupakan hasil bagi dari jumlah pasien di rumah sakit yang bersangkutan dibagi dengan jumlah pasien di seluruh rumah sakit dalam wilayah tersebut. Dengan pangsa pasar yang lebih besar, akan memberikan konsekuensi terhadap peningkatan investasi input maupun proses yang lebih besar. Peningkatan input dapat berupa penambahan tenaga kerja, peralatan canggih serta bahan-bahan yang akan meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan rumah sakit.

Fornell (1992) mendiskusikan kemungkinan adanya hubungan positif dan negatif antara kepuasan pelanggan dengan pangsa pasar. Meningkatnya pangsa pasar dapat memproduksi skala ekonomi yang lebih besar. Perusahaan yang menjual produk atau jasa yang lebih rendah dari biaya satuan, atau pasien akan membayar harga yang lebih rendah dari harga pokoknya akan meningkatkan *value* perusahaan dan selanjutnya akan meningkatkan kepuasan pelanggan yang selanjutnya meningkatkan

utilisasi rumah sakit (Fornell, 1992). Di lain pihak, dengan meningkatnya jumlah kunjungan pasien dan jumlah segmen pasar yang harus dilayani oleh rumah sakit, di mana sumber daya yang tersedia terbatas adanya maka kualitas layanan yang dirasakan pasien akan menurun, yang selanjutnya akan menurunkan kepuasan pelanggan.

Sebagai akibat dari revolusi informasi persaingan dalam dunia bisnis termasuk jasa pelayanan kesehatan menjadi sangat tajam, baik di pasar nasional maupun pasar internasional. Rumah sakit yang mampu menerapkan manajemen mutu dengan baik mempunyai peluang untuk memenangkan persaingan. Menang dalam persaingan berarti akan memberikan *return* jangka panjang yang lebih baik, yang dapat berupa *return* keuangan atau *return* non keuangan. *Return* keuangan dapat berupa peningkatan profitabilitas dari hasil penjualannya (Rue dan Holland, 1986), sedangkan penanganan orang miskin merupakan tindakan yang mempunyai *return* bukan uang, namun berupa tercapainya visi yakni meningkatnya derajat kesehatan masyarakat. Bertahan dan berkembang merupakan asas pokok sebuah lembaga untuk menempuh masa depan.

Peningkatan mutu layanan akan berpengaruh terhadap efisiensi dan peningkatan kepuasan pelanggan yang selanjutnya akan meningkatkan *return* rumah sakit. Efisiensi dapat dicapai tidak hanya dari upaya proses medis klinis dan keperawatan, tetapi juga dapat ditingkatkan dari upaya manajerial. Efisiensi proses pelayanan akan mampu meningkatkan kinerja rumah sakit. Peningkatan mutu layanan rumah sakit juga akan meningkatkan proses layanan internal yang akan berpengaruh juga terhadap kepuasan pengguna pelayanan kesehatan. Kepuasan para pengguna secara tidak langsung akan meningkatkan jumlah kunjungan (*utilization*) rumah sakit melalui pembelian ulang (*repeat purchasing*) bila sakit berulang pada dirinya, atau

melalui *'word of mouth'* kepada orang lain, yang akan memicu kesuksesan dalam keuangan (*quality attracts money*) secara berkesinambungan (*sustainable*). Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa pengguna tersebut dapat berupa pasien yang membeli sendiri jasa rumah sakit secara perorangan atau kelompok (dalam bentuk asuransi kesehatan), tetapi dapat pula dilakukan oleh pihak donor atau pemerintah yang *'membelikan'* jasa rumah sakit tersebut untuk orang lain dalam bentuk subsidi atau dana-dana kemanusiaan. Nilai-nilai kepuasan donor atau pemerintah tersebut juga harus diperhatikan dengan baik.

Pada akhirnya, kesuksesan dalam mengelola bidang keuangan akan memungkinkan organisasi berbuat banyak untuk mewujudkan berbagai misi termasuk melindungi orang miskin, menjadi tempat bergantung hidup anggota organisasi, dan meningkatkan kesejahteraan masyarakat luas. Lebih lanjut, secara berkesinambungan kesuksesan keuangan akan meningkatkan mutu proses pelayanan dan komitmen sumberdaya manusia.

1.1.1. Perkembangan pelayanan kesehatan di Indonesia

Secara kronologis, perkembangan pelayanan kesehatan rumah sakit (Trisnantoro dan Manurung, 2001) adalah sebagai berikut :

(1). Masa pemerintahan Belanda (sebelum tahun 1942)

Selama 350 tahun lebih bangsa kita diperas tenaganya, disedot kekayaannya dan dirampas hak dan kesejahteraannya. Selama itu pula bangsa kita dianggap bangsa penumpang diatas tanah leluhur sendiri. Sebelum masuknya pengaruh Belanda, kegiatan pelayanan kesehatan dilakukan secara tradisional. Dalam bidang pelayanan kesehatan, Indonesia dipengaruhi oleh pelayanan kesehatan ala Barat. Pelayanan kesehatan ala Barat di Indonesia dimulai dari konsep militer , yakni dilakukan oleh dinas kemiliteran.

Pada akhir abad ke 19 dan awal abad ke 20 muncul jaringan pelayanan kesehatan baru melalui gerakan keagamaan. Layanan kesehatan oleh gerakan Zending (Kristen) mulai dilakukan dengan membuka unit pelayanan kesehatan pada tahun 1893. Pada tahun 1899 RS Petronella dibuka di Yogyakarta. Gereja-gereja Katolik mulai membuka layanan kesehatan pada akhir abad ke 19 dan membuka jaringan rumah sakit dan pos-pos layanan kesehatan. Pada masa tersebut industri primer dikembangkan secara besar-besaran, yaitu pertambangan dan perkebunan, sehingga pada saat itu didirikanlah rumah sakit-rumah sakit yang menjadi cikal bakal rumah sakit BUMN seperti RS Perkebunan. Pada masa tersebut juga dibangun rumah sakit pemerintah untuk kepentingan rakyat jelata atau masyarakat umum di beberapa kota besar seperti di Jakarta dibangun *Central Burgelijk Ziekenhuis (CBZ)* yang sekarang menjadi RSUP Ciptomangunkusumo.

Banyak rumah sakit dan fasilitas pelayanan kesehatan didirikan di *Netherlands-estern Indies (NEI)* dengan menggunakan dana dari sponsor organisasi keagamaan di Eropa Barat. Pada tanggal 20 Mei 1899, pembangunan rumah sakit Zending di Yogyakarta dimulai dan selesai tahun 1901 (Trisnantoro dan Zebua, 1999). Rumah sakit ini diberi nama "*Het Zendingenziekenhuis Patronella*" dengan 150 tempat tidur. Pada awalnya RS Petronella menyediakan pengobatan gratis dengan harapan orang-orang secara bertahap meninggalkan cara pengobatan tradisional dan beralih ke cara Barat. Setelah RS dikenal masyarakat, maka kebijakan pembiayaan dengan membebaskan pasien miskin melalui subsidi pemerintah, sedangkan pasien mampu harus membayar keseluruhan biaya pengobatannya.

(2). Masa pemerintahan Jepang (tahun 1942-1945)

Organisasi pelayanan kesehatan di zaman Jepang diselenggarakan oleh sebuah bagian dalam pemerintahan militer yang disebut *Eisika*. Tenaga kesehatan Indonesia

dilatih untuk menggantikan personel Belanda. Pada periode yang pendek tersebut, pengaruh perang menyebabkan terjadinya kekurangan obat dan fasilitas medis. Rumah sakit pemerintah, RS keagamaan dipindahkan statusnya ke dalam sistem pemerintahan militer Jepang. Era perang menghancurkan infrastruktur manajemen sistem layanan kesehatan di Indonesia.

(3). Masa Revolusi (1945 – 1950)

Lingkungan yang militer dan segala hal yang berhubungan dengan militer mewarnai periode ini. Rumah sakit dan jaringan layanan kesehatan mengalami masa-masa sulit. Fasilitas kesehatan sangat sedikit, tidak ada struktur manajemen yang jelas dalam organisasi layanan kesehatan pada masa itu. Pelayanan kesehatan sipil mulai didirikan di beberapa tempat untuk mengatasi kesehatan masyarakat. Pada saat itu belum ada jaringan pelayanan kesehatan yang tertata dengan baik, tetapi semuanya terlaksana pada kondisi yang serba pas-pasan.

4. Masa pemerintahan Orde Lama (tahun 1950 – 1965)

Pada masa pemerintahan orde lama merupakan era dimana terdapat klimaks yang menarik yaitu : (a) menurunnya layanan kesehatan oleh lembaga keagamaan, (b) munculnya rumah sakit umum pemerintah setempat yang menggantikan sistem Belanda. Banyak rumah sakit Kristen/Katolik diserahkan kepada pemerintah lokal karena masalah keuangan. Tetapi pemerintah Indonesia tidak mempunyai dukungan keuangan yang cukup untuk mengelola rumah sakit; (c) jatuh banggunya organisasi multi-lateral yang berhubungan dengan WHO, UNICEF, dan USAID. Peran organisasi multilateral terutama dicurahkan untuk aspek-aspek preventif dalam layanan kesehatan.

(5). Masa pemerintahan Orde Baru (tahun 1965 – 1998)

Pada masa pemerintahan Orde Baru merupakan awal periode dimana pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan untuk mengundang bantuan asing, termasuk donor sektor kesehatan. Pada tahun 1967 kembalinya agen-agen internasional di Indonesia seperti WHO dan UNICEF yang mengembangkan "Master Plan Operasional untuk memperkuat Layanan Kesehatan Nasional di Indonesia". Donor asing lain yang kembali ke Indonesia adalah USAID. Pada masa tersebut, rumah sakit semakin berani menampilkan wajah dan langkah komersialnya, sehingga tidak sedikit modal swasta tertanam dibidang perumahasakitan.

Selama rezim Orde Baru tersebut, banyak dana dari LSM luar negeri dipersulit, termasuk organisasi keagamaan dari Eropa Barat. Semua dana dari luar negeri harus masuk dulu dan dikelola oleh Sekretariat Negara dengan birokrasi yang panjang dan rumit. Pemerintahan Orde Baru juga menerapkan kebijakan ekonomi yang menimbulkan kesan pada negara lain bahwa Indonesia merupakan negara yang kaya dan makmur yang tidak memerlukan sedikitpun dana dari LSM luar negeri.

Pada awal tahun 1990 an, Menkes meluncurkan kebijakan baru tentang swadana rumah sakit pemerintah. Di bawah program swadana, rumah sakit pemerintah mengalami peningkatan dalam penerimaan operasional mereka sebagai subsidi pemerintah langsung. Secara operasional, kebijakan baru mengimplikasikan bahwa rumah sakit dapat menetapkan biaya pelayanan kesehatan yang mereka berikan.

(6). Masa pemerintahan Reformasi (setelah tahun 1998)

Pada dekade akhir tahun 1990 an, Menteri Keuangan membatalkan kebijakan swadana dan mendesak Menteri Kesehatan untuk menemukan bentuk lain dalam pengelolaan rumah sakit. Ada pemikiran bahwa rumah sakit sebaiknya dikelola sebagai satu bentuk BUMN misalnya Perusahaan Jawatan (Perjan).

Pada akhir tahun 1998 di Indonesia terjadi krisis ekonomi yang sangat parah. Untuk mengatasi permasalahan kesehatan penduduk dilaksanakanlah program Jaring Pengaman Sosial bidang Kesehatan (JPSBK). Melalui program JPSBK tersebut terjadi perubahan dramatis dalam kebijakan sektor kesehatan. Subsidi pemerintah disalurkan bagi orang miskin, sementara mereka yang dari kelas menengah dan atas harus membayar sendiri biaya layanan kesehatannya. Kebijakan desentralisasi bidang pelayanan kesehatan dilakukan pada tahun 1987, tetapi tidak berpengaruh pada sistem manajemen pelayanan kesehatan karena kebijakan tersebut tidak mengubah sistem keuangannya.

Berdasarkan UU no.22/1999 tentang desentralisasi dan UU no.25/1999 tentang perimbangan keuangan pusat dan daerah memberikan dampak pada keuangan dan pelayanan kesehatan khususnya yang berkaitan dengan cara pemerintah daerah membelanjakan anggaran keberbagai sektor termasuk kesehatan dan cara masyarakat membelanjakan keuangannya untuk kebutuhan hidupnya. Walaupun Dana Alokasi Umum (DAU) merupakan porsi terbesar dalam pembelanjaan pemerintah pusat, tetapi dalam pelaksanaannya di daerah mempunyai porsi kecil untuk kesehatan. Pada awal tahun 2001, Menteri Kesehatan mengumumkan status baru untuk RS pendidikan sebagai Perusahaan Jawatan (Perjan), dengan harapan rumah sakit dapat dikelola secara lebih profesional dengan akuntabilitas kinerja yang dapat diukur.

1.1.2. Organisasi rumah sakit

Schlutz dan Johnson (1983) menyebutkan bahwa tujuan rumah sakit adalah memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dengan teknologi kesehatan yang tepat. Sedangkan WHO (1957) memberikan pengertian mengenai rumah sakit dan peranannya sebagai berikut :

" The hospital is an integral part of social and medical organization, the function of which is to provide for population complete health care both curative and

preventive, and whose out patient services reach out to the family and its home environment; the training of health workers and for bio-social research”

Sesuai dengan batasan di atas maka rumah sakit merupakan bagian dari sistem pelayanan kesehatan secara keseluruhan yang memberikan pelayanan kuratif maupun preventif serta menyelenggarakan pelayanan rawat jalan dan juga perawatan di rumah. Di samping itu rumah sakit juga bisa berfungsi sebagai tempat pendidikan tenaga kesehatan dan tempat penelitian. Oleh karena itu dalam menjalankan fungsinya dengan baik, rumah sakit harus bisa bekerjasama dengan instansi lain di wilayahnya, baik instansi kesehatan maupun non kesehatan. Konsep rumah sakit masa kini memang jauh berbeda dengan konsep rumah sakit pada zaman dulu. Pada awal tahun 1900 rumah sakit masih berperan sebagai tempat merawat orang sakit saja. Kemudian peran ini berkembang sejalan dengan perkembangan teknologi, ekonomi, dan politik, sehingga bukan semata-mata merawat orang sakit saja.

Organisasi rumah sakit umum khususnya rumah sakit pemerintah milik Departemen Kesehatan ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134/Menkes/ SK/IV/78, sedang organisasi rumah sakit umum milik Pemerintah Daerah berpedoman kepada KepMenkes no.134/1978. Kedudukan rumah sakit umum Departemen Kesehatan merupakan unit organik Departemen Kesehatan, berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Direktur Jenderal Pelayanan Medik. Rumah sakit daerah merupakan unit pelaksana daerah (UPD), berada di bawah dan bertanggungjawab langsung kepada Kepala Daerah.

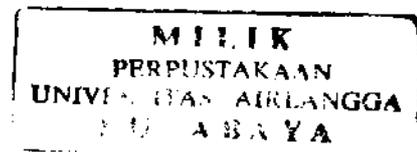
Rumah sakit bertugas melaksanakan pelayanan kesehatan dan penyembuhan serta pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa sesuai dengan peraturan perundangan yang berlaku. Rumah sakit berfungsi untuk melaksanakan upaya pelayanan medis, rehabilitasi medis, pencegahan akibat penyakit dan peningkatan pemulihan kesehatan,

perawatan, pendidikan dan latihan medis dan paramedis, system rujukan dan tempat penelitian.

Susunan organisasi rumah sakit terdiri dari unsur pimpinan, yaitu Direktur dan Wakil Direktur, unsur pembantu pimpinan, yaitu bidang dan bagian dengan seksi dan subbagian, unsur pelaksana, yaitu unit pelaksana fungsional dan instalasi. Dalam hal pengelolaan keuangan, Direktur melaksanakan penggunaan anggaran rutin yang tersedia dalam Daftar Isian Kegiatan (DIK) setiap tahun dan menyetorkan semua penerimaan dari hasil kegiatannya ke kas negara. Penggunaan DIK yang tersedia tidak banyak terpengaruh oleh menurun atau meningkatnya kegiatan rumah sakit. Demikian pula halnya dengan penerimaan rumah sakit tidak banyak mempengaruhi dan atau mendorong berkembangnya rumah sakit. Ketepatan dan kecermatan dalam perhitungan pengajuan anggaran tahunan tidak banyak mempengaruhi peningkatan aktivitas rumah sakit.

Rumah sakit dapat dikategorikan menurut jenis dan pengelolaannya. Menurut jenisnya rumah sakit dikategorikan sebagai berikut :

1. Rumah sakit umum
2. Rumah sakit jiwa
3. Rumah sakit khusus, yang meliputi :
 - a. Rumah sakit kusta
 - b. Rumah sakit tuberkulosa paru
 - c. Rumah sakit mata
 - d. Rumah sakit ortopedi & protese
 - e. Rumah sakit bersalin
 - f. Rumah sakit khusus spesialis



Sedangkan menurut pengelolaannya rumah sakit dikategorikan sebagai berikut :

1. Rumah sakit vertikal (milik Departamen Kesehatan)
2. Rumah sakit propinsi
3. Rumah sakit kabupaten/ kota
4. Rumah sakit ABRI
5. Rumah sakit Dep. Lain/ BUMN
6. Rumah sakit swasta

Keadaan rumah sakit dan jumlah tempat tidur yang dirinci menurut pengelola dan jenis tampak pada tabel 1.1 dan tabel 1.2 berikut ini.

Tabel 1.1. KEADAAN RUMAH SAKIT YANG DIRINCI MENURUT PENGELOLA DI INDONESIA TAHUN 1998

Pengelola	RS Umum	RS Jiwa	RS Khusus				Total
			Kusta	TBC	RSB	Lain-lain	
Dep.Kesehatan	15	31	3	5	0	6	60
Pem. Provinsi	43	3	14	4	1	-	65
Pem.Kota	25	-	1	-	1	-	27
Pem. Kabupaten	262	-	5	-	-	1	268
TNI/ POLRI	112	-	-	-	1	-	113
BUMN	68	-	-	-	-	-	68
Swasta	363	16	1	1	48	82	511
Total	888	50	24	10	51	89	1112

Sumber : Ditjen Yan Medik, Depkes, 1999.

Tabel 1.2. JUMLAH TEMPAT TIDUR YANG DIRINCI MENURUT PENGELOLA DI INDONESIA, TAHUN 1998

Pengelola	RS Umum	RS Jiwa	RS Khusus				Total
			Kusta	TBC	RSB	Lain-lain	
Dep.Kesehatan	9.471	6.730	1.109	405	-	1111	18.826
Pem. Provinsi	11.914	586	1.265	295	81	-	14.141
Pem.Kota	3.314	-	20	-	42	-	3.376
Pem. Kabupaten	26.057	-	179	-	-	32	26.268
TNI/ POLRI	10.938	-	-	-	35	-	10.973
BUMN	7.045	-	-	-	-	-	7.045
Swasta	36.553	605	70	48	2.121	3.160	42.557
Total	105.292	7.921	2.643	748	2.279	4.303	123.186

Sumber : Ditjen Yan Medik, Depkes, 1999.

Dari tabel tersebut tampak bahwa jumlah rumah sakit di seluruh Indonesia pada tahun 1998 sebanyak 1.112 buah dengan 123.186 tempat tidur atau dapat dikatakan bahwa setiap rumah sakit rata-rata mempunyai 110 tempat tidur, dengan rincian untuk RSU rata-rata mempunyai tempat tidur sebanyak 118 buah, RS Jiwa sebanyak 158 buah, RS Kusta 110 buah, RS TBC 74 buah, RSB 45 buah dan untuk lain-lain dengan 48 tempat tidur. Dari jumlah tersebut, sektor swasta memiliki jumlah terbanyak yaitu 511 RS (46,0%) dengan tempat tidur sebanyak 42.557 buah (34,5%); Depkes dan Pemda sebanyak 420 buah (37,8%) dengan tempat tidur sebanyak 62.611 buah (50,8%); TNI/POLRI 113 buah (10,2%) dengan tempat tidur sebanyak 10.973 buah (8,9%) dan BUMN sebanyak 68 buah (6,1%) dengan tempat tidur sebanyak 7.045 buah (5,7%).

Dari tabel tersebut terlihat bahwa rumah sakit umum merupakan rumah sakit yang terbanyak di Indonesia yaitu 79,8% dengan tempat tidur 85,4% dari total Indonesia. Jika dilihat dari lokasi rumah sakit maka jumlah terbanyak ada di Jawa yaitu 526 RS (47,3%), 275 RS (24,7%) berada di Sumatera dan 311 (27,9%) berada di propinsi lainnya (Ditjen YanMedik, 1999).

1.1.3. Pelayanan jasa industri rumah sakit

Industri rumah sakit diartikan sebagai penerapan manajemen industri dalam manajemen rumah sakit demi pencapaian efisiensi dan efektivitas sebagai unit sosio ekonomi. Rumah sakit sebagai suatu organisasi penyaji jasa kesehatan tidak terkecuali, juga menghadapi globalisasi dan perubahan lingkungan, terutama lingkungan perawatan kesehatan sehingga manajemen rumah sakit membutuhkan cara tertentu untuk menghadapinya. Perubahan lingkungan yang dimaksud, antara lain terjadi pada ilmu dan teknologi medis yang makin maju dan terus berkembang. Di samping itu juga terjadi perubahan paradigma di bidang kesehatan. Deregulasi dan

swastanisasi sektor kesehatan dilakukan oleh pemerintah. Swasta diberi kemudahan oleh pemerintah untuk membangun rumah sakit, sehingga kemungkinan akan terjadi “persaingan” diantara rumah sakit. Beberapa rumah sakit pemerintah mulai diswadanakan untuk mengelola dana dan sumberdayanya secara mandiri, dengan diberi otonomi yang lebih luas untuk mengelola keuangan dan penggunaan langsung dari penerimaannya. Salah satu tujuan kebijakan itu adalah untuk meningkatkan kemandirian rumah sakit (Aniroen, 1991)

Sementara itu kebutuhan dan kesadaran masyarakat akan hidup sehat makin meningkat. Masyarakat miskin sadar akan pentingnya kesehatan, sehingga tuntutan dan harapan akan jasa kesehatan yang bernilai baginya juga meningkat. Kesadaran terhadap kesehatan tidak hanya dalam bentuk kebutuhan akan penyembuhan, tetapi juga tindakan pencegahan (*preventif*) dalam bentuk mempertahankan dan meningkatkan kondisi kesehatan serta upaya promotif dalam rangka membudayakan hidup sehat bagi masyarakat. Berbagai perubahan kependudukan, pendidikan dan sosial budaya (misalnya perilaku konsumsi yang kurang tepat) mempengaruhi derajat kesehatan, problem kesehatan dan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Ciri yang sangat khusus dari jasa kesehatan adalah besarnya tingkat ketergantungan pasien kepada penyaji jasa (provider) kesehatan. Oleh karena itu ikatan jangka panjang yang terjalin antara pihak rumah sakit sebagai penyaji jasa kesehatan dan pasien sebagai penggunanya, dirasa sangat penting dan menguntungkan kedua belah pihak sehingga retensi pelanggan dapat lebih dipertahankan (Gani, 1994). Besarnya tingkat ketergantungan pasien kepada penyaji jasa kesehatan disebabkan karena umumnya pasien tidak tahu banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukan. Penyaji jasa kesehatan adalah penyaji jasa profesi yang menentukan jenis dan volume jasa kesehatan yang diperlukan pasien. Ciri lain adalah pasien

seringkali menggunakan jasa kesehatan dalam satu paket pelayanan, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi atau nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakitnya (Gani, 1994). Perkembangan faktor lingkungan rumah sakit yang cepat dewasa ini memaksa para manajer harus memeriksa faktor lingkungan yang ternyata menjadi elemen-elemen yang menekan dan sangat berpengaruh terhadap kelangsungan hidup rumah sakit sebagai suatu organisasi.

Indrajaya (1996) mengemukakan karakteristik khusus dari pelayanan kesehatan yang membedakannya dengan barang lain, yaitu (1) eksternalitas, yang merupakan suatu keadaan yang terjadi pada pihak ketiga yang tidak terlibat dalam suatu transaksi (efek samping), (2) informasi yang asimetrik, yakni terdapat kesenjangan pengetahuan yang sangat besar antara penyaji jasa kesehatan (*provider*) dengan pengguna jasa kesehatan (pasien) sehingga terjadi *'supplier induced demand'* artinya *demand* terjadi akibat pengaruh suplier dalam memberikan pelayanan kesehatan, (3) ketidakpastian (*uncertainty*) yakni ketidakpastian dalam diagnosis penyakit menyebabkan dokter melakukan berbagai intervensi diagnostik yang akan menimbulkan beban biaya yang lebih besar bagi pasien. Ketiga hal tersebut menyebabkan gagalnya mekanisme pasar (*market failure*) sebagaimana dituntut oleh sistem pasar bebas murni (Indrajaya, 1996). Karakteristik-karakteristik yang ada pada rumah sakit menunjukkan keunikan yang tidak tampak pada perusahaan jasa lainnya, sehingga perlakuan terhadap rumah sakit tidak dapat digeneralisir dengan industri jasa yang lain.

Pada awalnya rumah sakit tidak memperhatikan perubahan lingkungan. Rumah sakit mulai makin memperhatikan pasar dan memperhitungkan perubahan yang terjadi pada lingkungan kesehatan eksternalnya ketika menyusun strateginya,

karena mereka masih merasa bahwa pasienlah yang membutuhkan rumah sakit. Keadaan sekarang sudah berubah, di mana jumlah rumah sakit pesaing tumbuh menjadi lebih banyak. Penelitian pasar penting artinya bagi rumah sakit sebagai sarana mendapatkan informasi tentang apa yang sebenarnya dicari pasien ketika mereka membutuhkan layanan rumah sakit, dan apa yang membuat mereka puas atau tidak puas terhadap jasa rumah sakit yang diterima. Atas dasar hasil penelitian pasar, rumah sakit membenahi dan menyusun strategi yang tepat bagi pasarnya. Dengan demikian manajemen rumah sakit menggunakan pendekatan konsep pemasaran yang cenderung melihat pemasaran sebagai suatu proses pertukaran, dan memandang aktivitas pemasaran rumah sakit dari sudut pandang pasien, disamping dari sisi internal rumah sakit itu sendiri (Gani, 1994).

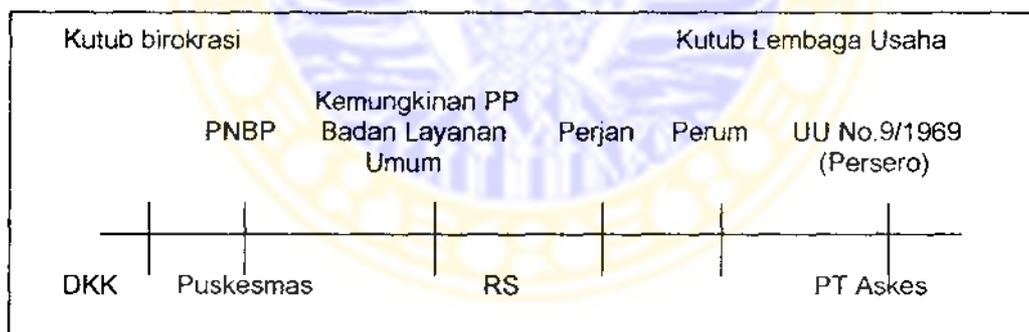
Dengan orientasi pada pasar, dan kualitas sebagai dasar kegiatan dan landasan untuk bersaing, rumah sakit akan mampu mendapatkan profitabilitas jangka panjang yang diperoleh dari kepuasan pasien (Oliver, 1997). Hal ini disebabkan karena dengan tingkat kepuasan tertentu pasien akan bersedia menjalin ikatan jangka panjang dengan pihak rumah sakit, yang saling menguntungkan kedua belah pihak (pasien dan rumah sakit). Studi dari PIMS (*Profit Impact at Market Strategy*) menyimpulkan bahwa dalam jangka panjang, faktor penting yang mempengaruhi kinerja bisnis adalah kualitas produk atau jasa, relatif lebih baik dari pesaingnya. Diharapkan dengan kualitas yang baik secara bersamaan diikuti oleh meningkatnya 'demund', yang selanjutnya jika perusahaan memungkinkan menaikkan harga yang lebih tinggi maka profitabilitasnya makin tinggi pula (Rust & Oliver, 1994)

Sudah waktunya dilakukan perubahan pola berfikir (*mindset*) dari satu pemikiran tradisional pemasaran jasa kesehatan, yang semula perhatiannya berfokus pada kepuasan pasien saja, menjadi lebih kearah pemikiran yang berfokus pada

patient retention sebagai satu tujuan dari program kepuasan pasien. Sudah waktunya bagi rumah sakit memiliki pemahaman dan pengertian yang lebih baik tentang pentingnya kepuasan dan loyalitas pasien, yang akan meningkatkan *patient retention*. Bertahannya pelanggan merupakan strategi yang lebih '*profitable*' dibandingkan dengan strategi peningkatan pangsa pasar dan menurunkan biaya (Heskett, et al. 1997).

1.1.4. Unit-unit bisnis strategis di rumah sakit

PP 25 tahun 2000 tentang Kewenangan Pemerintah dan Kewenangan Propinsi sebagai Daerah Otonom pada intinya mengarah kepada penegasan mengenai peran dan fungsi lembaga-lembaga pelayanan kesehatan, pemerintah maupun swasta. Jika dilihat dari kutub-kutub kepemilikan rumah sakit, dapat dikatakan bahwa telah terjadi pergeseran yang mengarah kepada lembaga usaha yang menyerupai privatisasi. Jika diurutkan kutub kepemilikan rumah sakit nampak pada gambar 1.



Gambar 1. SPEKTRUM JENIS ORGANISASI DI LEMBAGA MILIK PEMERINTAH DI SEKTOR KESEHATAN

Dari gambar di atas terdapat urutan sebagai berikut : diawali oleh bentuk lembaga pemerintah yang birokrat, kemudian ada lembaga pemerintah Penerima Negara Bukan Pajak (PNBP), lembaga swadana dan akan menjadi lembaga pemerintah yang berpredikat Badan Layanan Umum (BLU). Diharapkan pada tahun 2001 akan ada Peraturan Pemerintah untuk Badan Layanan Umum. Pada ujung kanan

terdapat berbagai lembaga yang disebut sebagai Badan Usaha Milik Negara atau Badan Usaha Daerah. Menurut UU No.6 tahun 1969 terdapat 3 jenis BUMN yaitu Perjan, Perum, dan PT Persero. PT Persero merupakan lembaga BUMN yang dapat dimiliki oleh masyarakat atau swasta. Di dalam BUMD terdapat jenis Perusahaan Umum Daerah (Perumda) dan Perseroan daerah (Perseroda).

Dari keterangan di atas terlihat bahwa rumah sakit BUMN masuk ke dalam rumah sakit pemerintah, hal ini memang dapat dilihat dari peraturan-peraturan baik dalam pengadaan barang maupun gaji karyawan dan sebagainya. Keuangan rumah sakit BUMN biasanya pada awalnya ditunjang oleh BUMN yang bersangkutan, mulai dari bangunan rumah sakitnya sampai fasilitas kesehatan serta keuangannya.

Prosedur keuangan hampir sama dengan rumah sakit pemerintah, yaitu pendapatan rumah sakit keseluruhan akan disetor ke induk (BUMN yang bersangkutan), sedang kebutuhan rumah sakit dalam bentuk anggaran akan di-drop (diberikan) oleh BUMN yang dianggap sebagai *cost center* (Adikoesoemo, 1995).

Sistem ini dirasakan kurang efisien dan kurang efektif sehingga pada perkembangannya rumah sakit itu diberi wewenang mengelola sendiri hasil pendapatannya dengan masih tetap mengikuti aturam-aturan yang ditetapkan oleh induknya, misalnya anggaran masih harus disetujui pusat dan dalam hal pengadaan masih sesuai dengan peraturan dari induk/pusat dan dari pemerintah. Dengan diperbolehkannya memakai pendapatannya sendiri ini berarti sudah mempercepat arus pengadaan/ pembayaran dan memperlancar usaha rumah sakit walaupun masih harus mengikuti peraturan-peraturan BUMN atau Pemerintah. Berdasarkan PP nomor : 6 tahun 2000 pasal 18 Direksi rumah sakit wajib menyiapkan Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan (RKAP) yang merupakan penjabaran tahunan dari Rencana Jangka Panjang.

pelanggan yang puas, membangun personil yang produktif dan berkomitmen serta menghasilkan *financial returns* yang memadai (Mulyadi, 1999).

Untuk rumah sakit pemerintah yang telah berubah statusnya menjadi BUMN (Perjan) perlu adanya '*mental switch*' pada karyawan yang semula berstatus Pegawai Negeri Sipil (PNS) yang menggunakan sistem gaji berdasarkan golongan, dirubah menjadi sistem gaji berdasarkan prestasi. Untuk itu karyawan harus kerja keras dan '*fight*' agar supaya rumah sakit tetap bertahan hidup melalui profesionalitas karyawan yang tinggi (Adikoesoemo, 1995). Penekanan pada penghargaan pada para profesional di bidangnya (misalnya para dokter spesialisnya akan selalu belajar untuk memperdalam ilmu di bidangnya) sehingga pasien akan puas karena diagnosa dan pengobatannya yang akurat. Disamping itu RSUD Perjan juga selalu dievaluasi kinerja perusahaannya yang meliputi kinerja keuangan, kinerja operasional dan kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat (Ditjen Pelayanan Medik, 2001)

Pada lingkungan usaha yang *hypercompetitive*, mempertahankan keunggulan kompetitif sangat bergantung pada kapasitas inovatif perusahaan. Keunggulan kompetitif berdasar pada produk dan proses saja, dengan cepat dan mudah ditiru oleh perusahaan pesaing. Untuk itu penting bagi perusahaan untuk mempunyai sumberdaya yang menghasilkan keunggulan komparatif.

Sumberdaya berujud dan tidak berujud yang ada dalam perusahaan memungkinkan memproduksi sesuatu yang ditawarkan ke pasar secara efektif dan efisien, yang mempunyai nilai unggul bagi pasar tersebut. Jika perusahaan mempunyai sumberdaya yang jarang di dapat diantara pesaing, akan menjadi potensi untuk menghasilkan keunggulan komparatif. Keunggulan komparatif sumberdaya memungkinkan untuk menyajikan tawaran kepada pasar, yang memberikan manfaat unggul bagi pasar dan dapat dihasilkan dengan biaya yang rendah.

Dalam lingkungan bisnis yang kompetitif sekarang ini, kemampuan perusahaan untuk meluncurkan produk baru, menciptakan “*value*” yang lebih tinggi bagi pelanggan, dan melakukan perbaikan terus menerus terhadap proses yang “*cost effective*” untuk menghasilkan “*value*” bagi pelanggan tersebut, merupakan penentu keberhasilan perusahaan untuk tumbuh dalam lingkungan bisnis tersebut. Kemampuan perusahaan tersebut sangat ditentukan oleh kompetensi dan komitmen sumberdaya manusia dan ketersediaan fasilitas (sarana, prasarana dan teknologi) yang memadai. Kompetensi dan komitmen personil sangat ditentukan oleh kualitas organisasi yang digunakan untuk mengorganisasikan sumberdaya manusia (Kaplan and Norton, 1996). Peningkatan kompetensi dan komitmen personil dapat diukur dari tingkat perputaran karyawan yang rendah dan tingkat pelatihan yang tinggi, yang didesain untuk mempertahankan agar perusahaan dapat disuplai dengan karyawan jangka panjang yang terlatih. (Hansen and Moven, 2000). Disamping itu untuk mencapai kinerja bisnis yang dikehendaki maka personil harus mempunyai produktivitas yang baik (Kaplan and Norton, 1992).

Pelanggan selalu menuntut adanya kualitas hasil yang akan membentuk loyalitas terhadap produk dan jasa tersebut (Reed, Lemak, and Montgomery, 1996). Sebagai konsekuensinya unit bisnis akan membuat produk dengan kualitas yang tinggi, yang telah memberikan pengalaman peningkatan *demand* terhadap produk tersebut. Peningkatan *demand* akan meningkatkan pangsa pasar yang akan memperbesar skala ekonomi yang selanjutnya akan menurunkan biaya satuan dalam pembelian, pabrikasi, penelitian dan pengembangan serta pemasaran (Powel, 1995).

Kualitas hasil (*output*) dapat ditunjukkan oleh peningkatan pangsa pasar dan turunnya biaya satuan yang disebabkan karena skala ekonomi. Selanjutnya kualitas produk akan meningkatkan pembelian berulang dari pelanggan dan terjadi pula

pengulangan menurunnya biaya layanan (Reichbeld and Sasser, 1990). Sebagai konsekuensinya, produk dengan kualitas yang baik dan biaya yang rendah akan meningkatkan kapabilitas untuk bertahan (*survive*) walaupun terjadi penurunan kondisi perekonomian di masyarakat. Karena biaya yang rendah, akan menekan pesaing, pelanggan dan pemasok maupun perusahaan untuk melakukan substitusi (Anderson, Fornel and Lehmann, 1994). Selanjutnya unit bisnis dengan pangsa pasar yang besar akan menjadi perusahaan yang unggul dalam persaingan, dan tangguh bila terjadi kondisi perekonomian negara yang menurun. Hal tersebut disebabkan karena pembeli akan menyukai membeli produk atau jasa pada perusahaan yang besar dan bonafit. Pelanggan bukan hanya suka pada perusahaan besar dan bonafit tetapi juga akan memperbesar frekuensi pembeliannya .

Suatu pandangan menyatakan bahwa untuk menghadapi situasi kompetitif, rumah sakit perlu menyadari bahwa mempertahankan pasien lebih utama disamping upaya untuk mendapatkan pasien baru, sebagaimana dikemukakan oleh Achrol (1997) yang menyatakan bahwa biaya untuk dapat memperoleh pelanggan baru adalah lima kali lebih besar daripada mempertahankan pelanggan lama, dan biaya penjualan untuk pelanggan lama 20 persen lebih rendah dibandingkan untuk pelanggan baru. Untuk mempertahankan pelanggan lama, pendekatan yang dipakai adalah konsep pemasaran bertahan (*defensive marketing*). Konsep ini berwawasan kedepan dengan membangun ikatan jangka panjang antara rumah sakit dengan pasien yang telah menjadi pelanggannya.

Di dalam pemasaran bertahan, meliputi dua komponen utama yaitu komponen yang melihat hubungan antara kualitas dengan retensi pelanggan, dan komponen yang melihat hubungan antara retensi pelanggan dan *profit* (Reicheld & Sasser, 1990). Untuk mempertahankan dan meningkatkan pangsa pasar ke dalam segmen pelanggan

sasaran, harus diawali dengan mempertahankan pelanggan yang ada di segmen tersebut. Konsep "*service-profit chain*" menunjukkan pentingnya retensi pelanggan dalam rangka mempertahankan segmen pangsa pasar (Hesket et al., 1994). Dalam konsep ini, argumentasi yang diambil adalah makin lama pelanggan suka dan menggunakan produk atau jasa perusahaan, makin rendah biaya untuk melayaninya, makin banyak jumlah barang yang dibelinya, makin tinggi premi harga ditoleransinya, dan makin positif informasi yang diberikan melalui mulut ke mulut. Loyalitas pelanggan ini mampu meningkatkan profit secara signifikan (Reicheld and Sasser, 1990). Studi Rose (dalam Loveman, 1998) menemukan bahwa profit jasa yang dibeli selama sepuluh tahun memberikan rata-rata tiga kali lebih besar dari pelanggan yang membeli selama lima tahun. Studi empiris yang mendukung "*service profit chain*" juga dikemukakan oleh Rucci, Kim dan Quinn (1988). Selain mempertahankan pelanggan, banyak perusahaan menginginkan mampu mengukur loyalitas pelanggan melalui persentase pertumbuhan bisnis dengan pelanggan yang ada pada saat ini (Kaplan dan Norton, 1996)

1.1.5. Pengukuran kinerja

Banker, Potter dan Srinivasan (2000) mengemukakan bahwa dewasa ini sudah banyak perusahaan yang menggunakan ukuran non finansial sebagai pengukuran kinerja perusahaan, seperti kualitas produk atau jasa, kepuasan pelanggan baik internal maupun eksternal, efisiensi pengelolaan, peningkatan penjualan atau pemanfaatan jasa pelayanan dan pangsa pasar, yang dimaksudkan untuk mengevaluasi dan memberikan imbalan kerja bagi manajerial. Alasan utama menggunakan indikator kinerja non finansial karena mereka menganggap bahwa kinerja non finansial sebagai indikator yang lebih baik untuk melihat kinerja finansial masa datang, dan ini lebih bernilai dan obyektif dalam rangka menilai dan memotivasi kinerja manajerial

(Banker, Potter and Srinivasan, 2000). Kaplan dan Norton (1996) menilai bahwa ukuran non finansial mampu mengukur sistem pengukuran kinerja internal.

"*Current profit*" dan ukuran finansial lainnya hanya mampu merefleksikan pengaruh dari aktivitas masa lalu dan sekarang, sedangkan ukuran nonfinansial seperti kepuasan pelanggan, perbaikan proses internal, inovasi organisasi serta perbaikan aktivitas dapat merefleksikan akibat dari kegiatan manajerial dan tidak hanya menampilkan kinerja keuangan saja (Kaplan and Norton, 1992). Cleverley (1995) mengemukakan alternatif pengukuran kinerja keuangan rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya bukan hanya dari aspek *operating margin* saja, tetapi pada *Return on Equity* (ROE). Kecilnya *operating margin* tidak selalu jelek dan tingginya *operating margin* tidak selalu baik. Keberhasilan keuangan organisasi merupakan salah satu petunjuk kapabilitas untuk meningkatkan sumber daya yang dibutuhkan dalam rangka mencapai misi organisasi. Besar kecilnya sumber daya yang dibutuhkan oleh rumah sakit tergantung pada besar kecilnya kuantitas pelayanan kesehatan yang dilaksanakan sesuai dengan misi yang telah ditetapkan.

Dalam perkembangannya, sistem pengukuran kinerja yang lebih baik dari pada sistem yang digunakan menurut pandangan tradisional, yakni kinerja keuangan, sangat dibutuhkan oleh suatu organisasi. *Balanced Scorecard* dipandang sebagai sistem pengukuran kinerja yang cocok digunakan dalam manajemen kontemporer yang memanfaatkan teknologi informasi ke dalam bisnis, dan untuk memotivasi personil dalam mewujudkan visi organisasi. Disamping mempertahankan tolok ukur keuangan yang mengukur kinerja masa lampau, *Balanced Scorecard* memperkenalkan pengukuran kinerja keuangan masa yang akan datang. Pengukuran ini mencakup perspektif konsumen, proses bisnis internal, serta perbaikan dan pertumbuhan yang berasal dari penerjemahan strategi organisasi secara eksplisit dan

secara proaktif mengidentifikasi peluang-peluang potensial dan isu-isu yang berkembang (Kaplan and Norton, 1992).

1.2. Rumusan Masalah

Hasil penelitian Bank Dunia di Indonesia tahun 1988 menunjukkan bahwa salah satu penyebab rendahnya pemanfaatan rumah sakit oleh masyarakat disebabkan oleh kualitas pelayanan yang rendah. Tinggi rendahnya kualitas sangat tergantung pada sumber daya manusia rumah sakit dan pangsa pasar yang ada di daerah tersebut. Penempatan seorang dokter ahli dapat meningkatkan pemanfaatan rumah sakit sebesar 83% (Brotowasisto, 1994). Konsekuensi penempatan dokter spesialis di rumah sakit adalah melengkapi kebutuhan peralatan yang dibutuhkan dalam pelayanan spesialis tersebut, khususnya alat canggih. Intervensi alat canggih akan meningkatkan kualitas pelayanan, namun biaya kesehatan akan semakin meningkat tajam. Hal tersebut akan dapat diminimisir bila alat canggih tersebut digunakan secara penuh. Penelitian Brotowasisto (1994) membuktikan bahwa pemanfaatan alat canggih rumah sakit di Indonesia masih sangat rendah, yakni 35% saja. Studi penggunaan alat canggih di Jakarta juga membuktikan bahwa sebagian besar alat canggih yang diteliti ternyata mempunyai *idle capacity* yang sangat besar. Karena biaya investasi mahal maka *'annualized fixed cost'* secara keseluruhan akan naik dan akan mempengaruhi terjadinya *'diseconomies of scale'* rumah sakit yang bersangkutan (Gani, 1994).

Aspek sumber daya yang terpenting dan berpengaruh terhadap kualitas pelayanan di rumah sakit adalah sumber daya manusia, dan aspek sumber daya manusia yang terpenting adalah kompetensi dan komitmen dari sumber daya manusia yang ada di rumah sakit tersebut (Kaplan dan Norton, 1996). Penempatan dokter spesialis di rumah sakit, pelatihan karyawan dan kelengkapan alat dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas pelayanan. (Gani, 1994). Di samping itu, pangsa pasar juga

berpengaruh terhadap kualitas pelayanan melalui dua aliran yaitu *positive effect* dan *negative effect*. Pengaruh positif menunjukkan bahwa tingginya pangsa pasar menunjukkan kualitas pelayanan yang lebih baik, sedangkan pengaruh negatif menunjukkan bahwa konsumsi secara besar-besaran akan menurunkan kualitas pelayanan yang dipersepsikan konsumen (Caminal dan Vives, 1996). Interaksi antara kompetensi karyawan, komitmen karyawan terhadap organisasi rumah sakit serta tinggi dan rendahnya pangsa pasar, digerakkan melalui proses layanan internal dan proses manajemen yang akan menghasilkan jasa atau pelayanan yang sesuai dengan keinginan dan harapan pasien dan masyarakat. Keinginan dan harapan pasien tersebut tercermin pada kualitas pelayanan yang dipersepsikan oleh pelanggan.

Kualitas pelayanan dapat berpengaruh terhadap kinerja non keuangan lainnya yang meliputi kepuasan pelanggan internal (karyawan), kepuasan pelanggan eksternal (pasien), utilisasi jasa rumah sakit dan efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit. Peningkatan kualitas melalui kelengkapan peralatan yang ada akan meningkatkan kepuasan kerja karyawan (Hartline dan Ferrel, 1965). Kepuasan pelanggan internal tersebut akan tampak pada respon dan sifat perilaku karyawan dalam memberikan layanan (Bitner, 1990). Schneider (1990) mengemukakan bahwa karyawan yang puas akan mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan. Perilaku membantu pelanggan tersebut merupakan salah satu dimensi dari kualitas pelayanan yang dipersepsikan pelanggan eksternal (Parasuraman, 1988). Pemenuhan terhadap harapan pelanggan eksternal merupakan interaksi antara kualitas yang dipersepsikan oleh konsumen dan pelayanan yang diberikan oleh karyawan sebagai cermin dari kepuasan mereka. Kepuasan pelanggan muncul sebagai akibat dari pengalaman mengkonsumsi produk atau jasa (Westbrook & Reilly, 1984).

Peningkatan kualitas pelayanan kepada konsumen disamping memberikan kepuasan kepada pelanggan (internal dan eksternal), juga akan meningkatkan utilisasi jasa rumah sakit. Peningkatan utilisasi tersebut terjadi akibat dari upaya mempertahankan pasien (*patient retention*) untuk tidak mencari substitusi jasa kesehatan lain, sebagai ekspresi dari kepuasan tersebut (Bolton and Drew, 1994).

Pelanggan akan selalu menuntut adanya kualitas yang tinggi, dan akan membentuk loyalitas terhadap produk atau jasa tersebut (Reed, Lemak dan Montgomery, 1996). Loyalitas akan meningkatkan *demand* terhadap produk atau jasa (Powel, 1995), dan peningkatan *demand* akan meningkatkan pemanfaatan (utilisasi) terhadap produk atau jasa. Peningkatan pembelian berulang (*repeat purchasing*) yang tercermin pada utilisasi pelayanan jasa pada akhirnya akan meningkatkan kinerja keuangannya (Jacobson and Aaker, 1987). Pembelian ulang akan memberikan kontribusi pada kelangsungan pendapatan (Zahorick dan Keiningham, 1995).

Bagi rumah sakit, meningkatkan utilisasi rumah sakit juga akan meningkatkan efisiensi pelayanan dan selanjutnya akan meningkatkan premi harga yang diberikannya (Heskett, Sasser dan Schlesinger, 1997). Peningkatan kualitas juga akan menurunkan biaya satuan (*unit cost*) melalui skala ekonomi. Egan, G (1993) menyatakan bahwa untuk menciptakan kondisi organisasi sebagai institusi pencipta kesejahteraan (*wealth creating institution*) yang harus diwujudkan oleh organisasi adalah (1) mempunyai pelanggan yang puas, (2) memiliki personel yang produktif dan berkomitmen, dan (3) mampu menghasilkan *financial returns* yang memadai. Kualitas produk atau jasa juga akan meningkatkan pembelian berulang dari pelanggan dan turunnya biaya layanan (Reichbeld dan Sasser, 1990). Penelitian yang dilakukan oleh PIMS (*Profit Impact at Market Strategy*) menunjukkan adanya korelasi kuat antara kualitas yang diterima pelanggan dengan pangsa pasar. Karena biaya yang

rendah (efisiensi) dan utilisasi terhadap produk atau jasa yang meningkat maka akan meningkatkan kinerja keuangannya (Harkey dan Vracin, 1992).

Berlakunya perdagangan bebas, akan mempertajam persaingan rumah sakit di Indonesia. Kondisi seperti ini menghadapkan manajemen pada masalah bagaimana rumah sakit mampu memiliki *competitive advantage* (Gani, 2000). Keunggulan daya saing dapat dipertahankan bila rumah sakit mampu menciptakan nilai (*value*) yang melebihi biaya bagi pelanggan melalui serangkaian aktivitas penciptaan nilai tambah (*value added*) dari hulu sampai ke hilir (Shank dan Givindarajan, 1993).

Teori "*service-profit chain*" (Hesket et al., 1994) menyebutkan bahwa kualitas merupakan salah satu pendorong (*driver*) untuk mempertahankan sukses bisnis yang berkelanjutan. Manajemen rumah sakit perlu menciptakan dasar-dasar agar upaya peningkatan kualitas dapat meningkatkan kepuasan pelanggan, sehingga terjadi pembelian jasa yang berulang (*repeat purchasing*) yang akan meningkatkan pemanfaatan jasa pelayanan rumah sakit.

Dari uraian di atas tampak bahwa kualitas pelayanan sebagai pendorong (*driver*) untuk keberhasilan usaha berpengaruh terhadap kinerja non keuangan lainnya yang meliputi kepuasan pelanggan internal (karyawan), kepuasan pelanggan eksternal (pasien), utilisasi atau pemanfaatan jasa pelayanan serta terhadap kinerja keuangan rumah sakit. Hal yang perlu mendapat kajian mendalam selanjutnya adalah pengaruh kualitas pelayanan terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit yang selanjutnya berpengaruh terhadap kinerja keuangannya, serta faktor-faktor yang membentuk kualitas pelayanan seperti pangsa pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan dan manajemen mutu rumah sakit serta proses layanan internal rumah sakit.

Berdasarkan hal yang dikemukakan di atas, dapatlah dikemukakan rumusan permasalahan dalam penelitian ini sebagai berikut : " Apakah faktor-faktor yang

membentuk kualitas pelayanan rumah sakit umum yang memberikan nilai prima mampu mempengaruhi kinerja non keuangan yang selanjutnya berpengaruh pada kinerja keuangan rumah sakit yang bersangkutan ?”

Permasalahan penelitian dapat dijabarkan dalam pertanyaan penelitian yang dirumuskan sebagai berikut :

- (1) Apakah rumah sakit umum milik pemerintah pusat di Indonesia dapat dikelompokkan dengan menggunakan variabel kualitas pelayanannya ?
- (2) Apakah rumah sakit umum milik pemerintah pusat di Indonesia dapat dikelompokkan dengan menggunakan variabel kinerja keuangannya ?
- (3) Apakah pangsa pasar mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, utilisasi jasa kesehatan, dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit ?
- (4) Apakah kompetensi karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap komitmen karyawan ?
- (5) Apakah komitmen karyawan mempunyai pengaruh langsung terhadap kualitas pelayanan, manajemen mutu dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit ?
- (6) Apakah kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap kinerja non keuangan yang meliputi kepuasan pelanggan internal (karyawan), efisiensi pengelolaan organisasi serta terhadap kinerja keuangan rumah sakit ?
- (7) Apakah kepuasan pelanggan internal (karyawan) mempunyai pengaruh langsung terhadap kepuasan pelanggan eksternal (pasien) ?
- (8) Apakah efisiensi pengelolaan organisasi jasa rumah sakit mempunyai pengaruh langsung terhadap utilisasi jasa rumah sakit ?

1.3. Tujuan Penelitian

1.3.1. Tujuan umum

Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis terhadap faktor-faktor yang membentuk kualitas pelayanan dan pengaruhnya terhadap kinerja non keuangan serta kinerja keuangan Rumah Sakit Umum Pusat di Indonesia.

1.3.2. Tujuan khusus

- (1) Menguji dan menganalisis kemungkinan rumah sakit umum milik pemerintah pusat di Indonesia dapat dikelompokkan berdasarkan variabel kualitas pelayanan
- (2) Menguji dan menganalisis kemungkinan rumah sakit umum milik pemerintah pusat di Indonesia dapat dikelompokkan berdasarkan variabel kinerja keuangan
- (3) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung pangsa pasar terhadap kualitas pelayanan, utilisasi jasa kesehatan, dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit
- (4) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung kompetensi karyawan terhadap komitmen karyawan
- (5) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung komitmen karyawan terhadap kualitas pelayanan, manajemen mutu dan efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit
- (6) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung kualitas pelayanan terhadap kepuasan pelanggan internal (karyawan) , efisiensi pengelolaan rumah sakit dan kinerja keuangannya
- (7) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung kepuasan pelanggan internal (karyawan) terhadap kepuasan pelanggan eksternal (pasien)
- (8) Menguji dan menganalisis pengaruh langsung efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit terhadap utilisasi jasa rumah sakit

1.4. Manfaat Penelitian

Beberapa manfaat dari penelitian ini, yang merupakan manfaat teoritis dan manfaat praktis dapatlah diidentifikasi sebagai berikut :

1.4.1. Manfaat teoritis

- 1) Variabel kualitas pelayanan dan kinerja keuangan dapat dipakai sebagai variabel untuk mengelompokkan rumah sakit umum pusat sehingga eselonisasi rumah sakit tidak hanya berdasarkan kemampuan menangani penyakit pasien tetapi juga memasukkan variabel kualitas pelayanan dan kinerja keuangannya.
- 2) Kualitas pelayanan dibentuk oleh faktor-faktor kompetensi karyawan, komitmen karyawan, pangsa pasar dan melalui proses manajemen mutu dan proses layanan internal akan menghasilkan kualitas pelayanan yang dipersepsikan baik oleh pasien rumah sakit. Hasil ini menunjukkan bahwa kualitas pelayanan bukan dibentuk langsung oleh karyawan yang kompeten saja, tetapi melalui komitmen karyawan dan manajemen mutu yang benar. Disamping itu, karyawan yang *'committed'* sebagai input rumah sakit, akan melakukan proses layanan internal dan manajemen mutu yang baik akan menghasilkan *output* yang berupa peningkatan kualitas pelayanan
- 3) Peningkatan kualitas pelayanan akan mengakibatkan peningkatan kinerja non keuangan yang meliputi kepuasan karyawan, kepuasan pelanggan eksternal, utilisasi jasa dan efisiensi pengelolaan rumah sakit. Kepuasan pelanggan internal (karyawan) akan berpengaruh terhadap kinerja karyawan, kinerja rumah sakit, yang selanjutnya berpengaruh terhadap kepuasan pelanggan eksternal. Tetapi dalam penelitian ini akan mengkaji pengaruh kepuasan karyawan yang langsung terhadap kepuasan pasien, melalui sikap dan perilaku

yang positif untuk selalu siap melayani pasien. Kepuasan pelanggan eksternal (pasien) akan meningkatkan loyalitas pelanggan yang tercermin pada pembelian ulang (*repeat purchasing*) dan peningkatan pelanggan baru yang akan meningkatkan utilitasnya. Peningkatan utilitas akan meningkatkan *revenue* yang selanjutnya akan meningkatkan kinerja keuangannya.

- 4) Peningkatan kualitas pelayanan mempunyai pengaruh langsung terhadap meningkatnya efisiensi pengelolaan rumah sakit melalui meningkatnya pangsa pasar dan skala ekonomi. Dalam penelitian ini akan dikaji kualitas pelayanan yang langsung berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan organisasi rumah sakit. Peningkatan efisiensi dan utilitas akan meningkatkan *economics of scale* sehingga akan menurunkan biaya per satuan output, dan masa *recovery* penderita akan lebih cepat sehingga kinerja rumah sakit akan meningkat pula.
- 5) Keberhasilan peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit tergantung pada komitmen karyawan serta kompetensi pemberi pelayanan. Mengingat pengambilan keputusan dalam pengobatan di rumah sakit bukan di tangan pasien sebagai pengguna jasa, tetapi di tangan pemberi jasa pelayanan pasien maka masalah kompetensi dan komitmen merupakan awal terciptanya suatu kualitas pelayanan yang baik. Keberhasilan dalam bidang keuangan tergantung pada misi rumah sakit tersebut (*for profit, not for profit*), perilaku pemberi pelayanan kesehatan serta komitmen manajemen untuk meningkatkan kualitas layanannya.
- 6) Meningkatnya pangsa pasar dan utilitas jasa rumah sakit tanpa disertai upaya efisiensi pengelolaan tidak akan mempengaruhi kinerja keuangannya, tetapi jika keduanya dilaksanakan bersama-sama dengan peningkatan kualitas maka akan meningkatkan kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

1.4.2. Manfaat praktis

- 1) Dengan berubahnya status rumah sakit sebagai Badan Layanan Umum atau BUMN, maka sudah saatnya dilakukan perubahan sistem manajemennya termasuk penentuan kelas rumah sakit yang lebih didasarkan pada kualitas pelayanan dan kinerja keuangannya.
- 2) Dengan kondisi persaingan yang semakin tajam, maka rumah sakit berkewajiban untuk meningkatkan kualitas sehingga mampu bersaing untuk dapat bertahan hidup (*survive*) dan tumbuh (*growth*). Keunggulan bersaing (*competitive advantage*) tersebut dapat meningkatkan kinerja rumah sakit
- 3) Dengan mengidentifisir upaya-upaya peningkatan kualitas oleh rumah sakit maka dapat diketahui berbagai bentuk intervensi peningkatan kualitas pelayanan yang dapat diterapkan di seluruh Indonesia dalam rangka meningkatkan kinerja keuangannya.
- 4) Merupakan motivasi strategis bagi para dokter untuk merubah sikap dan perilaku dalam upaya penghematan biaya (*cost containment*) yang dapat meningkatkan pelayanan tanpa mengorbankan kualitas, sehingga prinsip '*treatment at any cost*' harus mulai ditinggalkan sehingga kecil kemungkinan terjadinya kesulitan pembiayaan di rumah sakit

BAB 2

TINJAUAN KEPUSTAKAAN

Pada bab ini disajikan landasan konseptual dan tinjauan kepustakaan bagi penelitian yang dilakukan. Pada bagian pertama dikemukakan tinjauan pustaka, selanjutnya dikemukakan tinjauan teoritik bagi setiap konstruk yang digunakan pada penelitian ini dan bagian akhir bab ini dikemukakan beberapa penelitian sebelumnya sebagai bagian dari referensi yang digunakan.

2.1. Tinjauan Pustaka

Pada bab ini dikemukakan secara singkat tentang gambaran umum rumah sakit umum di Indonesia, yaitu mengenai perkembangan manajemen rumah sakit, klasifikasi rumah sakit umum pemerintah dan rumah sakit umum swasta, serta kinerja rumah sakit umum pemerintah di Indonesia

Pembangunan kesehatan di Indonesia diarahkan untuk meningkatkan kualitas sumberdaya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup manusia, meningkatkan kesejahteraan keluarga dan masyarakat serta mempertinggi kesadaran masyarakat akan pentingnya hidup sehat (Departemen Kesehatan RI, 1994). Rumah sakit sebagai mata rantai pelayanan kesehatan mempunyai fungsi utama penyembuhan dan pemulihan (Brotowasisto, 1994) yang bersama-sama dengan puskesmas melalui jalur rujukan diharapkan mampu memberikan pelayanan paripurna bagi masyarakat.

Rumah sakit adalah fasilitas kesehatan yang kompleks, yang menurut Kultzin (Brotowasisto, 1994) adalah fasilitas kesehatan yang padat pakar, padat teknologi, dan padat modal. Pelayanan kuratif spesialis yang diberikan mengharuskan pelayanan rumah sakit menjadi mahal. Menurut Barnum (1990) hampir 40-60% dari anggaran kesehatan

diperuntukkan rumah sakit. Namun walaupun mahal, pelayanan rumah sakit harus ada, karena merupakan salah satu rantai rujukan pelayanan kesehatan.

2.1.1. Manajemen rumah sakit di Indonesia

Problem keuangan di Indonesia menyebabkan kemampuan pemerintah pusat untuk membiayai pembangunan menjadi semakin berkurang (Depkes, 1999). Secara praktis, pemerintah menjadi menjauhi negara kesejahteraan (*welfare state*), dimana negara seharusnya membiayai seluruh pelayanan publiknya dari hasil pajak dan usaha negara. Dalam sub sektor rumah sakit, subsidi pemerintah untuk rumah sakit semakin menurun secara persentase terhadap total biaya rumah sakit (Depkes, 1999; World Bank, 1993). Rumah sakit semakin dilepas kearah sistem pelayanan yang berbasis pada prinsip *private goods*. Keadaan ini sudah merupakan tendensi dipenghujung abad 20 yang terjadi diberbagai negara, termasuk negara-negara yang menganut *welfare state*.

Akibatnya, disamping mengacu kepada pelayanan sosial kemanusiaan, secara faktual pelayanan rumah sakit telah berkembang menjadi suatu industri yang berbasis pada prinsip-prinsip ekonomi. Salah satu ciri menonjol adalah sifat kompetitif yang berbasis pada pengembangan mutu pelayanan rumah sakit. Tanpa basis ini sulit bagi rumah sakit Indonesia untuk bersaing dengan pelayanan luar negeri. Hal tersebut dibuktikan pada globalisasi tahap I dimana banyak pasien yang berobat keluar negeri, sedangkan globalisasi tahap II tercermin pada beroperasinya rumah sakit asing di Indonesia atau penanam modal asing dalam sektor pelayanan kesehatan di Indonesia.

Saat ini pelayanan rumah sakit di Indonesia menghadapi suatu masa yang menjadi tanda tanya, apakah kompetisi global akan membawa pelayanan kesehatan di Indonesia terdesak oleh investasi asing, atau pelayanan kesehatan pemerintah terdesak oleh

pelayanan kesehatan swasta, termasuk pelayanan preventif dan promotif (Mulyadi, 1995). Perubahan lingkungan secara alamiah akan mendorong rumah sakit menjadi organisasi yang berciri multiproduk dan *mixed output* sehingga membutuhkan penanganan dengan konsep manajemen yang tepat. Rumah sakit sebenarnya adalah sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam unit usaha strategis, misalnya instalasi rawat inap, instalasi laboratorium, gawat darurat, gizi, sampai ke pemulasaran jenazah (Trisnantoro, 1999). Dengan demikian rumah sakit secara keseluruhan dapat dianggap sebagai suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai unit bisnis (usaha) strategis.

Secara praktis, lembaga usaha dapat berupa lembaga mencari laba (*for profit*) dan nirlaba (*not for profit*). Dalam hal ini rumah sakit milik pemerintah tentunya tidak akan berkembang menjadi lembaga usaha *for profit*, namun lebih sebagai lembaga usaha *not-for-profit*. Saat ini ada beberapa kemungkinan bentuk usaha rumah sakit yaitu (a) bentuk PNBP; (b) memenuhi UU no.9 tahun 1969 dalam bentuk lembaga usaha Perjan, Perum atau PT (Persero) atau (c) bentuk khusus yang diatur dalam UU atau PP khusus tentang rumah sakit (Trisnantoro, 2001). Adapun sumber biaya rumah sakit milik pemerintah berasal dari : (a) kantong pasien melalui mekanisme langsung atau melalui asuransi kesehatan, (b) subsidi pemerintah dan (c) donatur kemanusiaan.

Dengan kondisi keuangan pemerintah yang tidak begitu kuat, maka peran atau kontribusi masyarakat perlu ditingkatkan. Subsidi dari pemerintah tidak dapat ditingkatkan sesuai dengan kebutuhan rumah sakit. Untuk mengatasi keadaan ini disusun strategi rumah sakit swadana. Dalam memanfaatkan strategi ini, manajemen rumah sakit diberikan kewenangan untuk mengelola pendapatannya, sehingga semua kebutuhan rumah sakit dapat dipenuhi. Mengantisipasi keadaan ini Pemerintah ingin memberikan

bahwa kemampuan pemerintah pusat dalam pembiayaan akan berkurang. Dengan keadaan ini pemerintah berusaha mencari suatu bentuk otonomi, namun menjamin fungsi sosial tetap memungkinkan mendapatkan subsidi dari pemerintah.

Pada saat desentralisasi dengan keadaan keuangan pusat yang semakin sedikit dan metode rumah sakit sebagai unit swadana tidak dapat dilaksanakan lagi, Pemerintah membuat strategi untuk menjadikan rumah sakit milik Depkes sebagai Perusahaan Jawatan (Perjan). Hal tersebut dilakukan untuk menghindari rumah sakit berbentuk Instansi Pengguna PNBPN. Perjan adalah BUMN sebagaimana diatur dalam UU no.9 tahun 1969, dimana seluruh modalnya dimiliki oleh pemerintah dan merupakan kekayaan negara yang tidak dipisahkan serta tidak terbagi atas saham-saham. Usul penetapan rumah sakit sebagai Perjan diajukan oleh Menteri Keuangan berdasarkan usulan Menteri Kesehatan, dan setelah mendengar pertimbangan Menteri yang berkaitan dengan Pemanfaatan Aparatur Negara. Dalam pemanfaatan kekayaan negara oleh rumah sakit, harus bertanggungjawab kepada Menteri Keuangan, sedangkan dalam penyelenggaraan rumah sakit harus bertanggungjawab pada Menkes (Dirjen Yanmed, 1999). Sebagai Perusahaan Jawatan, rumah sakit akan didorong untuk meningkatkan kemandiriannya, untuk mendapatkan penghasilan, untuk menjalankan semua fungsinya secara konsekuen. Walaupun rumah sakit Perjan adalah suatu perusahaan, namun misinya tetap memberikan pelayanan kepada masyarakat tanpa pandang bulu, fungsi sosial harus dijalankan.

2.1.2. Klasifikasi rumah sakit umum

Pada sub bab ini dikemukakan sekilas tentang klasifikasi rumah sakit umum di Indonesia, meliputi klasifikasi rumah sakit umum milik pemerintah dan rumah sakit

umum milik swasta, yang diatur berdasarkan peraturan dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan tahun 1988 No. 159/Menkes/Kes/II/ 1988

Bab II pasal 3 (Adikoesoemo, 1994) dinyatakan :

- a. Rumah sakit dapat dimiliki dan diselenggarakan oleh pemerintah atau swasta
- b. Rumah sakit pemerintah dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - (1) Departemen Kesehatan
 - (2) Pemerintah Daerah
 - (3) ABRI
 - (4) Badan Usaha Milik Negara (BUMN)
- c. Rumah sakit swasta dimiliki dan diselenggarakan oleh :
 - (1) Yayasan
 - (2) Badan Hukum lain yang bersifat sosial

Pada saat ini Indonesia mempunyai 1.111 rumah sakit dari berbagai jenis dan kepemilikan dengan 123.598 tempat tidur. Rumah sakit harus mampu memberikan pelayanan yang efisien, bermutu dan merata. Jumlah RS tampak pada tabel 2.1.

Tabel 2.1. JUMLAH RS DAN TEMPAT TIDUR DI INDONESIA TAHUN 1999

Pemilik RS	RS Umum		RS Jiwa dan RS Khusus	
	Juml. RS	Juml. TT	Juml. RS	Juml. TT
Depkes Pusat	14	9.194	45	9.320
Propinsi	40	12.109	22	2.183
Kabupaten/ Kota	285	29.536	8	273
Militer/ POLRI	110	10.748	1	35
BUMN	68	6.888	-	-
Swasta	370	37.308	148	6.004
Total	887	105.783	224	17.815

Sumber : Ditjen Pelayanan Medik Dep.Kes. RI tahun 2000

2.1.2.1. Rumah sakit umum milik pemerintah

Dalam kaitannya dengan pengorganisasian rumah sakit umum milik pemerintah, maka untuk rumah sakit vertikal (milik Departemen Kesehatan) ditentukan oleh Pusat melalui SK Menkes No. 983/Menkes/SK/XI/1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, dan untuk Rumah Sakit Umum Daerah dengan Permendagri No.22 tahun 1993 tentang susunan dan Tatalaksana RS Daerah.

Selama ini pemerintah telah menunjukkan perhatian yang sangat besar terhadap masalah kesehatan. Hal ini tampak antara lain dalam bentuk pembangunan rumah sakit di berbagai daerah, dari ibukota propinsi, di tingkat kabupaten maupun kota, sedangkan untuk tingkat kecamatan dan kelurahan didirikan Puskesmas. Selain pemerintah, pihak swasta ikut berpartisipasi dalam memajukan kesehatan masyarakat dengan banyak rumah sakit swasta yang didirikan dan dikelola oleh yayasan swasta.

Pada dekade terakhir ini, hakekat rumah sakit mulai bergeser dari suatu institusi pelayanan sosial semata menjadi suatu industri jasa. Hal ini disebabkan oleh beberapa hal, misalnya perkembangan ilmu dan teknologi medis, dan transformasi masyarakat pengguna jasa kesehatan dengan tuntutan dan harapan yang makin meningkat akan mutu pelayanan, yang kesemuanya ini memerlukan biaya yang perlu dipertimbangkan. Kesenjangan antara kebutuhan kesehatan dan sumberdaya pendukungnya mendorong pemerintah untuk melakukan deregulasi dan swastanisasi dalam sektor kesehatan. Untuk itu pemerintah memberikan kemudahan kepada pihak swasta untuk membangun rumah sakit. Hal tersebut sesuai dengan misi pemerintah di mana program kesehatan rumah sakit bertujuan untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pengelolaan organisasi

rumah sakit, serta memantapkan sistem rujukan antara puskesmas dengan rumah sakit kabupaten, rumah sakit provinsi dan rumah sakit di tingkat pusat (Brotowasisto, 1994).

Dalam rangka menjamin keberhasilan peningkatan mutu dan jangkauan pelayanan rumah sakit, seiring dengan tuntutan kebutuhan masyarakat, rumah sakit dikelola secara berdaya guna dan berhasil guna. Rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan serta melaksanakan upaya rujukan (Departemen Kesehatan RI, 1992).

Berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan No. 983/Menkes/SK/XI/ 1992 tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit Umum, dijelaskan mengenai ketentuan umum, misi, kedudukan, tugas, fungsi dan klasifikasi rumah sakit, susunan organisasi dan tata kerja rumah sakit. Surat keputusan ini mendefinisikan rumah sakit sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat jasa, spesialisik dan subspecialistik. Selanjutnya dinyatakan tentang klasifikasi rumah sakit, yaitu pengelompokan rumah sakit umum berdasarkan perbedaan tingkatan menurut kemampuan pelayanan kesehatan yang disediakan.

Rumah sakit umum pemerintah pusat dan daerah diklasifikasi menjadi rumah sakit umum kelas A, B, C, dan D berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan (yang secara rinci dijelaskan dalam Surat keputusan tersebut). Definisi untuk setiap kelas rumah sakit umum dijelaskan sebagai berikut :

1. Rumah sakit umum kelas A adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik luas (yaitu pelayanan spesialisik dasar ditambah dengan pelayanan spesialisik THT, mata, syaraf,

jiwa, kulit dan kelamin, jantung, paru, radiologi, anestesi, rehabilitasi medis, patologi klinik, patologi anatomi, dan pelayanan spesialisik lain sesuai dengan kebutuhan), dan subspecialistik luas (pelayanan subspecialistik untuk setiap spesialisasi yang ada). Rumah sakit umum kelas A di Indonesia semua menjadi rumah sakit pendidikan.

2. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan subspecialistik terbatas. Rumah sakit umum kelas B dibedakan dalam dua jenis rumah sakit umum pendidikan dan rumah sakit umum non pendidikan.
3. Rumah sakit umum kelas C adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar, yaitu pelayanan medis spesialisik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
4. Rumah sakit umum kelas D adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Rumah sakit umum kelas A dan kelas B (pendidikan) merupakan rumah sakit pendidikan, yang dipergunakan sebagai tempat pendidikan tenaga medis Fakultas Kedokteran.

2.1.2.2. Rumah Sakit Umum milik Swasta

Klasifikasi rumah sakit umum milik swasta yang diatur oleh Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 806/Menkes/SK/XII/1987 dengan petunjuk pelaksanaan yang diatur oleh Keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik No. 0072/Yanmed/ RSKS/SK/1988,

mengelompokkan rumah sakit umum yang diselenggarakan oleh pihak swasta berdasarkan perbedaan bertingkat dan kemampuan pelayanannya. Klasifikasi rumah sakit umum swasta ditetapkan dengan pembagian kelas :

1. Rumah sakit umum swasta pratama, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum
2. Rumah sakit umum swasta madya, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan spesialisik dalam empat cabang, yaitu pelayanan medis spesialisik penyakit dalam, kebidanan dan penyakit kandungan, bedah dan kesehatan anak.
3. Rumah sakit umum swasta utama, yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan subspecialistik.

Penetapan kelas rumah sakit umum swasta dilakukan melalui penilaian oleh tim penilai yang dibentuk oleh Departemen Kesehatan RI. Proses penetapan peningkatan kelas akan diberikan sesuai dengan kemajuan dan perkembangan rumah sakit. Untuk itu dilakukan pemantauan secara terus menerus perkembangan penyelenggaraan rumah sakit melalui laporan yang disampaikan oleh setiap rumah sakit secara berkala menurut peraturan yang berlaku (Ditjen Yan Medik, 1988).

Sumberdaya yang ada pada rumah sakit diatur oleh Surat Keputusan Menteri Kesehatan tahun 1992 (SK No. 983/Menkes/SK/XI/1992) terdiri dari instalasi, komite medis, staf medis fungsional, dan tenaga non medis, dewan penyantun dan satuan pengawas intern. Instalasi merupakan fasilitas penyelenggaraan pelayanan medis, pelayanan penunjang medis, kegiatan penelitian, pengembangan, pendidikan, pelatihan dan pemeliharaan sarana rumah sakit. Jenis instalasi disesuaikan dengan kelas dan

kemampuan rumah sakit serta kebutuhan masyarakat. Komite medis merupakan kelompok tenaga medis yang anggotanya dipilih dari anggota staf medis fungsional. Staf medis fungsional adalah kelompok dokter yang bekerja di instalasi dengan jabatan fungsional. Tugasnya melaksanakan diagnosis, pengobatan, pencegahan akibat penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan, penyuluhan kesehatan, pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan. Paramedis fungsional adalah paramedis perawatan dan non perawatan yang bertugas pada instalasi dengan jabatan fungsional. Tenaga non medis adalah tenaga yang bertugas di bidang pelayanan khusus dan tidak berkaitan langsung dengan pelayanan terhadap pasien. Dewan penyantun adalah kelompok pengaruh dan penasehat yang keanggotaannya terdiri dari unsur pemilik rumah sakit, unsur pemerintah dan tokoh masyarakat. Satuan pengawas intern adalah kelompok fungsional yang bertugas melaksanakan pengawasan terhadap pengelolaan sumberdaya rumah sakit.

Di rumah sakit terdapat bermacam-macam panitia atau kelompok dimaksudkan untuk dapat mengakomodasikan kegiatan dan program yang harus dijalankan rumah sakit, tetapi tidak bisa dilaksanakan oleh struktur yang ada. Berbagai panitia tersebut sangat penting, dan justru merupakan jantung dan kualitas pelayanan yang perlu dikembangkan, dalam rangka mewujudkan pelayanan prima yang dapat diterima oleh pelanggan rumah sakit

2.1.3. Perkembangan rumah sakit di Indonesia

Indikator yang digunakan untuk menilai perkembangan sarana rumah sakit antara lain dengan melihat perkembangan fasilitas perawatan yang diukur dengan jumlah rumah

sakit dan tempat tidurnya. Data sarana rumah sakit dan tempat tidur tahun 1990-1999 menurut kepemilikan secara nasional disajikan pada tabel 2.2 dan tabel 2.3.

Dari tabel 2.2 dan 2.3 tersebut terlihat bahwa secara nasional pertumbuhan rumah sakit di Indonesia sebesar 1,53% yang diimbangi oleh pertumbuhan tempat tidur sebesar 1,44%. Pertumbuhan rumah sakit tertinggi ada pada milik swasta yakni sebesar 4,42% dengan pertumbuhan tempat tidur sebesar 1,44%, sedangkan pertumbuhan rumah sakit pemerintah menurun sebesar 0,12% tetapi jumlah tempat tidurnya naik sebesar 0,73%. Pertumbuhan rumah sakit milik Depkes hanya meningkat sebesar 0,10% dalam kurun waktu 10 tahun. Rumah sakit milik propinsi dan Departemen lain mengalami penurunan sebesar 1,86% dan 2,01%. Demikian pula untuk tempat tidur, rumah sakit milik propinsi turun sebesar 0,54% per tahun sedangkan milik Departemen lain turun 1,51%.

Tabel 2.2. JUMLAH RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999

No	PENGELOLA	TAHUN										Pertumbuhan (%)
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	14	15	16	16	15	15	15	15	15	14	0,10
2	Pem. Propinsi	48	48	48	41	41	42	42	42	43	40	-1,86
3	Pem. Kota	21	22	22	23	23	24	24	25	25	27	2,86
4	Pem. Kabupaten	248	247	249	257	257	257	259	260	262	258	0,45
	Depkes + Pemda	331	332	335	337	336	338	340	342	345	339	0,27
5	TNI + Polri	110	110	109	110	110	110	111	111	112	110	0,01
6	Departemen lain	82	82	84	84	78	73	72	69	68	68	-2,01
	Pemerintah	523	524	528	531	524	521	523	522	525	517	-0,12
7	Swasta	251	272	282	299	311	329	335	351	363	370	4,42
	Total	774	796	810	810	830	850	858	873	888	887	1,53

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

Tabel 2.3. JUMLAH TEMPAT TIDUR RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999

No	PENGELOLA	TAHUN										Pertumbuhan (%)
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kes	8547	8636	9089	9296	9081	9023	9089	9610	9471	9194	0,86
2	Propinsi	12786	12723	12559	11365	11799	11901	12032	11936	11914	12109	-0,54
3	Kota	3140	3171	3179	3228	3228	3224	3229	3277	3314	3443	1,03
4	Kabupaten	22524	22652	22787	24100	24705	24944	25272	25611	26057	26093	1,66
	Depkes + Pemda	46997	47182	47614	47989	48813	49902	49622	50434	50756	50839	0,88
5	TNI+ Polri	11341	11356	11190	11125	10822	10752	10836	10874	10938	10748	-0,58
6	Dep. Lain	7921	7841	7851	7851	7273	7246	7281	6881	7045	6888	-1,51
	Pemerintah	66259	66379	66655	66655	66908	67090	67739	68189	68739	68475	0,73
7	Swasta	26747	28283	29370	29370	32044	33298	34303	35697	36535	37308	3,77
	Total	93006	94662	96025	96025	98952	100388	102042	103886	105274	105783	1,44

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

2.1.4. Kinerja rumah sakit umum milik pemerintah

2.1.4.1. Indikator kinerja

Dalam buku *'Essential of Management'* (Massie, 1985) terdapat tiga ciri khas rumah sakit yang membedakan kinerja rumah sakit dengan industri jasa lainnya, yaitu :

Ciri pertama adalah bahwa bahan baku dari industri jasa rumah sakit adalah manusia, dimana tujuan utama industri rumah sakit adalah melayani kebutuhan manusia dengan proses dan biaya seefisien mungkin dan bukan semata-mata menghasilkan produk, sehingga unsur manusia menjadi perhatian yang paling penting.

Ciri kedua adalah bahwa dalam industri rumah sakit yang disebut sebagai pelanggan (*customer*) tidak selalu mereka yang menerima pelayanan. Pasien yang diobati di rumah sakit, kadang bukan mereka yang menentukan dimana dia harus dirawat inap, tetapi akan ditentukan oleh perusahaannya jika biaya ditanggung oleh perusahaan, atau oleh dokter yang merawatnya. Sehingga target pemasarannya bisa pasien, bisa dokter yang praktek, bisa tempat kerja atau bisa juga pihak asuransi.

Ciri ketiga adalah bahwa didalam industri rumah sakit proporsi tenaga profesional (dokter, ahli gizi, fisioterapis, farmasi dsb) lebih besar dibandingkan dengan pekerja biasa. Hal tersebut berbeda dengan industri biasa dimana tenaga profesional lebih sedikit dibandingkan dengan pekerja biasa.

Menurut Donabedian (1980) rumah sakit mempunyai tiga *stakeholder* yang harus diperhatikan yaitu karyawan, pemilik dan tentunya pasien sebagai konsumen. Setiap *stakeholder* ini mengharapkan adanya pertanggungjawaban dari pengelola atau pelaksana administrasi. Pertanggungjawaban ini akan merupakan nilai bagi stakeholder terutama dalam kepercayaan (*trust*) yang diberikan kepadanya. Pertanggungjawaban ini akan

menggambarkan kredibilitas pengelola terhadap *stakeholder*. Bila salah satu dari *stakeholder* tidak setuju atau merasakan dirugikan oleh pengelola rumah sakit maka proses organisasi akan terhambat, sehingga pelayanan rumah sakit tidak dapat diberikan dengan baik.

Setiap *stakeholder* akan mempunyai akuntabilitas yang berbeda. Untuk pemilik yang diutamakan ialah bagaimana perputaran modal dan kinerja rumah sakit, sedangkan untuk masyarakat lebih diutamakan akuntabilitas dari pelayanan. Penilaian kinerja adalah suatu metode dari manajer untuk mengontrol apa saja yang dikerjakan organisasi, dan merupakan cara untuk membandingkan hasil terhadap sesuatu yang telah direncanakan. Lebih jauh dari itu, merupakan cara manajer baik secara formal maupun nonformal, untuk mengarahkan para pekerja profesional dalam organisasi.

Dimensi kualitas dapat menjadi strategi kompetitif bagi penyaji pelayanan kesehatan. Perhatian yang banyak diberikan pada decade terakhir ini adalah makin terkenalnya hal-hal yang berkaitan dengan kualitas. Pentingnya kualitas dalam pelayanan kesehatan telah banyak ditegaskan dan dianalisis, tetapi masih kurangnya bukti empirik yang didasarkan pada hasil, mengakibatkan keraguan terhadap implikasi kinerja sebagai suatu orientasi kualitas.

Sampai saat ini Depkes menggunakan indikator pemanfaatan rawat inap rumah sakit adalah angka penggunaan tempat tidur (*Bed Occupancy Rate* atau BOR), rata-rata lama perawatan (*Length Of Stay* atau LOS), berapa kali penggunaan tempat tidur per tahun (*Bed Turn Over* atau BTO), interval waktu penggunaan tempat tidur (*Turn Over Interval* atau TOI). Sedangkan indikator yang dipakai sebagai ukuran cakupan dan mutu pelayanan dilihat dari kunjungan baru rawat jalan per 100.000 penduduk, dan tingkat

kematian neto atau *Net Death Rate* atau NDR (DepKes, 2000). Indikator kinerja rumah sakit umum milik Depkes dan Pemda di Indonesia terlihat pada tabel 2.4.

Tabel 2.4. INDIKATOR KEGIATAN PELAYANAN PADA RSU DEPKES & PEMDA DI 10 PROPINSI TAHUN 1999

Provinsi	BOR (%)	LOS (hari)	BTO (kali)	TOI (hari)	NDR (permil)	Kunj. Baru per 100.000 pddk
Sumut	42,9	5	30	7	27	21.515
Sumbar	59,0	6	35	4	30	12.854
Sumsel	49,2	5	37	5	22	9.943
DKI Jakarta	58,4	5	38	4	29	38.394
Jabar	61,5	4	55	3	21	8.181
Jateng	59,0	5	54	3	21	7.863
DIY	62,7	5	42	3	25	22.150
Bali	58,8	4	48	3	23	19.650
Sulut	60,3	5	38	4	15	11.380
Sulsel	53,2	5	35	5	18	14.018
Indonesia	55,2	5	43	4	23	11.843

Keterangan : BOR = tingkat penggunaan tempat tidur
 LOS = lama hari dirawat
 BTO = frekuensi penggunaan tempat tidur per tahun
 TOI = interval waktu penggunaan tempat tidur
 NDR = tingkat kematian neto

Sumber : Ditjen Pelayanan Medik DepKes, tahun 2000

Penilaian utilisasi atau pemanfaatan rumah sakit dan mutu pelayanan yang digunakan oleh rumah sakit pemerintah relatif sama dengan yang digunakan oleh rumah sakit swasta, karena indikator tersebut digunakan oleh rumah sakit swasta untuk menentukan apakah rumah sakit swasta termasuk tingkat utama, madya dan pratama. Ukuran-ukuran kualitas tersebut jika diperhatikan merupakan indikator proses internal, yaitu penggunaan sumberdaya internalnya (Departemen Kesehatan RI, 2000). Tidak ada data yang disampaikan dalam Profil Kesehatan Indonesia yang menyatakan bahwa pihak rumah sakit melakukan evaluasi kualitas dari sudut eksternalnya.

Sejauh ini, rumah sakit belum mempunyai indikator kinerja yang digunakan untuk mengukur keluarannya secara utuh. Beberapa indikator yang umum seperti BOR, LOS, BTO, TOI dan ukuran lainnya hanya menunjukkan kinerja pelayanan di rumah sakit. Indikator tersebut tidak menunjukkan kinerja dari keuangan, pelayanan kepada masyarakat, pendidikan maupun penelitian, padahal keluaran rumah sakit merupakan *mixed product*. Hal tersebut sesuai dengan fungsi rumah sakit yaitu pelayanan kesehatan, pendidikan dan penelitian.

Dengan surat keputusan Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan nomor HK.00.06.1.3.4494 tanggal 20 September 2001 telah diberlakukan pedoman penyusunan Rencana Kerja dan Anggaran Perusahaan (RKAP) Rumah Sakit Perjan di mana pada bab III terdapat keharusan untuk menilai kinerja perusahaan tahun berjalan yang meliputi kinerja keuangan, kinerja operasional dan kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat (Ditjen Pelayanan Medik, 2001)

2.1.4.2. Perkembangan kinerja rumah sakit

Perkembangan kinerja rumah sakit dapat dilihat dari berbagai indikator utilisasi rumah sakit yang meliputi *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Length of Stay* (LOS), *Bed Turn Over* (BTO), dan *Turn Over Interval* (TOI) dan mutu pelayanan rumah sakit yang meliputi angka kematian neto (NDR) dan angka kematian umum (GDR).

a. Rata-rata pemakaian tempat tidur (*Bed Occupancy Rate* = BOR)

BOR yang diukur dalam persen, diperoleh dari hasil bagi antara jumlah hari perawatan setahun dengan hari perawatan maksimal yang diperoleh dengan mengalikan jumlah tempat tidur dengan jumlah hari dalam 1 tahun (365 hari). Angka ini menunjukkan sampai berapa jauh penggunaan tempat tidur yang tersedia di rumah sakit

dalam jangka waktu tertentu. Pemanfaatan tempat tidur dianggap baik bila BOR mencapai angka 75% - 85%. Perkembangan BOR rumah sakit di Indonesia terlihat pada tabel 2.5.

Pada tabel tersebut terlihat bahwa selama 10 tahun BOR RSU di Indonesia berkisar antara 53,4% - 58,1%, dengan rata-rata 61,6% untuk RSUP, 60,0% untuk RSUD Provinsi, 53,0% untuk RSUD Kabupaten/Kota, 43,4% untuk RSU TNI/POLRI, 49,7% adalah RS Dep. Lain/ BUMN sedangkan swasta BOR rata-rata sebesar 54,9% dan secara keseluruhan sebesar 56,0%.

b. Rata-rata lama perawatan (*Length of Stay* - LOS)

LOS diukur dalam hari, merupakan angka yang menunjukkan jumlah rata-rata waktu seorang penderita di rawat di rumah sakit, yang dihitung secara keseluruhan baik untuk penderita rawat inap jangka lama maupun jangka pendek. LOS ini digunakan untuk melihat mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. LOS dihitung dari hasil bagi antara jumlah hari perawatan dengan jumlah pasien keluar hidup atau mati. Perkembangan LOS di RSU di Indonesia selama 10 tahun terlihat pada tabel 2.6.

Pada tabel tersebut terlihat bahwa rata-rata lama perawatan rumah sakit adalah 5-6 hari dan rata-rata LOS RSU secara nasional sebesar 5,3 hari. Rata-rata lama perawatan untuk RSUP milik Depkes sebesar 7,6 hari, RSUD Provinsi sebesar 5,9 hari, RSUD Kabupaten/Kota sebesar 4,4 hari, RSUD TNI/POLRI sebesar 5,9 hari, untuk Departemen lain/BUMN yakni sebesar 5,7 hari, dan untuk swasta LOS rata-rata sebesar 5,3 hari.

c. Jumlah penderita keluar hidup atau mati (*Bed Turn Over* - BTO)

BTO diukur dalam kali, adalah banyaknya penderita yang menggunakan satu tempat tidur dalam satu periode waktu tertentu, atau berapa kali satu tempat tidur

digunakan penderita dalam satu periode waktu tertentu. BTO merupakan hasil bagi antara jumlah penderita keluar hidup atau mati dengan jumlah tempat tidur. Untuk rumah sakit pemerintah diharapkan BTO berkisar antara 40 - 50 kali. Perkembangan BTO di RSUD di Indonesia selama 10 tahun terlihat pada tabel 2.7.

Pada tabel tersebut tampak bahwa BTO RSUD di Indonesia rata-rata sebesar 38,6 kali dengan perincian BTO RSUD dalam studi ini sebesar 27,9 kali, BTO RSUD Provinsi sebesar 36,0 kali, RSUD Kabupaten/Kota sebesar 43,7 kali, RSUD TNI/POLRI sebesar 25,9 kali, RSUD Departemen lain sebesar 28,7, dan BTO RSUD swasta sebesar 38,6 kali, selanjutnya BTO Indonesia sebesar juga 38,6%.

d. Selang pemakaian tempat tidur (*Turn Over Interval* = TOI)

TOI diukur dalam hari, adalah interval waktu yang menunjukkan efisiensi dari jadwal penggunaan tempat tidur khususnya bagi penderita bukan gawat darurat. TOI ini dihitung dari hasil pembagian antara hari perawatan maksimal yang telah dikurangi jumlah hari rawat dibagi dengan jumlah penderita keluar hidup atau mati. Untuk rumah sakit pemerintah TOI diharapkan berkisar antara 1-3 hari. Perkembangan TOI selama 10 tahun terlihat pada tabel 2.8

Pada tabel tersebut tampak bahwa TOI Indonesia adalah 4-5 hari dengan rata-rata sebesar 4,1 hari. Rata-rata TOI RSUD sebesar 5,1 hari, TOI RSUD milik Provinsi sebesar 3,9 hari kali, RSUD milik Kabupaten/Kota sebesar 3,8 hari, RSUD milik TNI/POLRI mempunyai SHU sebesar 8,4 hari, TOI RSUD Departemen lain sebesar 6,6 hari dan TOI RSUD Swasta sebesar 4,5 hari.

e. Angka Kematian Neto (*Net Death Rate* = NDR)

NDR merupakan angka kematian 48 jam pasien rawat inap per 1000 pasien keluar (hidup dan mati) yang merupakan penilaian mutu pelayanan rumah sakit, diharapkan kurang dari 25 per 1000 penderita keluar. Angka NDR yang masih dapat ditolerir sebesar 25 per 1000 pasien keluar (Depkes, 1996: 109). NDR di Indonesia selama 10 tahun terlihat pada tabel 2.9

Dari tahun 1990 - 1999 kecenderungan angka kematian neto meningkat sebesar 0,18% di mana rata-rata NDR RSUP sebesar 33,7 per 1000 pasien keluar (hidup/mati) NDR RSUD Provinsi sebesar 25,7, RSUD Kabupaten/Kota sebesar 17,4, RSU milik TNI/POLRI sebesar 14,1, RSU milik Departemen lain/ BUMN sebesar 11,9 dan swasta sebesar 17,2 per 1000 pasien keluar RS. Secara nasional NDR rata-rata sebesar 21,4 per 1000 pasien keluar (hidup/mati).

f. Angka Kematian Umum (*Gross Death Rate* = GDR)

GDR adalah angka kematian total pasien rawat inap yang keluar rumah sakit per 1000 penderita keluar hidup atau mati, dengan batas tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. Seperti halnya NDR, indikator ini memberikan penilaian mutu layanan rumah sakit secara umum, meskipun GDR sangat dipengaruhi oleh angka kematian kurang atau sama dengan 48 jam, yang pada umumnya adalah kasus-kasus gawat darurat. Gambaran dan kecenderungan GDR di Indonesia selama 10 tahun terlihat pada tabel 2.10.

Dari tahun 1990-1999 kecenderungan angka kematian umum menurun sebesar 0,22% dengan GDR yang berkisar antara 41-43 per 1000 pasien keluar hidup atau mati GDR dari RSUP berkisar 58,8 per 1000 pasien keluar hidup atau mati, GDR RSUD Provinsi sebesar 51,4, RSUD Kabupaten/Kodya sebesar 44,2, RSU TNI/POLRI sebesar

24,4, sedangkan GDR RSUD milik Departemen lain/ BUMN sebesar 22,5 per 1000 pasien keluar hidup/mati. GDR untuk RSUD swasta sebesar 33,8% sedangkan secara nasional nasi gorengnya 42,0 per 1000 pasien keluar hidup/mati.

Tabel mengenai rata-rata pemakaian tempat tidur (BOR), rata-rata lama perawatan (LOS), jumlah penderita dirawat yang keluar hidup atau mati (BTO), selang pemakaian tempat tidur (TOI), tingkat kematian neto (NNR) dan tingkat kematian kasar (GDR) tahun 1990 s/d tahun 1999 nampak pada tabel 2.5 s/d tabel 2.10 di bawah ini.



TABEL 2.5. RATA-RATA PEMAKAIAN TEMPAT TIDUR (*BED OCCUPANCY RATE* = BOR) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999 (DALAM PERSEN)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	65,8	60,8	59,2	61,1	61,2	62,6	63,3	60,4	59,7	61,9	61,6
2	Pem. Propinsi	61,5	62,2	60,7	60,6	60,6	59,4	58,5	63,0	58,6	54,8	60,0
3	Pem. Kab/Kota	53,0	53,2	52,7	52,1	52,1	52,9	54,1	55,3	51,7	53,4	53,0
4	TNI + Polri	42,1	39,8	39,6	41,4	41,4	41,6	45,1	46,6	49,6	46,6	43,4
5	Dep. Lain/ BUMN	47,7	50,0	49,0	48,4	48,4	48,3	49,6	50,7	52,1	52,7	49,7
6	Swasta	55,4	55,8	54,0	54,9	54,9	57,4	56,8	55,3	53,0	51,5	54,9
	Indonesia	57,6	57,0	56,0	55,8	53,4	55,2	56,8	58,1	54,8	55,2	56,0

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

57

TABEL 2.6. RATA-RATA LAMA PERAWATAN (*LENGTH OF STAY* = LOS) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999 (DALAM HARI)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7,6
2	Pem. Propinsi	7	6	6	6	6	6	6	6	5	5	5,9
3	Pem. Kab/Kota	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4,4
4	TNI + Polri	7	7	6	6	6	6	6	5	5	5	5,9
5	Dep. Lain/ BUMN	6	6	6	6	6	6	5	6	5	5	5,7
6	Swasta	6	6	5	5	5	5	5	5	5	5	5,2
	Indonesia	6	6	5	6	5	5	5	5	5	5	5,3

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

57

TABEL 2.7. JUMLAH PENDERITA DIRAWAT KELUAR HIDUP/MATI PER TEMPAT TIDUR (*BED TURN OVER* = BTO) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999 (DALAM KALI)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	27	27	26	27	26	28	29	28	31	30	27,9
2	Pem. Propinsi	34	34	34	33	35	36	36	40	40	38	36,0
3	Pem. Kab/Kota	40	40	41	41	42	44	46	47	47	49	43,7
4	TNI + Polri	21	21	22	25	24	25	26	29	35	31	25,9
5	Dep.Lain/ BUMN	25	26	24	25	27	29	30	31	36	34	28,7
6	Swasta	34	36	36	36	37	40	41	42	42	42	38,6
	Indonesia	36	36	36	36	35	39	40	42	43	43	38,6

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

88

TABEL 2.8 SELANG PEMAKAIAN TEMPAT TIDUR (*TURN OVER INTERVAL* = TOI) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA TAHUN 1990 s/d 1999 (DALAM HARI)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	5	5	6	5	5	5	5	5	5	5	5,1
2	Pem. Propinsi	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3,9
3	Pem. Kab/Kota	4	4	4	4	4	4	4	3	4	3	3,8
4	TNI + Polri	10	11	10	10	9	8	8	7	5	6	8,4
5	Dep.Lain/ BUMN	8	7	8	8	7	6	6	6	5	5	6,6
6	Swasta	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4,5
	Indonesia	4	4	4	4	5	4	4	4	4	4	4,1

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

58

TABEL 2.9. TINGKAT KEMATIAN NETO (*NET DEATH RATE* = NDR) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA
TAHUN 1990 s/d 1999 (PER 1000 PASIEN KELUAR HIDUP/MATI)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	40	35	34	33	32	33	31	32	32	35	33,7
2	Pem. Propinsi	26	26	25	25	26	26	26	25	25	27	25,7
3	Pem. Kab/Kota	18	17	17	17	17	17	17	18	17	19	17,4
4	TNI + Polri	15	15	15	14	14	14	14	14	12	16	14,1
5	Dep.Lain/ BUMN	12	13	11	12	11	13	11	13	11	12	11,9
6	Swasta	18	18	17	18	18	18	17	16	16	16	17,2
	Indonesia	23	22	22	21	19	21	21	21	21	23	21,4

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

59

TABEL 2.10. TINGKAT KEMATIAN BRUTO (*GROSS DEATH RATE* = GDR) RSU MENURUT KEPEMILIKAN DI INDONESIA
TAHUN 1990 s/d 1999 (PER 1000 PASIEN KELUAR HIDUP/MATI)

No	PENGELOLA	TAHUN										Rata-rata
		1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	
1	Dep. Kesehatan	63	60	58	59	60	58	59	56	56	59	58,8
2	Pem. Propinsi	52	52	50	53	52	50	50	50	51	54	51,4
3	Pem. Kab/Kota	44	44	44	44	43	44	43	44	45	47	44,2
4	TNI + Polri	24	24	25	24	25	24	24	25	21	28	24,4
5	Dep.Lain/ BUMN	23	23	19	22	21	24	22	24	22	25	22,5
6	Swasta	34	34	33	34	34	34	35	33	34	33	33,8
	Indonesia	43	42	41	43	42	42	43	41	41	42	42,0

Sumber : Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan RI Jakarta

59

2.2. Landasan Teori

Suatu organisasi berdiri karena mempunyai visi, misi, dan tujuan tertentu. Visi adalah suatu tujuan dan arah jangka panjang suatu bisnis yang dinyatakan dalam ungkapan yang sangat umum sehingga tidak mudah berubah dengan berkembangnya waktu. Menurut Higgins dan Vincze (1993), *“ a vision is a form on nonspecific guidance normally provided to organization by its CEO”*

Visi diperlukan untuk memberikan arah yang jelas yang akan dituju oleh organisasi di masa depan. Visi organisasi memberikan gambaran kondisi yang akan dicapai oleh organisasi di masa depan melalui misi yang telah dipilih. Tanpa arah umum yang akan dituju di masa depan, misi organisasi yang telah ditetapkan tidak akan membawa organisasi kearah manapun (Mulyadi, 1999).

Batas antara visi dan misi kadang-kadang tidak tegas. Misi dapat dipandang sebagai mata rantai antara pelaksanaan beberapa fungsi sosial dan tujuan yang lebih khas dari organisasi tersebut. Misi dapat digunakan sebagai legitimasi keberadaan perusahaan. Jauch dan Glueck (1999) memberikan definisi misi sebagai *“alasan pokok atau dasar tentang keberadaan (eksistensi) organisasi dan membantu legitimasi fungsi-fungsinya di masyarakat”*. Berdasarkan misi yang diemban, maka organisasi perlu menentukan tujuan yang merupakan suatu hasil akhir yang ingin dicapai melalui dukungan usaha dari seluruh elemen organisasi.

Tujuan perusahaan tidak dapat dipisahkan dari strategi manajemen. Manajemen strategi adalah alat untuk mencapai tujuan itu sendiri. Walker, et al. (1992) menyatakan tentang definisi strategi sebagai *“a strategy is a foundation pattern of present and*

planned objectives, resources, deployments, and interactions of an organization with markets, competitors, and other environmental factors”.

Penelitian ini dilakukan untuk menguji hubungan antara kualitas pelayanan sebagai bagian dari strategi unit bisnis (Craig, 1998) dan kinerja rumah sakit. Dari hubungan konstruk-konstruk yang ada, maka pengukuran kinerja didasarkan pada konsep *balanced scorecard*. Alasannya adalah bahwa pendekatan ini merupakan pendekatan terbaru yang menilai kinerja perusahaan bukan hanya dari satu aspek saja yaitu aspek finansial, tetapi juga melihat dari aspek-aspek non finansialnya. Konsep lain yang dipakai adalah konsep hubungan yang panjang dengan pelanggan melalui “*service profit chain*” (Hesket, et al., 1999).

Seperti pada *customer perspective* dalam pendekatan *balanced scorecard*, retensi pelanggan dan akuisisi pelanggan terangkum dalam utilisasi rumah sakit. Utilisasi rumah sakit juga dipengaruhi oleh pangsa pasarnya. Pengukuran pangsa pasar dilakukan dengan pendekatan “*Herfindahl Index*” yaitu perbandingan antara besarnya pasar aktual dari perusahaan dibandingkan dengan total pasar pada suatu wilayah tertentu (*county*).

Retensi pelanggan dan akuisisi pelanggan merupakan suatu bentuk perilaku pelanggan pasca pembelian produk atau jasa yang diakibatkan oleh pelanggan yang puas. Pada saat ini, hubungan jangka panjang seperti itu menjadi sangat penting di masa yang kompetitif khususnya dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi disatu sisi dan kepuasan pelanggan di sisi lainnya. Hal tersebut akan tercipta bila jasa yang disajikan adalah jasa yang unggul (*service excellence*).

Pada aliran lainnya, kualitas pelayanan juga akan berpengaruh terhadap efisiensi pengelolaan rumah sakit dan proses layanan internalnya. Efisiensi pengelolaan dan proses

layanan internal merupakan perspektif proses internal bisnis pada *balanced scorecard*. Kinerja keuangan yang merupakan dampak finansial dari proses yang sangat panjang tersebut akan diukur dengan menggunakan analisis ratio keuangan. Analisis ratio yang digunakan untuk kinerja keuangan rumah sakit adalah ratio likuiditas, aktivitas, leverage dan ratio profitabilitas (Cleverley, 1992). Kinerja keuangan itulah sebagai perspektif keuangan pada pendekatan *balanced scorecard*.

Kualitas pelayanan yang merupakan konstruk utama dalam penelitian ini tidak dapat terwujud dengan sendirinya tetapi melalui proses pengembangan karyawan dan mempunyai komitmen yang tinggi pada rumah sakit (Kaplan & Norton, 1992). Pendekatan melalui kompetensi dan komitmen karyawan inilah yang merupakan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan pada *balanced scorecard*.

Dengan berdasarkan pada konsep *Balanced Scorecard*, maka lingkup penelitian ini berkisar pada hubungan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan (kompetensi dan komitmen karyawan), perspektif pelanggan (kepuasan pelanggan, utilisasi yang merupakan cerminan retensi dan akuisisi pelanggan, dan pangsa pasar), perspektif proses internal bisnis (kualitas pelayanan, proses layanan internal dan efisiensi pengelolaan) dan perspektif keuangan di rumah sakit. Pada bagian awal (sebelum masuk pada bagian utama) bab ini, dikemukakan lebih dahulu hal-hal yang sifatnya mendasar, yang sebenarnya melandasi penelitian ini, yaitu konsep pelayanan prima (*service excellence*), kualitas pelayanan dan kinerja rumah sakit. Konsep tentang kinerja (finansial dan non finansial) dari suatu jasa dan pelayanan prima sebagai kompetensi utama (*core competency*) dalam persaingan bisnis jasa. Hal ini dilakukan karena bidang yang akan dikaji oleh penelitian ini adalah jasa, yaitu salah satu "produk" dari rumah sakit umum

yang disajikan kepada pasien dalam bentuk jasa layanan rawat inap, rawat jalan, gizi dan lainnya. Konsep dasar mengenai produk dan jasa perlu disinggung untuk menjadi landasan berfikir kearah pentingnya penyajian jasa yang unggul dan kompetitif pada situasi persaingan sebagai wawasan yang diperlukan untuk pembahasan lebih lanjut.

2.2.1. Konsep Pemasaran Strategis dan *Focussed Quality*

2.2.1.1. Konsep pemasaran strategis pada organisasi nirlaba

Pemasaran terjadi bila orang dengan kebutuhan dan keinginannya memutuskan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan itu melalui proses pertukaran dengan pihak lain yang memiliki, membuat atau menyediakan apa yang dibutuhkan. Pertukaran dinyatakan sebagai suatu proses penciptaan nilai, yang membawa kedua pihak ke suatu keadaan yang lebih baik daripada sebelumnya. Kedua belah pihak kemudian melakukan negosiasi dan membuat kesepakatan, dan terjadilah transaksi sebagai bukti terjadinya pertukaran yang disepakati (Kotler, 1997).

Pertukaran terjadi dengan berhasil bila masing-masing pihak memahami dengan baik apa yang menjadi harapan pihak lain. Dengan demikian akan membuat kedua belah pihak puas terhadap apa yang diterima dari hasil pertukaran tersebut, dan diharapkan tingkat kepuasan yang dicapai dan mengakibatkan hubungan jangka panjang.

Hunt (1991) mendefinisikan pemasaran sebagai kinerja aktivitas bisnis yang menunjukkan arus (aliran) barang atau jasa dari produsen (penyaji) ke konsumen (pengguna). Peter Drucker (dalam Baker, 1979) menyatakan bahwa pemasaran bukan hanya jauh lebih luas dari penjualan, bukan pula suatu aktivitas khusus tetapi pemasaran mencakup seluruh bisnis. Pemasaran adalah bisnis yang menyeluruh, dilihat dari sudut pandang hasil akhirnya, yaitu sudut pandang pelanggan

Kotler (1997) walaupun tidak secara spesifik menyatakan bahwa pemasaran juga berlaku bagi organisasi nirlaba. Oleh karena itu definisi yang diformulasikan adalah: “pemasaran adalah suatu proses sosial dan manajerial di mana individu atau kelompok memperoleh apa yang mereka butuhkan dan inginkan melalui penciptaan, penawaran dan pertukaran *product of value* dengan orang lain atau pihak lain”.

Kotler (1997) menyatakan bahwa langkah awal untuk mempertimbangkan strategi pemasaran dalam organisasi nirlaba adalah persepsi dan pemahaman terhadap lingkungan khusus yang dijalankannya. Organisasi nirlaba dapat ditetapkan secara legal, tetapi yang lebih penting adalah memahami lingkungan organisasi dan kegiatan pemasaran yang khusus yang membawa misinya.

Smith dan Rosenbaum (dalam Kotler dan Andreasen, 1995), menyatakan bahwa sumber dana merupakan dasar pembedaan yang baik antara organisasi laba dan nirlaba yang dilihat dari aspek kehidupan organisasi yang dihidupi oleh (1) laba, (2) pendapatan pemerintah (pajak, dana sumbangan, pinjaman dll) dan (3) donasi sukarela. Sedangkan Kotler dan Andreasen (1995) memberikan alasan perlakuan status istimewa dari organisasi nirlaba dikarenakan (1) nirlaba merupakan ‘barang publik’, yang menyatakan bahwa nirlaba memberikan jasa seperti kesehatan dan pendidikan sehingga pajaknya perlu disubsidi oleh pemerintah, (2) alasan jaminan kualitas yang menyatakan bahwa nirlaba menyediakan jasa dalam bidang yang sulit dipertanggungjawabkan mutunya bagi konsumen seperti kesehatan dan pendidikan, sehingga dengan pembebasan pajak tersebut diharapkan dapat menjamin mutu dan perlindungan publik.

Cravens (1996) mengemukakan bahwa konsep pemasaran merupakan suatu petunjuk penting dalam mencapai keunggulan bersaing. Konsep pemasaran (termasuk

juga organisasi nirlaba) terdiri dari tiga elemen dasar yaitu : dimulai dengan kebutuhan dan keinginan sebagai dasar tujuan bisnis, dan memutuskan kebutuhan mana yang akan dipenuhi, selanjutnya menentukan bagaimana organisasi akan memuaskan keinginan dan kebutuhan konsumen, dan akhirnya menggunakan semua kemampuan organisasi untuk memberikan kepuasan konsumen dan mendapatkan keunggulan bersaing bagi organisasi.

Inti dari kegiatan pemasaran adalah proses pertukaran, yang terjadi antara pengguna dengan penyaji. Kedua belah pihak melakukan pertukaran, dengan saling memberikan sesuatu yang dipandang bernilai oleh dan bagi pihak lainnya. Pertukaran dilakukan dengan tujuan agar kedua belah pihak merasakan terpuaskan kebutuhannya, yaitu kebutuhan dan keinginan yang dibawanya ketika mereka melakukan pertukaran (Engel et al., 1993).

Konsumen yang puas merupakan aset yang sangat berharga, yang akan menciptakan keunggulan daya saing bagi organisasi usaha atau nirlaba. Konsumen yang puas akan terus melakukan pembelian terhadap merek pilihannya, jika produk atau jasa tersebut memberikan nilai lebih dibanding merek saingannya. Webster Jr (dalam Cravens, 1996) memberikan petunjuk persyaratan pengembangan organisasi untuk berorientasi pada konsumen mencakup : menanamkan nilai dan kepercayaan untuk berorientasi pada konsumen yang didukung oleh manajemen puncak, memadukan orientasi pasar dan konsumen ke dalam proses perencanaan strategis, menciptakan manajer pemasaran dan mengembangkan program yang kuat, menciptakan dasar pengukuran kinerja, mengembangkan komitmen karyawan diseluruh jajaran organisasi.

Perusahaan memperoleh keunggulan bersaing dengan memberikan nilai lebih kepada konsumen melalui : harga yang lebih rendah dibandingkan dengan para pesaing

untuk manfaat yang sama, atau keunikan manfaat yang dapat menutupi harga yang tinggi (Porter, 1985). Cravens (1996) memberikan pertimbangan penting untuk memberikan kepuasan kepada konsumen dan memperoleh keunggulan bersaing yang meliputi : berfokus pada konsumen, melakukan segmentasi pasar, mencari peluang untuk memperoleh manfaat dari gap antara yang diinginkan pelanggan dengan usaha pesaing untuk memuaskan mereka, dan selanjutnya mencari atribut produk atau jasa yang khusus dan terakhir melakukan identifikasi peluang untuk menciptakan produk atau jasa yang unggul.

Day dan Wensley (dalam Cravens, 1996) mengemukakan bahwa keunggulan bersaing seharusnya dipandang sebagai suatu proses yang dinamis ketimbang sebagai hasil akhir. Elemen keunggulan bersaing meliputi sumber keunggulan (kompetensi, komitmen, SDM yang superior, pengendalian yang superior), keunggulan posisi (nilai konsumen dan biaya yang relatif rendah), prestasi hasil akhir yang meliputi kepuasan, pangsa pasar dan kemampuan menghasilkan laba serta investasi laba untuk mempertahankan keunggulan. Salah satu strategi yang sangat penting untuk meningkatkan keunggulan bersaing adalah perbaikan mutu (Cravens, 1996). Keunggulan bersaing dapat pula diperoleh melalui pengembangan suatu strategi layanan konsumen yang terpadu dan terkoordinasi, dengan memberikan tanggungjawab untuk kegiatan, dan melibatkan berbagai fungsi dalam memberikan pelayanan. Disadari bahwa terdapat hubungan antara pembeli dan penjual melalui layanan konsumen.

Membangun hubungan antara konsumen sebagai pengguna jasa, pemasok bahan dan sumber daya lainnya serta penyaji jasa diantara fungsi-fungsi dalam organisasi sangatlah penting untuk menjadi organisasi yang berfokus pada konsumen. Hal penting

lainnya adalah bahwa setiap orang dalam organisasi harus mengetahui konsumen eksternal dan internalnya serta memahami kebutuhan dan keinginan mereka. Memiliki sasaran satu atau lebih sub kelompok pembeli adalah hal yang penting dalam menanggapi permintaan konsumen yang bervariasi pada pasar yang luas. Mengetahui kelompok konsumen eksternal organisasi inilah yang merupakan tujuan dari penetapan sasaran strategis organisasi.

Pemasaran strategis (*strategic marketing*) menjelaskan tentang keputusan, analisis dan permasalahan pemasaran, penekanan pada pandangan organisasional daripada fungsional (Cravens, 1996). Pemasaran strategis merupakan strategi pengembangan proses orientasi pasar, yang terlibat dalam lingkungan bisnis yang berubah dan kebutuhan untuk mencapai tingkat kepuasan konsumen. Fokus pemasaran strategis adalah kinerja keuangan, yang berbeda dengan fokus tradisional terhadap peningkatan penjualan. Strategi pemasaran membangun keunggulan bersaing dengan mengkombinasikan strategi untuk mempengaruhi konsumen dan bisnis untuk menjadi suatu kumpulan kegiatan berfokus pada pasar yang terpadu (Cravens, et al., 1988). Pemasaran strategis menghubungkan organisasi dengan lingkungan dan memandang pemasaran sebagai tanggungjawab seluruh organisasi, bukan hanya fungsi yang terspesialisasi. Pemasaran strategis memberikan pengetahuan tentang pemantauan keadaan lingkungan, pengambilan keputusan kelompok konsumen yang akan dilayani, penentuan spesifikasi produk, dan memilih pesaing yang akan direbut posisinya. Preferensi konsumen terhadap atribut produk atau jasa harus ditransformasikan dalam rancangan dan pemakaian produk atau jasa. Agar berhasil dalam mencapai produk dan pelayanan yang sukses, diperlukan

cara untuk menentukan mutu produk dan pelayanan yang sesuai dengan kepuasan pelanggan (Cravens, 1996).

Berfokus pada kepuasan pelanggan akan membuat pelayanan kepada pelanggan menjadi lebih baik. Perusahaan dengan berfokus pada konsumen memperoleh keuntungan yang mengesankan dalam dua bidang keberhasilan dalam bisnis, yaitu keunggulan kompetitif yang luar biasa di pasar eksternal, dan pada sisi internal mampu membuat pelanggan internal (karyawan) puas dan merasa bangga atas pekerjaannya. Jadi dengan berfokus pada pelanggan, perusahaan mampu menyajikan nilai (*value*) pada pelanggan internal dan eksternalnya .

Fokus pada pelanggan yang memberikan keunggulan kompetitif, akan membuat profitabilitas meningkat dan pertumbuhan *revenue*. Keunggulan yang berdampak pada profitabilitas meliputi : (1) efisiensi biaya karena *repeat customers*, (2) *price premium* bagi pelanggan yang ada, dan (3) loyalitas pelanggan. Keunggulan yang berdampak pada pertumbuhan *revenue* meliputi : (1) meningkatnya *word-of-mouth*, (2) *one-stop shopping*, dan (3) inovasi produk baru (Cravens, 1996). Dinyatakan pula bahwa untuk mencapai tingkat kepuasan yang tinggi, diperlukan pemahaman tentang apa yang diinginkan konsumen dan mengembangkan komitmen setiap orang yang berada dalam organisasi untuk memenuhi kebutuhan ini. Manajemen harus membangun budaya organisasi yang bisa memahami dan memenuhi kebutuhan konsumen.

2.2.1.2. Manajemen mutu terfokus (*Focused Quality Management = FQM*)

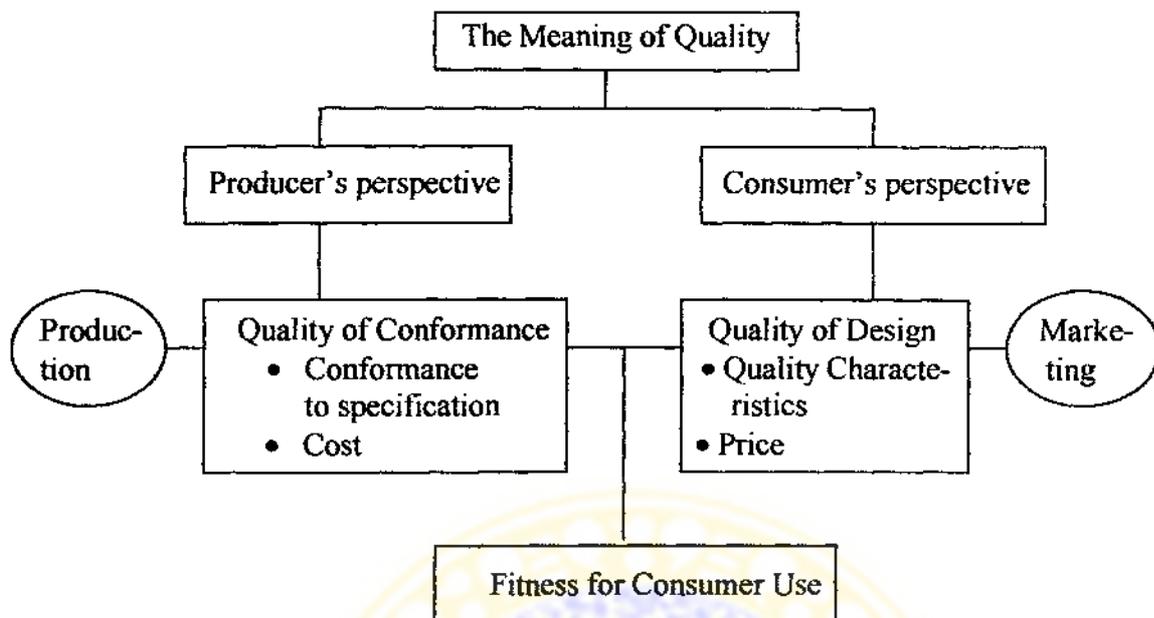
Manajemen mutu terfokus (FQM) merupakan suatu ancangan yang memadukan usaha peningkatan mutu dengan praktek manajemennya untuk mencapai sasaran bisnis yang strategis. Dasar pemikirannya adalah bahwa prakarsa mutu harus diarahkan untuk

memperbaiki proses yang mempunyai dampak terbesar pada apa yang harus terjadi kalau organisasi ingin mencapai sasarannya (Brelan et al., 1997).

Dalam mencapai sasaran organisasi, hal yang penting untuk diperhatikan adalah faktor sukses kritis (*critical success factors= CSF*). Sedangkan faktor sukses kritis merupakan proses kunci yang memberi dampak pada manajemen dengan lingkup yang khas, yaitu lintas fungsi, melibatkan sejumlah departemen atau divisi dalam penyerahan produk dan layanan kepada pelanggan (Brelan et al., 1997).

Perbaikan mutu terfokus merupakan upaya agar perbaikan mutu memperoleh hasil yang positif. Artinya, bahwa suatu kegiatan yang dilakukan (atau tidak dilakukan) dan organisasi berhasil (atau gagal) didasarkan pada apa yang terjadi pada proses bisnis tertentu. Dengan menghubungkan tujuan strategis dari mutu, manajemen mutu, dan proses bisnis internal organisasi yang paling mempengaruhi pelanggan dan faktor sukses kritis maka penerapan manajemen mutu terfokus akan berhasil.

Secara umum dapat dikatakan bahwa mutu produk atau jasa akan dapat diwujudkan bila orientasi seluruh kegiatan perusahaan atau organisasi tersebut berorientasi pada kepuasan pelanggan (*customer satisfaction*). Menurut Russell dan Taylor (1996) mutu memiliki dua perspektif, yaitu perspektif produsen dan perspektif konsumen, di mana bila kedua hal tersebut disatukan maka akan dapat tercapai kesesuaian antara kedua sisi tersebut, yakni kesesuaian untuk digunakan oleh konsumen. Kedua perspektif tersebut dapat digambarkan pada gambar 2.1.



Gambar 2.1. Dua Perspektif Mutu

Sumber : Russell and Taylor (1996)

Dari gambar 2.1. tersebut tampak bahwa kedua perspektif mutu akan bertemu pada *'fitness for consumer use'*, sehingga terjadi kesesuaian antara konsumen sebagai pengguna jasa dan provider sebagai penyaji jasa. Selanjutnya kedua pihak dapat membuat suatu standar yang disepakati bersama dan dapat memenuhi kebutuhan dan harapan kedua belah pihak. Brelin et al., (1997) mengemukakan bahwa kegiatan upaya peningkatan mutu harus dilakukan secara terus menerus, dan dalam proses harus difokuskan kepada pencapaian tujuan yang meliputi kepuasan pelanggan, kinerja proses dan sikap positif dari karyawan. Hal tersebut sesuai dengan yang dikemukakan oleh Ariani (1999) bahwa peningkatan mutu pelayanan harus lebih difokuskan terhadap identifikasi penentu mutu pelayanan, pengelolaan terhadap proses pelayanan sesuai dengan harapan pelanggan, sikap dan perilaku karyawan dalam memberikan dan menyediakan jasa bagi pelanggan

serta mengembangkan budaya mutu melalui dukungan dan komitmen secara menyeluruh dari seluruh anggota organisasi.

Penilaian mutu dapat dirancang untuk mengetahui proses bisnis yang mana yang paling mempengaruhi kepuasan pelanggan, dan informasi ini akan membantu memfokuskan upaya perbaikan pada sedikit faktor yang paling berdampak pada tujuan strategis. Di samping itu, dengan meninjau kembali misi dan visi untuk mengenali sasaran spesifik yang penting, maka dapat diketahui proses mana yang mempunyai dampak terbesar terhadap kepuasan pelanggan.

Penilaian terhadap kinerja proses akan memberikan motivasi dan juga menjadikan orang lebih sadar terhadap perlunya kinerja proses dan akan memfokuskan diri pada proses. Menurut Lynch dan Cross (dalam Yuwono, 2002) manfaat menggunakan pengukuran kinerja meliputi : (1) mendekatkan perusahaan dengan pelanggan, (2) meningkatkan keterlibatan orang dalam organisasi dalam upaya memberi kepuasan pelanggan, (3) memotivasi pegawai untuk melakukan pelayanan sebagai bagian dari mata rantai pelanggan dan pemasok internal, (4) mengidentifikasi pemborosan sekaligus mendorong upaya-upaya pengurangan terhadap pemborosan, dan (5) mengkonkritkan tujuan strategis sehingga mempercepat proses pembelajaran organisasi, serta (6) membangun konsensus untuk melakukan perubahan dengan memberi 'reward' terhadap perilaku yang diharapkan.

2.2.2. Konsep manajemen jasa

Jasa adalah pengalaman yang tidak berwujud (*intangible*) yang diterima oleh pelanggan bersamaan dengan produk yang berwujud (*tangible*) dari suatu produk yang dibeli. Kotler mendefinisikan : "jasa adalah setiap tindakan atau kegiatan yang dapat

ditawarkan oleh satu pihak kepada pihak lain, yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak mengakibatkan kepemilikan apapun. Produksinya dapat dikaitkan atau tidak dikaitkan pada satu produk fisik. Sedangkan Lovelock dan Wright (1999) menyatakan bahwa jasa merupakan tindakan atau kinerja yang menghasilkan manfaat bagi konsumen melalui perubahan yang diinginkan. Sementara Alma (1998) mengungkapkan beberapa karakteristik jasa secara umum, yaitu jasa tidak berwujud, tidak tahan lama, produksi dan konsumsi jasa pada waktu yang bersamaan, jasa tidak dapat disimpan, usaha jasa sangat mementingkan unsur manusia, distribusinya bersifat langsung, dan jasa kurang memiliki standar. Terdapat tiga karakteristik jasa yang dimiliki yang membedakannya dari barang, yaitu tidak tampak secara fisik (*intangibility*), tidak tahan lama (*perishability*), dan dapat berubah setiap saat (*variability*)

Davidoff (1994) mengategorikan jasa menjadi dua yaitu (1) *visible service*, yaitu jasa yang dapat dilihat langsung oleh konsumen, yakni jasa yang disediakan oleh personil yang langsung bertatap muka dengan konsumen, misalnya jasa dokter dan perawat memberikan layanan pada pasien, pelayan restoran, dan lain-lain; (2) *invisible service*, yaitu jasa yang tidak dapat dilihat dan dirasakan langsung oleh konsumen, tetapi menunjang sistem *visible service*, misalnya karyawan bagian akuntansi, personalia, petugas gizi rumah sakit dan lain-lain.

Terdapat tiga karakteristik utama dari produk jasa yang membedakannya dengan produk 'retail' (Davidoff, 1994) yaitu (1) *relative intangibility of services*, dimana konsumen tidak mendapatkan "sesuatu barang" sebagai hasil dari sebuah jasa, sehingga hasil dari jasa lebih berupa pengalaman dan bukan kepemilikan, (2) *simultaneity of service production and consumption*, yaitu adanya tenggang waktu antara produksi dan

konsumsi dimana untuk produk manufaktur ada tenggang waktu antara diproduksinya suatu barang dan dikonsumsi sedangkan untuk jasa antara produksi dan konsumsi terjadi pada saat yang bersamaan; (3) *customer participation*, artinya jasa tidak akan ada tanpa adanya partisipasi konsumen untuk menciptakan suatu jasa, dan jasa melibatkan dua belah pihak antara konsumen dan produsen.

Vincent Gaspersz (1997), karakteristik unik dari suatu industri jasa yang sekaligus membedakannya dari barang antara lain :

- a. Pelayanan merupakan output tak berbentuk (*intangible output*).
- b. Pelayanan merupakan output variabel, tidak standar.
- c. Pelayanan tidak dapat disimpan dalam inventori, tetapi dapat dikonsumsi dalam produksi.
- d. Terdapat hubungan langsung yang erat dengan pelanggan melalui proses pelayanan.
- e. Pelanggan berpartisipasi dalam proses memberikan pelayanan.
- f. Keterampilan personil 'diserahkan' secara langsung kepada pelanggan.
- g. Pelayanan tidak dapat diproduksi secara massal.
- h. Membutuhkan pertimbangan pribadi yang tinggi dari individu yang memberikan pelayanan.
- i. Perusahaan jasa pada umumnya bersifat padat karya.
- j. Fasilitas pelayanan berada dekat lokasi pelanggan.
- k. Pengukuran efektifitas pelayanan bersifat subyektif.
- l. Pengendalian kualitas terutama dibatasi pada pengendalian proses.
- m. Option penetapan harga lebih rumit.

Chase dan Aquilano (1995) memberikan beberapa ciri atau karakteristik dari pelayanan atau jasa yang harus menjadi pertimbangan adalah (a) bahwa pada hakekatnya setiap orang mampu memberikan pelayanan artinya mereka tahu tentang apa yang diinginkan oleh organisasi jasa serta proses pelayanan yang akan diberikan, (b) pelayanan yang kurang baik akan memberikan kesan jelek pada konsumen, (c) kualitas pekerjaan tidak sama dengan kualitas pelayanan sehingga mengelola produk jasa tidak sama dengan mengelola produk manufaktur, (d) produk jasa dapat ditingkatkan melalui intensitas kontak yang tinggi yang merupakan pengalaman pelanggan sehingga menimbulkan

loyalitas konsumen, (e) manajemen jasa yang efektif membutuhkan keserasian antara pemasaran, personalia dan operasional.

Setiap perusahaan agar dapat berkembang dengan baik tentunya juga harus secara kontinyu mengembangkan strategi pemasaran yang didasarkan pada kebutuhan, kepuasan konsumen, sumber daya perusahaan, dan pesaing. Manajer pemasaran harus mencari strategi pemasaran yang efektif dan menjalankannya dengan empat fungsi manajemen pemasaran yaitu analisis, perencanaan, pelaksanaan (implementasi) dan pengendalian (Kotler, 1997). Agar perusahaan memiliki keunggulan daya saing yang berkelanjutan (*sustainable competitive advantage*) maka perusahaan harus cepat dan tanggap untuk memperoleh informasi pemasaran.

Saat ini tuntutan pelanggan makin banyak dan bervariasi, persaingan makin tajam dan bersifat global, serta lingkungan bisnis yang makin bergejolak. Produk atau jasa ditawarkan oleh banyak penyaji, yang bersaing untuk memberikan sajian yang terbaik bagi pelanggan. Untuk itu pihak penyaji harus menyadari bahwa mempertahankan pelanggan lebih penting jika dibandingkan dengan penciptaan pelanggan baru. Tidak lagi cukup bagi perusahaan penyaji jasa jika dalam tujuannya hanya mengejar peningkatan pangsa pasar dan tidak tanggap terhadap hubungan relasional melalui ikatan jangka panjang antara penyaji dengan pelanggannya yang didasari oleh manfaat bersama dan saling terikat antara pembeli dan penjual.

2.2.3. Pelayanan prima (*Service Excellence*)

Instruksi Menteri Kesehatan Nomor 828/MENKES/VII/1999 tanggal 20 Juli 1999 menginstruksikan kepada semua jajaran unit pembina teknis maupun operasional pelayanan kesehatan dan seluruh unit pelayanan kesehatan kepada masyarakat untuk

melaksanakan pelayanan prima sesuai dengan aspirasi dan reformasi dari masyarakat melalui perbaikan pengaturan dan mekanisme dari seluruh aspek pelayanan kesehatan yang ada. Pelayanan prima menyangkut beberapa aspek yang meliputi (1) masalah ketepatan, konsistensi dan konsekuensi dari prosedur pelayanan kesehatan yang ada, (2) adanya hak dan kewajiban pemberi dan penerima pelayanan yang diatur secara jelas, (3) tersedianya loket informasi atau kotak saran bagi penerima pelayanan yang dipantau dan dievaluasi, (4) penanganan proses pelayanan dilakukan oleh petugas yang berwenang dan kompeten, mampu, terampil dan profesional sesuai dengan spesifikasi tugasnya, (5) terciptanya pola pelayanan yang tepat sesuai dengan sifat dan jenis pelayanan yang bersangkutan dengan mempertimbangkan efektivitas dan efisiensi dalam pelaksanaannya, (6) biaya atau tarif yang wajar dengan memperhitungkan kemampuan masyarakat, (7) pemberian pelayanan dilakukan secara tertib, teratur dan adil, tidak membedakan status sosial dan merata, (8) terjaminnya kebersihan dan sanitasi lingkungan tempat dan fasilitas pelayanan dan (9) petugas memberikan pelayanan dengan sikap ramah dan sopan, serta berupaya meningkatkan kinerja pelayanan secara optimal (Depkes, 1999). Kebijakan tersebut tampaknya juga menjadi langkah yang tepat dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan khususnya kualitas tenaga medik dan paramediknya.

Dari gambaran instruksi Menkes tersebut tampak bahwa orientasi pelayanan kesehatan sekarang ini harus lebih mengarah kepada pelayanan yang berkualitas. Tantangan utama yang dihadapi sekarang dari industri jasa pelayanan kesehatan ialah bagaimana memadukan kualitas jasa pelayanan yang prima dengan apa yang diharapkan oleh pelanggan. Pelayanan prima dalam bidang kesehatan merupakan fokus utama dari Departemen Kesehatan dalam strategi pengembangan di masa depan.

Banyak organisasi menilai kualitas jasa atau kualitas produknya melalui analisis kepuasan pelanggan. Pelanggan yang puas akan menunjukkan bahwa produk jasa yang diberikan produsen merupakan produk yang unggul (Madsen, 1993). Memberikan lebih yang diharapkan oleh pelanggan merupakan jasa yang dinilai unggul atau prima atau sangat baik (Madsen, 1993).

Dalam rangka unggul dalam persaingan yang didasarkan pada kualitas produk dan jasa, akan meningkatkan loyalitas pelanggan dan akan menurunkan kemungkinan diserang melalui perang harga. Kapabilitas unit bisnis strategis untuk menangkap loyalitas pelanggan harus merupakan dasar utama sumber keunggulan khususnya pada saat terjadinya penurunan perusahaan atau kondisi perekonomian secara umum, merupakan hal yang sangat penting. Pembelian ulang dari pelanggan (*repeat customers*) akan memberikan kontribusi terhadap kelangsungan pendapatan, memberikan biaya yang lebih rendah dibandingkan dengan biaya untuk memperoleh pelanggan baru (Reichhelds and Sasser, 1990).

Kualitas dalam industri jasa berkembang dalam dua bidang yang berbeda yang berkaitan, yaitu jasa berkualitas, dan jasa yang prima. Jasa yang berkualitas apabila penyajian jasa dilakukan atas dasar janji, dengan rancangan dan tindakan yang dapat diulang, dan berfokus pada proses yang membuat pelanggan puas. Jasa yang prima akan membuat pelanggan merasa senang dan memperoleh lebih dari yang diharapkan, serta membuat pelanggan diperlakukan istimewa (Madsen, 1993). Jasa yang berkualitas akan menciptakan jasa yang unggul, dan penyajian jasa yang berkualitas dan jasa yang unggul keduanya dapat dilakukan secara simultan atau secara berurutan. Hal ini akan mampu mempercepat proses pemuasan pelanggan dan meningkatkan kinerja organisasi di mata

pelanggannya. Jasa yang prima adalah segala sesuatu yang dilakukan organisasi untuk menang dalam persaingan (*competitive advantage*), memuaskan dan memelihara pelanggan (Porter, 1994)

Penyajian pelayanan yang prima bukan lagi merupakan suatu persyaratan untuk menjadi yang istimewa bagi organisasi atau perusahaan, tetapi merupakan sesuatu yang perlu dilakukan oleh semua organisasi atau perusahaan. Jasa yang prima dibanding pesaing dimata pelanggan merupakan upaya perusahaan untuk menciptakan kepuasan pelanggan, yang mengarah kepada upaya mempertahankan pelanggan melalui ikatan jangka panjang yang dibangun antara perusahaan dengan pelanggannya. Kemampuan perusahaan untuk mempertahankan pelanggan yang loyal dan membangun ikatan jangka panjang yang saling menguntungkan dengan mereka, merupakan keunggulan kompetitif yang perlu dimiliki oleh perusahaan. Pembelian ulang itulah indikator dari loyalitas pelanggan, yang merupakan persentase dari orang yang pernah membeli dalam kurun waktu tertentu dan melakukan pembelian ulang sejak pembeliannya yang pertama

2.2.4. Kualitas pelayanan

Dalam menganalisis kualitas pelayanan, maka dalam penelitian ini akan dikemukakan konsep-konsep yang mendasari kualitas pelayanan yang meliputi pengertian tentang kualitas pelayanan, karakteristik dasar penciptaan kualitas, dan dimensi dari kualitas yang merupakan bagian pokok dalam bahasan penelitian ini.

2.2.4.1. Pengertian tentang kualitas

Menurut Reeves dan Bednar (1994) kualitas telah didefinisikan bermacam-macam sebagai nilai oleh Abbot dan Feigenbaum, kesesuaian dengan spesifikasi oleh Gilmore dan Letvith, kesesuaian dengan kebutuhan – *conformance to requirement* oleh Crosby,

kecocokan dalam penggunaan – *fitness for use* oleh Juran dan *loss avoidance* - pembatalan yang hilang oleh perjalanan (Taguchi, 1989), tercapainya harapan pelanggan yang dikemukakan oleh Groonroos dan Parasuraman, Zeithaml dan Berry.

Kualitas adalah suatu ukuran yang mengukur kemampuan suatu bisnis dalam memenuhi kebutuhan konsumennya. Produk jasa yang berkualitas merupakan hal yang memuaskan konsumen, sehingga harus ditanamkan sikap yang berfokus pada pelanggan dengan mendengarkan suara dari pelanggan (*voice of customer*). Kualitas pelayanan biasanya merupakan alasan kelayakan konsumen terhadap suatu perusahaan. Kelayakan konsumen tersebut sangat membantu perusahaan untuk meningkatkan pangsa pasarnya dan untuk memenangkan persaingan.

Dari beberapa pengertian tersebut dapatlah ditarik suatu kesimpulan yang merupakan akar dari pengertian kualitas, yaitu :

(1). Kualitas adalah Keunggulan (*excellence*)

Tuchman (1980) mengemukakan bahwa kualitas adalah investasi dari usaha dan keahlian yang terbaik, yang mungkin untuk menghasilkan yang terbaik dan kemungkinan hasil yang mengagumkan. Kesempurnaan dalam arti moralitas, intelektualitas, fisik maupun kepraktisan (Tuchman, 1980). Kualitas adalah pencapaian standard tertinggi yang dicapai melalui penghitungan statistik.

(2). Kualitas adalah Nilai (*value*)

Menurut Reeves dan Bednar (1994) menyatakan bahwa kualitas mempunyai arti terbaik untuk kondisi konsumen tertentu. Konsumen memilih didasarkan pada harga, sehingga dapat diartikan bahwa kualitas merupakan kondisi terbaik pada tingkat harga yang disepakati konsumen. Antara kualitas dan harga merupakan nilai yang sangat

penting dari keputusan konsumen khususnya dalam situasi pasar yang kompetitif. Keputusan membeli dipengaruhi oleh kenyamanan, kegunaan atau harga atau pertimbangan kualitas.

(3). Kualitas adalah Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance specification*)

Reeves dan Bednar (1994) mencoba untuk mengklarifikasi definisi dari kualitas. Mereka memisahkan kualitas sebagai kualitas desain dan kualitas sebagai kesesuaian. Kualitas desain berhubungan dengan level atau tingkatan, sedangkan kualitas sebagai kesesuaian berarti bagaimana suatu produk yang baik menyesuaikan dengan spesifikasinya. Kualitas subyektif adalah penting, tetapi standar harus dibuat dan kinerja harus dapat diukur secara obyektif dan kuantitatif. Untuk itu yang penting adalah (a) menterjemahkan keinginan konsumen ke dalam karakteristik fisik dari produk dan (b) membuat suatu cara untuk mencapai standar dari karakteristik kualitas. Juran mendefinisikan kualitas sebagai gabungan antara kesempurnaan dan kesesuaian dengan definisi kualitasnya.

(4). Kualitas adalah pemenuhan dan atau memenuhi harapan konsumen

Perbaikan definisi kualitas adalah bahwa kualitas merupakan produksi atau pelayanan yang memenuhi harapan dari konsumen. Kualitas merupakan suatu keadaan dinamis yang berhubungan dengan produk, jasa, proses dan sumber daya (*resources*) yang dapat memenuhi atau melebihi harapan.

Konsep kualitas bersifat relatif, yaitu tergantung dari perspektif yang digunakan untuk menentukan ciri-ciri dan spesifikasi. Pada dasarnya terdapat tiga orientasi kualitas yang seharusnya konsisten satu sama lain, yaitu (1) persepsi konsumen, (2) produk dan, (3) proses. Untuk produk-produk yang berwujud barang, ketiga orientasi ini hampir

selalu dapat dibedakan dengan jelas, tetapi tidak untuk jasa. Kualitas jasa dapat diketahui dengan cara membandingkan keadaan layanan yang nyata-nyata mereka terima dengan layanan sesungguhnya yang mereka harapkan. Jika kenyataan lebih dari yang diharapkan, maka layanan dapat dikatakan berkualitas sedangkan jika kenyataan kurang dari yang diharapkan, maka layanan dapat dikatakan tidak berkualitas. Sedangkan apabila kenyataan sama dengan harapan, maka layanan disebut memuaskan. Dapat dikatakan bahwa kualitas jasa didefinisikan seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan bagi pelanggan atas layanan yang mereka terima (Fitzsimmons & Fitzsimmons, 1994).

Pemberian kualitas layanan yang tinggi merupakan suatu strategi bagi keberhasilan suatu bisnis dalam suatu persaingan yang ketat untuk mencapai tujuan. Kualitas produk (*tangible*) dapat diukur dengan daya tahan produk, sedangkan kualitas pelayanan yang sifatnya *intangible*, *heterogeneity* dan *inseparability* maka pengukurannya hanya dapat dilakukan dengan pendekatan pendapat dari konsumen.

Beberapa penulis menunjukkan adanya perbedaan dalam memandang kualitas, yaitu kualitas sebagai suatu persepsi sedangkan yang lain memandang sebagai suatu tujuan. Pendapat Olshavsky (1985) memandang kualitas sebagai sebuah bentuk dari evaluasi secara menyeluruh terhadap produk, sesuatu yang banyak persamaannya dengan sikap (*attitude*). Parasuraman, Zeithaml dan Berry (1985) mendukung pernyataan bahwa kualitas layanan merupakan suatu tindakan evaluasi secara menyeluruh, sama dengan sebuah sikap.

2.2.4.2. Karakteristik dasar penciptaan kualitas

Davidoff (1994) mengemukakan tujuh karakteristik dasar untuk dapat menciptakan dan meningkatkan kualitas, yaitu :

a. Tujuan harus jelas dan kosepsual.

Organisasi jasa harus dibangun dan didasarkan pada tujuan dan visi yang kuat, jelas dan konsepsual. Hal-hal ini dibangun dengan memperhatikan apa yang diinginkan dan difikirkan oleh konsumen, sehingga dapat dipakai sebagai standar untuk mengukur tindakan-tindakan apa yang seharusnya dilakukan dan tidak dilakukan. Dengan tujuan yang jelas maka karyawan akan melakukan pekerjaannya dengan baik dan terarah yang berfokus pada konsumen dengan memberikan kualitas pelayanan yang prima dengan biaya yang efisien dan sikap yang responsif. Untuk itu manajemen harus selalu konsisten dengan apa yang telah dicanangkannya.

b. Percaya pada karyawan untuk melakukan pekerjaan dengan benar

Bisnis jasa diberikan secara simultan antara produksi dan konsumsinya, maka tidaklah mungkin bagi manajer untuk melakukan inspeksi pada produk jasa yang diberikan. Oleh karena itu manajer harus memberikan kepercayaan pada karyawannya untuk melakukan sesuatunya dengan benar.

c. Mengeliminasi tugas untuk menghilangkan rintangan

Manajer mempunyai tanggungjawab untuk membangun cara-cara yang dapat membuat karyawan melakukan pekerjaannya dengan benar. Untuk menghilangkan rintangan-rintangan (*barrier*) yang ada, manajemen dapat mengidentifikasi dan mengeliminasi tugas-tugas yang '*non value added*' sehingga dapat menghemat waktu dan tenaga untuk melaksanakan tugas yang berharga dan mempunyai nilai tambah (*value added*).

d. Kepemimpinan yang berorientasi pada visi

Untuk menjalankan roda organisasi diperlukan seorang pemimpin yang mempunyai visi dan mempunyai jiwa kepemimpinan sehingga dapat mengatur segala sesuatunya berjalan dengan lancar dan menghasilkan profit. Pemimpin harus dapat membuat karyawannya bekerja dengan benar dan mampu bekerjasama untuk mencapai tujuan yang ditetapkan.

e. Pendidikan dan pelatihan

Investasi sumberdaya manusia melalui pendidikan dan pelatihan, merupakan suatu keharusan bagi perusahaan jika mengharapkan produk atau jasa yang dihasilkan memberikan kepuasan pada pelanggan. Bila biaya pendidikan dan pelatihan dianggap mahal oleh manajemen, maka jika terjadi kesalahan atau kelalaian karyawan dan berakibat pada konsumen maka harga yang harus dibayar jauh lebih besar lagi.

f. Hubungan jangka panjang dengan mitra bisnis

Membangun hubungan dengan perusahaan lain sebagai mitra bisnis untuk jangka panjang dilakukan untuk mencapai tujuan dan misinya, disamping membuat perusahaan mampu bersaing dengan kompetitornya.

g. Melaksanakan kegiatan yang positif

Manajemen harus melakukan pendekatan yang proaktif dan inovatif dengan ide-ide yang lebih baik untuk dapat memenuhi keinginan dan kebutuhan konsumen yang selalu menuntut pada kesempurnaan layanan.

2.2.4.3. Dimensi dari kualitas

Parasuraman et al. (1994) menyebutkan ada lima dimensi yang digunakan oleh pelanggan dalam menilai suatu kualitas pelayanan pada industri, yaitu:

dengan dimensi waktu. Ukuran pengiriman yang tepat waktu, sebenarnya adalah sebuah ukuran mutu kinerja perusahaan terhadap ketepatan jadwal pengiriman sesuai dengan yang dijanjikan (Kaplan and Norton, 1996).

Donabedian (dalam Pudjrahardjo, 1997) merumuskan kualitas pelayanan medik berdasarkan kerangka dasar model pelayanan yang sering disebut sebagai manajemen pelayanan medik. Donabedian membagi manajemen pelayanan medik menjadi dua domain, yaitu domain teknis medik (*technical domain*) dan domain hubungan antar manusia (*interpersonal domain*). Domain teknis medis berkaitan dengan penguasaan ilmu pengetahuan dan teknologi bidang medik (*the quality of the technical care*), sedangkan domain hubungan antar manusia berkaitan dengan seni berhubungan dengan orang lain (*the quality of the art care*) terutama seni berkomunikasi. Kedua domain tersebut saling berinteraksi, yang sering sukar untuk dibeda-bedakan.

Joint Comission on Accreditation of Health Care Organization (1990) mengemukakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan adalah terpenuhinya standar profesi yang baik dalam pelayanan medik dan terwujudnya hasil akhir (*outcome*) seperti yang selayaknya diharapkan, yang menyangkut perawatan pasien, diagnosis, prosedur atau tindakan dan pemecahan masalah klinis. Komponen-komponen yang relevan dengan kualitas adalah *structure*, *process* dan *outcome*. Model tersebut diawali dengan perbaikan struktur dan proses sehingga akan berpengaruh pada *outcome* pasien yang berupa kesembuhan dari penyakit atau kesakitan maupun kematian.

Structure adalah masukan berupa sumberdaya yang relatif mudah diklasifikasikan, yang meliputi distribusi dan kualifikasi karyawan, jumlah dan jenis peralatan dan fasilitas lainnya. *Process* merupakan bagaimana pelayanan kesehatan

tersebut diorganisasikan meliputi *turn over interval*, waktu tunggu, jumlah pasien yang masuk daftar tunggu (*waiting list*) dan kualitas proses berdasarkan ukuran normatif. Sedangkan *outcome* meliputi jumlah pasien keluar (hidup dan mati) dan kesehatan individu. *Outcome* merupakan hasil daripada pelayanan kesehatan itu sendiri (Jacobalis, 1989). Definisi tersebut hampir sama dengan yang disampaikan oleh Ewell (1986) yang membagi kualitas pelayanan kesehatan menjadi dua dimensi pokok yaitu (1) *process physician performance* dan, (2) *outcome of results of physician performance*.

2.2.5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan

Faktor-faktor yang diidentifikasi mempengaruhi kualitas pelayanan meliputi dua komponen yaitu komponen input yang terdiri dari pangsa pasar, kompetensi karyawan, komitmen karyawan, dan komponen proses yang meliputi manajemen mutu dan proses layanan internal.

2.2.5.1. Komponen input

2.2.5.1.1. Pangsa pasar

Pengaruh peningkatan pangsa pasar pada kualitas mengandung dua pengertian. Satu pengertian memberikan pengaruh positif (*positive effect*) dari pangsa pasar terhadap kualitas yang dipersepsikan oleh pelanggan. Caminal dan Vives (1996) menyatakan bahwa bertambahnya pangsa pasar dapat diinterpretasikan sebagai tanda lebih tingginya kualitas dan akan meningkatkan *demand* di masa mendatang. Pengertian lainnya adalah *negative effect* di mana pada saat terjadi peningkatan pangsa pasar secara besar-besaran maka bagi sekelompok pelanggan tertentu merasakan bahwa kualitas yang dirasakan menurun. Hal tersebut berkaitan dengan harga diri seseorang yang membeli barang publik.

Terdapat tiga mekanisme yang berbeda bagaimana pangsa pasar dapat mempengaruhi kualitas yang dipersepsikan pelanggan, yaitu melalui (1) *network externalities*, (2) *signaling* dan (3) atribut fungsi dari kualitas. Hubungan positif antara pangsa pasar dan kualitas disebabkan karena terjadinya jaringan komunikasi. Eksternalitas jaringan disebabkan oleh pengaruh fisik langsung dari jumlah pembeli yang membeli produk berkualitas. Peningkatan kualitas dapat berbentuk perbaikan pelayanan, kemampuan menyimpan informasi, memberikan layanan purna jual yang lebih baik.

Mengenai *signaling*, Caminal dan Vives (1996) menyatakan bahwa harga menunjukkan tanda-tanda dari kualitas. Konsumen juga dapat menggunakan tanda-tanda tinggi (rendahnya) pangsa pasar yang mengindikasikan superioritas (inferior) dari kualitas. Dalam model *Consumer Learning* (Caminal dan Vives, 1996) mengilustrasikan bagaimana perilaku adaptif dan perilaku rasional mampu membuat situasi di mana pangsa pasar dapat memberikan tanda-tanda kualitas. Misalnya pada jasa restoran di mana jumlah pembeli yang banyak menandakan kualitas yang lebih baik.

Eksternalitas jaringan (*network externalities*) dan *signaling* merupakan mekanisme tidak langsung yang mempengaruhi kualitas produk yang dirasakan konsumen. Untuk mengevaluasi kualitas, konsumen tidak hanya melihat aspek fungsional dan benefit obyektifnya saja, melainkan juga psikologikal subyektif dan benefit emosional. Konsumen akan merasakan mendapatkan manfaat psikologi dan emosional bila menggunakan merek yang sudah populer. Konsumen merasa nyaman bila banyak masyarakat yang juga mengkonsumsi merek tersebut. Konsumen merasa tepat pilihannya pada produk tersebut karena merasa bahwa banyak konsumen lain yang juga mengkonsumsi produk dengan merek yang sama. Popularitas produk mengindikasikan

tingginya pangsa pasar, tetapi juga dapat memberikan pengaruh negatif pada kualitas yang dirasakan.

Konsumen merasa bahwa barang atau jasa populer yang dikonsumsi dalam jumlah banyak oleh masyarakat umum akan menurunkan *image* terhadap produk-produk yang eksklusif. Saat popularitas meningkat, kemungkinan eksklusifitas menurun karena perasaan prestise dan status. Sebagian masyarakat tersebut merasakan bahwa dengan mengkonsumsi barang publik yang dikonsumsi oleh banyak orang, perasaan eksklusifitasnya merasa menurun bila mereka juga mengkonsumsi barang tersebut. Kondisi inilah yang mengakibatkan penurunan jumlah pembelian pada produk yang banyak diminati dan dibeli oleh masyarakat banyak.

Pengukuran pangsa pasar dapat dilakukan dengan menggunakan '*Herfindahl Index*' yaitu suatu indeks yang menyatakan perbandingan antara besarnya pasar aktual dari perusahaan dibandingkan dengan total pangsa pasar yang ada pada satu wilayah tertentu (*county*). Penelitian PIMS (*Profit Impact at Market Strategy*) menunjukkan adanya korelasi kuat antara kualitas (yang diterima pelanggan) dengan pangsa pasar sebagai indikasi dari meningkatnya kepercayaan masyarakat. Dengan kata lain, salah satu faktor yang mendongkrak pangsa pasar adalah peningkatan kualitas. Anderson, Fornell dan Lehman (1994) mengemukakan terdapat hubungan yang positif antara kepuasan pelanggan dengan pangsa pasar, khususnya untuk jangka panjang. Meningkatnya pangsa pasar dapat memproduksi skala ekonomi yang lebih besar, dan pada perusahaan yang membayar dengan harga yang lebih rendah, akan meningkatkan *value* perusahaan dan selanjutnya akan meningkatkan kepuasan pelanggan.

Peningkatan pangsa pasar dapat juga mempengaruhi frekuensi pemanfaatan (utilisasi) pelayanan kesehatan (Zastowny et al., 1983). Utilisasi juga dapat disebabkan oleh meningkatnya pasien masuk rumah sakit, rujukan pasien dan kunjungan ulang. Disamping itu juga merupakan refleksi kualitas personil dan image masyarakat yang merupakan dukungan masyarakat terhadap keberadaan jasa pelayanan kesehatan tersebut

2.2.5.1.2. Kompetensi karyawan

Kinerja seseorang pada dasarnya ditentukan oleh tiga factor yaitu : kompetensi (*competencies*), lingkungan kerja (*environment*) dan motivasi (*motivation*). Agar seseorang dapat melaksanakan pekerjaan secara efektif dia harus mengetahui cara melaksanakan pekerjaan itu, harus ingin melaksanakannya dan harus mendapat dukungan lingkungan yang kondusif. Lingkungan dalam hal ini adalah lingkungan dalam organisasi yang antara lain berupa iklim kerja, dukungan untuk pengembangan kelompok kerja dan penghargaan. Lingkungan diluar organisasi adalah sosial budaya masyarakat tempat seseorang bekerja. Bila salah satu dari faktor ini tidak ada, maka tidak mungkin ia akan benar-benar efektif.

Kompetensi didefinisikan (Spencer and Spencer, 1993) sebagai karakteristik yang mendasari seseorang dan berkaitan dengan efektivitas kinerja individu dalam pekerjaannya (*an understanding characteristic's of an individual which is causally related to criterion-referenced effective and or superior performance in a job or situation*). Definisi tersebut mengandung makna bahwa kompetensi adalah bagian kepribadian yang mendalam dan melekat kepada seseorang serta perilaku yang dapat diprediksi pada berbagai keadaan dan tugas pekerjaan. Kompetensi juga merupakan sesuatu yang menyebabkan atau memprediksi perilaku dan kinerja. Kompetensi juga memprediksi

siapa yang berkinerja baik dan kurang baik, yang diukur dari kriteria atau standar yang digunakan.

Penentuan tingkat kompetensi dibutuhkan agar dapat mengetahui tingkat kinerja yang diharapkan untuk kategori baik atau rata-rata. Menurut Spencer and Spencer (1993) karakteristik kompetensi adalah :

(1) *Motives* adalah sesuatu dimana seseorang secara konsisten berfikir sehingga dia melakukan tindakan.

(2) *Traits*, adalah watak yang membuat orang untuk berperilaku atau bagaimana orang merespons sesuatu dengan cara tertentu, misalnya percaya diri, pengendalian diri, *stress resistance*.

(3) *Self concept*, adalah sikap dan nilai-nilai yang dimiliki seseorang.

(4) *Knowledge*, adalah informasi yang dimiliki seseorang untuk bidang tertentu, dan *knowledge* merupakan kompetensi yang kompleks

(5) *Skills*, adalah kemampuan untuk melaksanakan suatu tugas tertentu baik secara fisik maupun mental.

Kompetensi pengetahuan (*knowledge competencies*) dan kompetensi keahlian (*skill competencies*) cenderung lebih nyata dan relatif mudah dilihat sebagai salah satu karakteristik yang dimiliki manusia. Sedangkan konsep diri (*self concept*), watak atau sifat (*traits*), dan motif (*motives*) merupakan kompetensi yang lebih tersembunyi yang berada pada kepribadian manusia (Spencer and Spencer, 1993).

Menurut Spencer dan Spencer (1993) kompetensi dapat dibagi atas dua kategori yaitu '*threshold*' dan '*differentiating*' untuk memprediksi kinerja suatu pekerjaan. *Threshold competencies* adalah karakteristik utama (biasanya pengetahuan atau keahlian

dasar) yang harus dimiliki oleh seorang karyawan agar dapat melaksanakan pekerjaannya, tetapi tidak untuk membedakan yang berkinerja tinggi dan rata-rata. Sedangkan *differentiating competencies* adalah faktor-faktor yang membedakan individu yang berkinerja tinggi dan rendah

Jika kita lihat beberapa penulis lainnya menyatakan bahwa faktor penentu daya saing jangka panjang perusahaan terletak pada kemampuan sumber daya manusia organisasi tersebut dalam memanfaatkan pengetahuan yang mereka kuasai untuk memproduksi produk dan jasa yang menghasilkan value bagi pelanggan. *“To compete effectively, business must attract, retain, motivate, and utilize effectively the most talented people they can find”*.

Secara hirarkis, aktivitas yang dilakukan karyawan merupakan wujud dari kompetensi atau kapabilitas, dan kompetensi merupakan cerminan pengetahuan, serta pengetahuan adalah refleksi dari intelegensia (Tuomi, 1999). Kompetensi personil tersebut oleh Tuomi (1999) merupakan istilah yang sama dengan kapabilitas karyawan. Kaplan dan Norton (1996) menyatakan bahwa faktor pendorong khusus untuk situasi dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan adalah kapabilitas atau kompetensi karyawan. Faktor enabler dari kompetensi karyawan adalah tenaga kerja yang telah dilatih (*employ trained*).

Para karyawan yang telah dilatih harus berani mengambil berbagai tanggung jawab agar tujuan pelanggan dan proses bisnis internal perusahaan dapat tercapai. Mereka harus berubah dari sekedar memberikan reaksi terhadap permintaan pelanggan menjadi secara proaktif mengantisipasi kebutuhan pelanggan, dan memasarkan serangkaian produk dan jasa yang lebih luas kepada pelanggan. Transformasi ini merupakan

perubahan peran dan tanggungjawab yang sekarang dibutuhkan oleh perusahaan dari karyawannya. Transformasi ini memerlukan pelatihan kembali para karyawan sehingga kepandaian dan kreativitas dapat dimobilisasi untuk mencapai kinerja perusahaan yang lebih baik.

2.2.5.1.3. Komitmen karyawan

Salah satu faktor penting yang berpengaruh terhadap kelangsungan hubungan (*relationship*) adalah tingkat komitmen (keterikatan) seseorang terhadap yang lain dan terhadap hubungan itu sendiri (Luthans, 1996). Jika terjadi hubungan yang memburuk, maka komitmen yang kuat akan mempertahankan hubungan tersebut. Sebaliknya bila komitmen lemah dan orang meragukan adanya alasan untuk tinggal bersama, maka hubungan tersebut akan lebih cepat memburuk. Demikian pula hubungan antara karyawan dengan organisasi tempat dimana mereka bekerja akan menimbulkan komitmen pula.

Menurut Luthans (1996) komitmen organisasi didefinisikan sebagai keadaan keinginan yang kuat dari para anggota organisasi untuk meningkatkan diri dalam sebuah organisasi secara sukarela dan berusaha secara keras untuk kepentingan organisasi. Dengan demikian komitmen tidak lain merupakan kesetiaan para anggota dan pimpinan terhadap organisasinya. Komitmen merupakan proses yang berkelanjutan dimana para anggota organisasi masing-masing menyumbangkan kontribusi terhadap kemajuan organisasi. Komitmen yang tinggi akan sangat menentukan tingkat retensi karyawan dan produktivitas kerja yang baik serta rasa memiliki. Retensi karyawan adalah tingkat keterikatan karyawan dengan organisasinya. Semakin tinggi komitmen maka semakin

menerima sikap dan perilaku kelompok dan nilai yang berlaku dalam kelompok. Kekuatan negatif juga mempertahankan seseorang untuk tidak keluar dari kelompok dan meningkatkan komitmen. Kekuatan negatif ini meliputi: sedikit atau tidak mempunyai alternatif lain selain tetap sebagai anggota kelompok, telah banyak investasi di kelompok tersebut sehingga rugi bila keluar dari kelompok.

Faktor-faktor penentu komitmen secara garis besar dibagi ke berbagai hal yaitu : faktor personal yang meliputi : motivasi bekerja, usia, kepribadian dan pendidikan, serta faktor-faktor organisasi yang meliputi : kepemimpinan, iklim bekerja dan kompensasi baik kompensasi finansial maupun non finansial (Luthans, 1996). Model kepemimpinan dari pemimpin puncak dan supervisor yang berbasis prinsip desentralisasi partisipatif akan lebih membangkitkan komitmen dibandingkan kepemimpinan yang otokratif. Keadaan tempat bekerja, hubungan antar karyawan, kepercayaan kepada sistem, keterbukaan dan berbagai hal lainnya merupakan bagian dari iklim bekerja yang dapat meningkatkan komitmen. Menurut Greenberg & Baron (dalam PMPK FK UGM, 2000) menguraikan tiga dimensi dari komitmen organisasi, yaitu :

- (1) komitmen afektif yaitu komitmen yang melibatkan rasa memiliki, dan terlibat dalam organisasi. Seseorang yang bekerja lebih lama sejak berdirinya organisasi tersebut seharusnya akan memiliki komitmen lebih besar jika diberikan penghargaan oleh organisasinya. Komitmen ini lebih bersifat mengikat antar karyawan.
- (2) komitmen *continuance*, yaitu komitmen yang didasarkan atas biaya (*cost*) yang akan ditanggung oleh karyawan jika meninggalkan organisasi. Pada dimensi ini yang menentukan komitmen adalah faktor rasional yang mempertimbangkan untung rugi yang didapat anggota organisasi jika dia berada di organisasi tersebut. Karyawan

sebagai individu merasakan sebagai bagian dari masyarakat yang terhormat dan memiliki kepedulian, dalam diri karyawan tersebut akan tumbuh komitmen (Mulyadi, 1999). Komitmen karyawan ditentukan oleh seberapa jauh kemampuan manajemen perusahaan dalam menginspirasi, memotivasi, dan mengikat orang lain mengikuti agenda perusahaan (Setiawan, 1999). Komitmen kepada atasan atau (supervisor) berhubungan positif dengan kinerja dan komitmen kepada atasan tersebut lebih kuat asosiasinya dengan kinerja dibandingkan komitmen kepada organisasi (Becker, 1996).

2.2.5.2. Komponen proses

Dalam komponen proses ini, beberapa variabel yang berpengaruh terhadap kualitas pelayanan meliputi manajemen mutu dan proses layanan internal di rumah sakit.

2.2.5.2.1. Manajemen mutu rumah sakit

Garvin (1991) mengemukakan bahwa upaya perbaikan mutu melalui manajemen mutu terpadu akan menciptakan kesempurnaan mutu industri. Komponen-komponen ini dapat pula dipakai untuk mengukur konsep manajemen mutu pada perusahaan manufaktur, jasa, bisnis kecil termasuk pelayanan kesehatan dan organisasi pendidikan. Kriteria yang digunakan untuk menilai manajemen mutu digunakan kategori dari *Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA)* yang meliputi (1) kepemimpinan, (2) informasi dan analisis, (3) perencanaan mutu strategik, (4) pengembangan manajemen sumber daya manusia, (5) manajemen kualitas proses, dan (6) fokus pada kepuasan pelanggan serta (7) hasil-hasil perbaikan mutu operasional (Dean and Bowen, 1994; Brelin et al., 1997).

Kepemimpinan merupakan seni menemukan jalan mana yang akan ditempuh seseorang dan kemudian memimpin didepan. Kepemimpinan merupakan kesatuan dari

proses dari perbaikan mutu. Kepemimpinan merupakan pendorong dari proses mutu dan merupakan salah satu dari tujuh kategori utama yang digunakan untuk menilai keunggulan bisnis. Informasi dan analisis, perencanaan mutu strategik, pengembangan dan manajemen sumber daya manusia serta manajemen suatu proses yang merupakan suatu sistem diselenggarakan dalam rangka untuk mencapai hasil-hasil mutu operasional yang berfokus pada kepuasan pelanggan (Brelin et al., 1997)

Dalam kaitannya dengan manajemen sebagai filosofi atau pendekatan, maka dapat dibedakan menurut prinsip, praktek dan teknik. Terdapat tiga prinsip yaitu fokus pada pelanggan, perbaikan yang terus menerus dan kerjasama dalam tim (*teamwork*). Fokus pada pelanggan dimaksudkan sebagai kepuasan pelanggan (Hauser & Clausing, 1988). Perbaikan yang terus menerus dimaksudkan sebagai komitmen untuk terus memperbaiki teknik dan administrasi dari proses untuk memperoleh hasil yang lebih baik. Kerjasama tim artinya merupakan suatu kolaborasi antara manajer dan non manajer, antara fungsi dan antara pelanggan dan pemasok. Tiga prinsip tersebut berkaitan satu dengan lainnya, perbaikan terus menerus dimaksudkan untuk mencapai kepuasan pelanggan, dan efektif untuk memacu kebutuhan pelanggan sebagai suatu kesatuan dalam tim.

Manajemen mutu telah diterapkan pada berbagai organisasi jasa pelayanan kesehatan. Keberhasilan manajemen mutu pelayanan kesehatan sangat tergantung pada komitmen pimpinan. Gaspersz (1997) mengemukakan terdapat 7 (tujuh) konsep dasar pengembangan manajemen mutu pelayanan kesehatan yang meliputi : (1) kualitas harus dimulai dari atas, yang merupakan komitmen pimpinan, (2) partisipasi aktif dari karyawan, (3) merupakan usaha yang terus menerus serta menjadi bagian integral dari filosofi dan kultur operasional organisasi, (4) orientasi pada kepuasan pelanggan, (5)

diterapkan pada semua lini perusahaan, (6) kualitas akan menghemat biaya (efisiensi) dan (7) keterlibatan pemasok peralatan medik dan bahan pendukung.

2.2.5.2.2. Proses layanan internal rumah sakit

Penelitian yang dilakukan oleh Valvona (1988) mengenai pengelolaan rumah sakit dalam hubungannya dengan kinerja menunjukkan bahwa kepemilikan rumah sakit mempengaruhi kinerjanya. Rumah sakit yang dimiliki oleh investor swasta sangat menguntungkan dibandingkan dengan rumah sakit milik pemerintah. Rasio hutang dan modal sendiri untuk rumah sakit pemerintah relatif kecil, sedangkan rumah sakit *'not for profit'* mempunyai kinerja keuangan yang lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah. Investasi rumah sakit tampaknya cukup menjanjikan karena penghasilan saham dari industri rumah sakit swasta mencapai 2-3 kali dibandingkan dengan industri lain.

Goes dan Zhan (1995) yang mengadakan penelitian dengan menggunakan tiga strategi integrasi rumah sakit dan dokter, yang meliputi keterlibatan dokter di rumah sakit pemerintah, kepemilikan rumah sakit oleh dokter dan integrasi dokter dalam rumah sakit dalam bidang finansial. Dokter yang terlibat di rumah sakit pemerintah mampu meningkatkan *'occupancy'* dan *'operating margin'* rumah sakit, sedangkan rumah sakit yang dimiliki dokter relatif lebih rendah tingkat keuntungannya karena terjadi peningkatan biaya. Integrasi dokter dalam rumah sakit dalam bidang keuangan mampu menurunkan biaya operasional rumah sakit. Kepemilikan rumah sakit menurut Vogel (1993) tidak berhubungan secara signifikan dengan keuntungan. Keuntungan suatu rumah sakit mempunyai elastisitas yang cukup tinggi, dengan rasio hutang dan asset, intensitas tenaga dan program asuransi kesehatan.

Cody (1995) membuat model strategi adaptasi melalui perbaikan lingkungan bisnis, kompetisi, sosio demografi dan karekteristik rumah sakit yang mampu mempengaruhi kinerja rumah sakit khususnya penghematan biaya, pertumbuhan, akses dan perbaikan kualitas layanan. Pengembangan rumah sakit melalui perencanaan strategis berhubungan secara signifikan dengan peningkatan kinerja organisasi kesehatan, yang meliputi laba, penurunan biaya, peningkatan *operating margin*, peningkatan pendapatan dari perawatan pasien. Strategi yang dipakai adalah pemasaran, pengendalian manajemen, diversifikasi layanan.

Peningkatan produktivitas, diversifikasi layanan kesehatan serta reaksi terhadap kompetisi, ternyata mampu meningkatkan kinerja keuangan rumah sakit dan produktivitas tenaga kerjanya (Eastaugh, 1992). Diversifikasi yang dilakukan berkaitan dengan bisnis pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keseimbangan antara kemampuan biaya dan spesialisasi kualitas produknya, dengan prioritas pada aspek layanan kesehatan dan bukan layanan non kesehatan. Penerapan sistem perencanaan strategis di rumah sakit dengan indikator yang meliputi pemasaran, pengendalian manajemen, diversifikasi pelayanan dan diversifikasi pelayanan akut mampu meningkatkan *profit per hari rawat*, *operating margin*, dan efektivitas perencanaan tetapi dilain pihak menurunkan biaya dan meningkatkan *revenue* pasien per hari rawat (Smith, et al, 1995)

2.2.6. Pengukuran kinerja bisnis

Kinerja suatu organisasi dipengaruhi oleh sistem manajemen organisasi yang mengkoordinasikan dan mengawasi berbagai hubungan dalam organisasi maupun hubungan antara organisasi dengan lingkungannya (Koontz, 1992). Anderson dan

Clancy (1991) mendefinisikan pengukuran kinerja sebagai : “ *feed back from the accountant to management that provides information about how well the actions represent the plans; it also identifies where managers may need to make corrections or adjustments in future planning and controlling activities*”. Sedangkan Anthony, et al (1997) mendefinisikan pengukuran kinerja sebagai : “ *the activity of measuring the performance of an activity or the entire value chain*”.

Dari definisi-definisi tersebut dapat dikatakan bahwa pengukuran kinerja adalah tindakan pengukuran yang dilakukan terhadap berbagai aktivitas dalam rantai nilai yang ada pada perusahaan. Hasil pengukuran tersebut kemudian digunakan sebagai umpan balik yang akan memberikan informasi tentang prestasi pelaksanaan suatu rencana dan titik di mana perusahaan memerlukan penyesuaian-penyesuaian atas aktivitas perencanaan dan pengendalian. Menurut Yuwono, Sukarno dan Ichsan (2002), pengukuran kinerja sendiri merupakan sarana bagi manajemen untuk mengetahui sejauh mana tujuan perusahaan telah tercapai, menilai prestasi bisnis, manajer, divisi, dan individu dalam perusahaan serta untuk memprediksi harapan-harapan perusahaan di masa mendatang.

Dalam lingkungan persaingan yang kian turbulen, proses pengambilan keputusan manajemen perlu didukung dengan sistem tolok ukur kinerja integratif, di mana secara internal konsisten dengan visi, misi dan strategi perusahaan disertai kemampuan umpan balik yang semakin cepat, serempak dan simultan. Untuk menanggapi peluang dan ancaman dalam persaingan yang sengit, tolok ukur yang hanya mampu melaporkan secara agregatif hasil antara (*result terminal*) dari output akuntansi manajemen tradisional yang *accountability-based*, jelas sudah tidak memadai (Prakarsa, 1997).

Dalam manajemen tradisional, pengukuran kinerja dilakukan dengan menetapkan secara tegas tindakan tertentu yang diharapkan akan dilakukan oleh karyawan dan melakukan pengukuran kinerja untuk memastikan bahwa karyawan melaksanakan tindakan sebagaimana diharapkan. Sebaliknya, dalam era manajemen informasi sekarang ini, bergeser menuju pemotivasian karyawan sebagai *human capital*, untuk mewujudkan visi dan strategi perusahaan (Mulyadi dan Setyawan, 1999). Sarana pengukuran bagi kinerja strategis dan operasionalisasi strategi (*action*) melalui *lagging indicators* dan *lead indicators* adalah *Balanced Scorecard*. Tolok ukur keuangan adalah *lag indicators* yang melaporkan *outcomes* sebagai hasil dan konsekuensi tindakan-tindakan masa lalu.

Pendekatan *Balanced Scorecard* tetap mempertahankan tolok ukur kinerja keuangan dan melengkapinya dengan tolok ukur pemicu (*drivers*) atau *lead indicators*, yakni suatu tolok ukur yang dipersamakan dengan kinerja keuangan masa depan. Tolok ukur inilah yang disebut sebagai tolok ukur non keuangan, yang menjelaskan bagaimana kinerja keuangan dapat dicapai, baik dalam jangka pendek maupun jangka panjang.

2.2.6.1. Pengukuran kinerja dengan pendekatan *Balanced Scorecard* (BSC)

Selain menggunakan ukuran konvensional, Kaplan dan Norton (1996) memberikan suatu solusi untuk pengukuran kinerja usaha yang memiliki cakupan pengukuran yang lebih komprehensif, karena selain mempertimbangkan kinerja finansial, juga mempertimbangkan kinerja-kinerja non finansial yang dikenal dengan *Balanced Scorecard*. Disamping itu, *balanced scorecard* bukan hanya mengukur hasil akhir (*outcome*) tetapi juga aktivitas-aktivitas penentu hasil akhir (*driver*). Pengukuran *driver* tersebut konsisten dan merupakan perwujudan dari pendapat Porter (1991) yang

menyatakan bahwa *only by moving to the level of underlying drivers can the true sources of competitive advantage be identified.*

Balanced Scorecard merupakan suatu metode penilaian kinerja yang mempertimbangkan empat perspektif pengukuran yaitu perspektif keuangan, perspektif konsumen, perspektif proses bisnis internal dan perspektif proses pembelajaran dan tumbuh dari suatu perusahaan. Keempat perspektif tersebut merupakan upaya untuk menterjemahkan visi dan strategi perusahaan dalam terminologi operasional.

Dalam mengimplementasikan *Balanced Scorecard* di pelayanan kesehatan, Chouw, et al. (1998) juga menggunakan empat perspektif dengan indikator yang telah dimodifikasi sesuai dengan aspek pelayanan kesehatan, yaitu *customer perspective*, *internal business process perspective*, *learning and growth perspective* dan *financial perspective*. Rumah sakit sebagai lembaga usaha perlu untuk memperhatikan konsep *balanced scorecard* ini agar berkembang lebih pesat. Prinsip *balanced scorecard* yang dimodifikasi untuk rumah sakit pemerintah harus memperhatikan fungsi sosial dari rumah sakit itu sendiri.

2.2.6.1.1. Perspektif pelanggan

Dalam perspektif pelanggan, terdapat dua kelompok pengukuran. Pertama, adalah apa yang disebut *core measurement group* yang mengukur tingkat kepuasan (*satisfaction*), loyalitas (*loyalty*), retensi (*retention*), akuisisi (*acquisition*) konsumen dari pasar yang ditargetkan, dan *customer profitability* yang mengukur tingkat keuntungan yang diperoleh dari target pasar yang dilayani. Kedua, adalah *customer value proposition* yang menggambarkan *performance drive* yang menyangkut pertanyaan apa yang harus disajikan perusahaan untuk mencapai tingkat kepuasan, loyalitas, retensi dan akuisisi

konsumen yang tinggi. *Value proposition* menggambarkan atribut yang disajikan oleh perusahaan dalam produk atau jasa yang dijual untuk menciptakan loyalitas dan kepuasan konsumen. Atribut yang disajikan perusahaan berbeda dalam tiga kategori, yaitu :

(a) *Product/service attribute* meliputi fungsi dari produk atau jasa, harga dan kualitasnya.

Contohnya adalah tingkat harga eceran relatif, tingkat daya guna produk atau jasa, tingkat pengembalian produk atau jasa sebagai akibat ketidaksempurnaan proses produksi, mutu peralatan dan fasilitas yang digunakan, kemampuan sumber daya manusia serta tingkat efisiensi produksi.

(b) *Customer relationship* menyangkut perasaan pelanggan terhadap proses pembelian, perasaan konsumen yang dapat dipengaruhi oleh tingkat responsibilitas dan komitmen perusahaan terhadap pelanggan. Tolak ukur-tolak ukur yang termasuk sub kelompok ini misalnya tingkat fleksibilitas perusahaan dalam memenuhi kebutuhan pelanggannya, tingkat ketersediaan produk-produk yang diinginkan konsumen, penampilan fisik dan mutu layanan yang diberikan serta penampilan fisik fasilitas penjualan (kebersihan, keamanan, kenyamanan, keserasian dekorasi dan lain-lain).

(c) *Image and reputation* menggambarkan faktor-faktor *intangible* yang menarik seorang konsumen untuk berhubungan dengan perusahaan. Membangun citra dan reputasi dapat dilakukan melalui iklan, dan menjaga kualitas seperti apa yang dijanjikan.

Dalam kaitannya dengan perspektif pelanggan, maka indikator yang tepat adalah kepuasan pelanggan yang meliputi kualitas pelayanan dan kecepatan layanan yang harus dilakukan dengan survey pelanggan (Kaplan dan Norton, 1996). Dari sudut pandang pelanggan, kepuasan dan ketidakpuasan adalah suatu keadaan yang hampir pasti terjadi

sebagai konsekuensi pembelian atau konsumsi. Produk atau jasa dinyatakan memuaskan bila mempunyai kapasitas untuk menyajikan apa yang sedang dicari oleh pelanggan.

Dalam bidang kesehatan, peningkatan kepuasan pelanggan sangat relevan jika diukur dari frekuensi pemanfaatan (utilisasi) pelayanan kesehatan, yang relevan dengan kebutuhan teori maupun klarifikasi empirik (Zastowny, et al., 1983) Disamping itu juga menggunakan ukuran kunjungan rawat darurat, jumlah pasien masuk rumah sakit, rujukan pasien, pangsa pasar dan pasien kunjungan ulang.

Untuk mempertahankan dan meningkatkan pangsa pasar dalam segmen pelanggan sasaran harus diawali dengan mempertahankan pelanggan yang ada di segmen tersebut. Penemuan riset pada *service-profit chain* telah menunjukkan pentingnya retensi pelanggan (Hesket et al, 1994). Selain mempertahankan pelanggan, banyak perusahaan menginginkan dapat mengukur loyalitas pelanggan melalui persentase pertumbuhan bisnis dengan pelanggan yang ada saat ini (Kaplan dan Norton, 1996).

2.2.6.1.2 Perspektif proses bisnis internal

Setiap perusahaan memiliki seperangkat proses penciptaan nilai yang unik bagi konsumennya. Secara umum Kaplan dan Norton membagi perspektif ini kedalam tiga tahapan yaitu tahap inovasi, operasi dan layanan purna jual.

(a) Inovasi. Pada tahapan ini perusahaan berusaha mengidentifikasi keinginan dan kebutuhan pelanggan (baik pelanggan sekarang maupun pelanggan potensialnya) untuk masa kini dan masa mendatang. Tahapan ini dapat pula disebut sebagai tahapan penelitian dan pengembangan, karena mayoritas keinginan inovasi berada pada fungsi litbang perusahaan. Tolok ukur yang dipakai pada tahapan ini adalah banyaknya produk baru yang berhasil dikembangkan secara relatif, besarnya penjualan produk

baru tersebut, lama waktu untuk menjual produk baru, besarnya biaya yang dibutuhkan untuk mengembangkan produk baru serta *break even time*.

(b) Operasi. Tahapan ini merupakan tahapan aksi, dimana perusahaan secara nyata berupaya untuk memberikan solusi kepada para pelanggan dalam memenuhi keinginan dan kebutuhan mereka. Alternatif tolok ukur yang dapat digunakan antara lain *manufacturing cycle effectiveness (MCE)*, tingkat kerusakan produk pra penjualan, banyaknya bahan baku yang terbuang percuma, frekuensi pengerjaan ulang produk, banyaknya permintaan pelanggan yang tidak terpenuhi serta tingkat efisiensi per kegiatan produksi.

(c) Layanan purna jual. Dalam tahapan ini perusahaan berupaya memberikan manfaat tambahan kepada para pelanggan yang telah membeli produk-produknya dalam bentuk berbagai layanan pasca transaksi jual beli. Tolok ukur yang digunakan adalah jangka waktu yang dibutuhkan untuk memenuhi permintaan pemeliharaan produk, perbaikan kerusakan atau penggantian suku cadang dari para pelanggan (*response time*), tingkat efisiensi per layanan purna jual serta tingkat limbah berbau, beracun dan berbahaya (B3) yang dihasilkan dalam proses produksi.

Dalam upaya perbaikan proses bisnis internal, maka perusahaan dapat mengembangkan dua tujuan kinerja proses internal, yaitu meminimumkan tingkat kesalahan dan pengerjaan ulang serta meningkatkan usulan yang berharga. Langkah tersebut didesain secara berkesinambungan untuk memperbaiki efisiensi dan efektivitas pekerjaan. Tolok ukur *estimated value of employee suggestions* menciptakan insentif untuk menambah nilai perusahaan dapat dipakai sebagai ukuran kinerja proses bisnis internal.

2.2.6.1.3. Perspektif pembelajaran dan pertumbuhan

Proses pembelajaran dan pertumbuhan organisasi bersumber dari tiga prinsip, yaitu *people*, *system* dan *organizational procedure*. Perspektif keuangan, pelanggan dan sasaran dari proses bisnis internal, dapat mengungkapkan kesenjangan yang besar antara kemampuan yang ada dari orang, sistem dan prosedur dengan apa yang dibutuhkan untuk mencapai kinerja yang unggul. Untuk memperkecil kesenjangan tersebut perusahaan harus melakukan investasi dalam bentuk *reskilling employees*, meningkatkan kemampuan sistem dan teknologi informasi, meluruskan prosedur dan perbaikan rutinitas. *Balanced Scorecard* menekankan pentingnya investasi untuk masa depan khususnya yang berkaitan dengan kemampuan pekerja, kemampuan sistem informasi dan motivasi, pemberdayaan dan pensejajaran.

Dalam kaitannya dengan pekerja, ada tiga hal yang harus diperhatikan yaitu tingkat kepuasan pekerja, retensi dan produktivitas pekerja. Tingkat kepuasan pekerja dapat diukur dari keterlibatan dalam pengambilan keputusan, pengakuan, akses untuk memperoleh informasi, dorongan aktif untuk melakukan kreativitas dan inisiatif serta dukungan atasan. Retensi pekerja adalah kemampuan untuk mempertahankan pekerja-pekerja terbaiknya untuk terus berada dalam perusahaannya. Produktivitas pekerja merupakan hasil dari pengaruh agregat dari peningkatan keahlian dan moral, inovasi, perbaikan proses bisnis internal dan tingkat kepuasan konsumen.

Dalam organisasi pelayanan kesehatan, perspektif ini lebih banyak memakai indikator yang merefleksikan kemampuan dan produktivitas personilnya, khususnya tenaga perawatan kesehatan (dokter dan perawat). Disamping itu dapat pula diusulkan teknologi tepat guna yang diterapkan, perbaikan terus menerus dan aktivitas penelitian

oleh dokter. Khusus yang berkaitan dengan produktivitas penelitian, dapat ditambahkan indikator jumlah persentasi dan publikasi profesional, jumlah prosedur (protap) baru yang diciptakan, jumlah pengembangan instruksional yang sedang berjalan. Dapat pula ditambahkan jumlah karyawan yang menghadiri seminar, pendidikan dan pelatihan, konferensi, lokakarya yang merupakan langkah pencapaian tujuan inovasi dan pembelajaran tercapai (Trisnantoro, 2001). Ukuran produktivitas karyawan yang paling sederhana adalah pendapatan per pekerja (Kaplan dan Norton, 1996). Dengan semakin efektifnya pekerja dalam menjual lebih banyak produk dan jasa dengan nilai tambah yang meningkat, pendapatan per pekerja seharusnya juga meningkat

Setelah memilih ukuran utama untuk kelompok pengukuran utama pekerja yakni produktivitas pekerja, perusahaan selanjutnya mengidentifisir faktor pendorong khusus untuk situasi dalam perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Faktor pendorong tersebut adalah kapabilitas karyawan yang oleh Kaplan dan Norton (1996) sebagai faktor enabler adalah tenaga kerja yang telah dilatih (*employ trained*).

2.2.6.1.4. Perspektif keuangan

Tujuan finansial merupakan fokus tujuan dan ukuran disemua perspektif di dalam *Balanced Scorecard* lainnya. Setiap ukuran terpilih harus merupakan bagian dari hubungan sebab akibat yang pada akhirnya akan dapat meningkatkan kinerja keuangan.

Tujuan finansial mungkin sangat berbeda untuk setiap tahap siklus hidup bisnis. Teori strategi bisnis menawarkan beberapa strategi yang berbeda yang dapat diikuti oleh unit bisnis, dari pertumbuhan pangsa pasar yang agresif sampai kepada konsolidasi bisnis, keluar dan likuidasi. Tahapan bisnis meliputi bertumbuh (*growth*), bertahan (*sustain*) dan menuai (*harvest*)

Perusahaan yang sedang tumbuh (*growth*) berada pada awal siklus hidup perusahaan. Mereka menghasilkan produk dan jasa yang memiliki potensi pertumbuhan. Untuk memanfaatkan potensi ini, mereka harus melibatkan sumberdaya yang cukup banyak untuk mengembangkan dan meningkatkan berbagai produk dan jasa baru; membangun dan memperluas fasilitas produksi; membangun kemampuan operasi menanamkan investasi dalam sistem, infrastruktur dan jaringan distribusi yang akan mendukung terciptanya hubungan global; dan memelihara serta mengembangkan hubungan yang erat dengan pelanggan. Perusahaan dalam tahap pertumbuhan mungkin beroperasi dengan arus kas yang negatif dan pengembalian modal investasi yang rendah. Investasi yang dibuat untuk masa depan mungkin mengkonsumsi uang kas yang lebih banyak dari yang dapat dihasilkan saat ini oleh produk, jasa, dan pelanggan perusahaan yang masih terbatas. Tujuan finansial keseluruhan perusahaan dalam tahap pertumbuhan adalah persentase tingkat pertumbuhan pendapatan, dan tingkat pertumbuhan penjualan diberbagai pasar sasaran, kelompok pelanggan, dan wilayah.

Perusahaan berada pada tahap bertahan (*sustain*), yakni situasi dimana unit bisnis masih memiliki daya tarik bagi penanaman investasi dan investasi ulang, tetapi diharapkan mampu menghasilkan pengembalian modal yang cukup tinggi. Unit bisnis seperti ini diharapkan mampu mempertahankan pangsa pasar yang dimiliki dan secara bertahap tumbuh tahun demi tahun. Proyek investasi akan lebih diarahkan untuk mengatasi berbagai kemacetan, perluasan kapasitas, dan peningkatan aktivitas perbaikan yang berkelanjutan, dibanding investasi yang memberikan pengembalian modal dan pertumbuhan jangka panjang seperti yang dilakukan pada tahap pertumbuhan.

Kebanyakan unit bisnis yang hidup pada masa bertahan (*sustain*) ini, akan menetapkan tujuan finansial yang terkait dengan profitabilitas. Tujuan seperti ini dapat dinyatakan dengan memakai ukuran yang terkait dengan laba akuntansi seperti laba operasi dan marjin kotor. Ukuran yang digunakan untuk unit bisnis seperti ini menyelaraskan laba akuntansi yang dihasilkan dengan tingkat investasi yang ditanamkan. Ukuran yang biasanya dipakai adalah tingkat pengembalian investasi, *return-on-capital-employed*, dan nilai tambah ekonomis.

Perusahaan pada suatu saat akan mencapai tahap kedewasaan (*maturity*) dalam siklus hidupnya, tahap dimana perusahaan ingin menuai (*harvest*) investasi yang dibuat pada dua tahap sebelumnya. Pada tahap ini, perusahaan tidak lagi membutuhkan investasi yang besar, tetapi cukup untuk pemeliharaan peralatan dan kapabilitas, bukan perluasan atau pembangunan berbagai kapabilitas baru. Tujuan utama pada tahap ini adalah memaksimalkan arus kas kembali ke perusahaan. Tujuan finansial keseluruhan untuk bisnis pada tahap 'menuai' adalah arus kas operasi dan penghematan berbagai kebutuhan modal kerja.

Dengan demikian, tampak jelas bahwa tujuan finansial di setiap tahap sangat berbeda. Tujuan finansial didalam tahap pertumbuhan akan menekankan pada pertumbuhan penjualan, mempertahankan tingkat pengeluaran yang memadai untuk pengembangan produk dan proses, sistem, kapabilitas pekerja, dan penetapan saluran pemasaran, penjualan dan distribusi baru. Tujuan finansial dalam tahap 'bertahan' akan bertumpu pada ukuran finansial tradisional, seperti ROCE, laba operasi, dan marjin kotor, sedangkan pada tahap menuai adalah kelancaran arus kas masuk dan penghematan biaya.

Terdapat tiga kategori utama dari pengukuran kinerja yang dapat digunakan untuk menilai kinerja relatif suatu rumah sakit. Pertama adalah kinerja keuangan yang diukur dari rasio-rasio keuangannya. Penggunaan dari rasio keuangan tersebut sebagai alat analisis untuk mengevaluasi dan memantau kondisi keuangan organisasi dan kinerjanya dengan teknik yang telah ada pada industri umum, yang dapat pula diterapkan pada industri jasa rumah sakit. Kedua adalah pengukuran pada biaya yang merupakan indikator efisiensi rumah sakit dan ketiga adalah yang berkaitan dengan output rumah sakit dari input yang berupa sumberdaya manusia, dan modal (Cleverley, 1991).

2.2.7. Dimensi pengukuran kinerja bisnis

2.2.7.1. Kinerja non keuangan

Di samping kinerja keuangan sebagai *lag indicators*, terdapat kinerja lain yang merupakan *lead indicators*, yaitu kinerja non keuangan. Kinerja non keuangan dalam penelitian ini meliputi kepuasan kerja pelanggan internal (karyawan), kepuasan pelanggan eksternal (pasien), utilisasi dan efisiensi pengelolaan rumah sakit.

2.2.7.1.1. Kepuasan pelanggan internal (karyawan)

Tujuan memenuhi kepuasan kerja karyawan yang merupakan peningkatan moral pekerja dan kepuasan kerja secara keseluruhan merupakan hal yang penting bagi perusahaan. Karyawan yang puas merupakan pra-kondisi bagi meningkatnya produktivitas, daya tanggap, mutu dan layanan pelanggan. Perusahaan yang ingin mencapai tingkat kepuasan yang tinggi perlu memiliki pelanggan yang dilayani oleh karyawan yang terpuaskan oleh perusahaan. Hartline dan Ferrel (1965) mendefinisikan kepuasan kerja sebagai emosi menyenangkan yang dihasilkan dari penilaian suatu

pekerjaan karena keberhasilan suatu pekerjaan. Konsep kepuasan kerja sangat luas karena menyangkut karakteristik dari pekerjaan itu sendiri dan lingkungan kerja.

Dalam kaitannya dengan para pekerja, menurut Kaplan dan Norton (1996) terdapat tiga hal yang perlu ditinjau oleh manajemen, yaitu tingkat kepuasan pekerja, retensi dan produktivitas. Kepuasan pekerja merupakan pra kondisi dari tingkat produktivitas, tanggungjawab, kualitas dan *customer service*. Untuk mengetahui tingkat kepuasan pekerja, perusahaan perlu melakukan *survey* secara reguler.

Menurut teori kepuasan kerja, pemenuhan kebutuhan yang dirasakan oleh pekerja merupakan substansi pokok untuk memperoleh kepuasan kerja. Artinya, pemenuhan berbagai kebutuhan yang diinginkan oleh karyawan merupakan determinan utama kepuasan kerja karyawan. Konsep kepuasan kerja mencakup pengertian yang sangat luas, karena mencakup semua karakteristik dari pekerjaan itu sendiri dan lingkungan kerja tempat karyawan mendapat imbalan, pemenuhan kebutuhan, kepuasan dan bahkan frustrasi atau ketidakpuasan.

Secara operasional, kepuasan kerja terdiri dari beberapa dimensi, termasuk kepuasan terhadap atasan, kemudahan dalam melaksanakan pekerjaan khususnya yang berkaitan dengan ketersediaan dan kelengkapan alat dan peraga untuk melaksanakan pekerjaannya, gaji dan penghargaan dari atasan, dorongan aktif untuk maju, dukungan dari rekan sekerja, keterlibatan dalam pengambilan keputusan pekerjaan, dan kepuasan pelanggan secara keseluruhan. Beberapa hasil penelitian menunjukkan bahwa respon sifat dan perilaku karyawan mempengaruhi persepsi pelanggan terhadap kontak layanan (*service encounter*) dan kualitas layanan (Bitner, 1990). Dalam *service encounters*, ukuran kinerja karyawan adalah kualitas layanan yang dirasakan oleh pelanggan.

Hubungan ini terletak pada interaksi antara karyawan dengan pelanggan, dimana karyawan yang merasa puas mempunyai perilaku untuk membantu pelanggan. Schneider (1990) menemukan bukti bahwa kepuasan karyawan merupakan alasan utama bagi karyawan untuk memberikan layanan yang baik, akan tetapi pada sisi lain, stress peran yang dialami karyawan dan ketidakpuasan merupakan penyebab utama ketidakmampuan untuk memberikan pelayanan yang baik.

Riset lain yang dilakukan oleh Schneider (1980) menemukan bukti bahwa karyawan yang mengalami konflik peran memiliki kecenderungan kepuasan kerja dan kinerja yang rendah, yang pada gilirannya akan menyebabkan rendahnya kualitas layanan yang mereka berikan. Temuan ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Singh (1993) membuktikan bahwa konflik peran yang dialami karyawan pada lini depan akan mengurangi kepuasan kerja dan kinerja karyawan tersebut.

2.2.7.1.2. Kepuasan pelanggan eksternal (pasien)

Pengukuran kepuasan pelanggan pada tingkat atribut, menunjukkan pengukuran perasaan pelanggan terhadap apa yang ditawarkan oleh perusahaan. Hanya dengan mengukur kepuasan terhadap atribut tidak memberikan informasi kepada perusahaan tentang apa yang telah dilakukan oleh perusahaan benar-benar membantu pelanggan menyelesaikan masalahnya seperti yang diinginkan. Data kepuasan terhadap atribut berguna untuk membantu perusahaan menemukan cara mengetahui atribut yang dinyatakan penting oleh pelanggan untuk perbaikan kinerjanya. Hal itu membuat perbaikan atribut yang dilakukan oleh perusahaan mudah ditiru oleh pesaing, dan akan mengikis keunggulan kompetitif yang dimilikinya.

Kepuasan pelanggan sebagai suatu konsep sentral pada pemikiran dan praktek-praktek pemasaran, menekankan pada pemberian kepuasan kepada pelanggan oleh perusahaan penyaji, dalam rangka untuk mendapatkan keuntungan sebagai imbalannya (Yi, 1990). Dari sudut pandang pelanggan, kepuasan adalah suatu keadaan yang hampir pasti terjadi sebagai konsekuensi pembelian atau konsumsi. Produk atau jasa dinyatakan memuaskan bila mempunyai kapasitas untuk menyajikan apa yang sedang dicari oleh pelanggan.

Ada dua tipe definisi kepuasan pelanggan yang dikemukakan oleh Armistead dan Clark (1996) yaitu (1) kepuasan fungsional, merupakan kepuasan yang diperoleh dari fungsi atau pemakaian suatu produk misalnya dengan makan membuat orang menjadi kenyang dan sehat, dan (2) kepuasan psikologikal, merupakan kepuasan yang diperoleh dari atribut yang bersifat tak berwujud (*intangible*) atas pembelian produk.

Armistead dan Clark (1996) mengemukakan bahwa terdapat dua keuntungan dengan memberikan layanan untuk kepuasan pelanggan. Keuntungan pertama yang terbesar yaitu kepercayaan pelanggan, karena pelanggan menilai mutu produk dengan apa yang mereka lihat dan pahami. Keuntungan kedua, bahwa pelanggan mendapat nilai maksimum dari pembeliannya dan memungkinkan pelanggan dengan cepat dan mudah menggunakan seluruh manfaat dari produk yang dibelinya. Manfaat dari produk dan layanan yang diberikan kepada pelanggan akan mengarah kepada peningkatan loyalitas pelanggan. Loyalitas adalah bukti konsumen yang selalu menjadi pelanggan, yang memiliki kekuatan dan sikap positif atas perusahaan. Loyalitas merupakan persentase dari orang yang pernah membeli dan melakukan pembelian ulang sejak pembeliannya yang pertama. Kotler (1997) membagi loyalitas pelanggan menjadi 4 (empat) golongan

yaitu golongan fanatik, golongan agak setia, golongan berpindah kesetiaan dan golongan selalu berpindah-pindah.

Beberapa definisi dikemukakan, bahwa intinya menafsirkan kepuasan pelanggan sebagai akibat dari pengalaman mengkonsumsi (Westbrook & Reilly, 1984; Oliver, 1981). Pendapat yang lain menyatakan kepuasan pelanggan sebagai suatu proses evaluasi (Hunt, 1977; Tse & Wilton, 1988).

Engel, Blackwell dan Miniard (1995) mendefinisikan kepuasan sebagai evaluasi pasca konsumsi di mana suatu alternatif yang dipilih setidaknya memenuhi atau melebihi harapan. Menurut Kotler (1997), kepuasan pelanggan adalah perasaan senang atau kecewa seseorang yang berasal dari perbandingan antara kesan terhadap kinerja (hasil) suatu produk dengan harapan yang dimiliki. Secara umum, kepuasan merupakan suatu perbandingan antara layanan atau hasil yang diterima paling tidak harus sama dengan harapan pelanggan, atau bahkan melebihinya.

Suatu definisi yang secara formal dikemukakan oleh Oliver (1997) dinyatakan konsisten dengan fakta teoritik dan empirik, menyatakan :

“ Satisfaction is the consumer's fulfillment response. It is a judgment that a product or service feature, or the product or service itself, provided (or is providing) a pleasurable level of consumption-related fulfillment, including levels of under or over fulfillment “

Kepuasan hanya dapat dijelaskan bila ada suatu “pemuhan”, jadi harus ada tujuan yang dipenuhi, dan ada satu standar, yang dipakai sebagai dasar perbandingan. Kepuasan adalah evaluasi atau feeling yang dihasilkan oleh proses diskonfirmasi. Jadi bukan perbandingan itu sendiri, melainkan respon pelanggan terhadap perbandingan

yang dilakukan (Woodruff & Gardial, 1996). Metode survei langsung adalah satu cara yang paling banyak digunakan untuk mengetahui adanya kepuasan pelanggan (Kotler, 1997). Namun demikian pelanggan yang tidak puas tidak selalu mengajukan keluhan (Kotler, 1997) dan pelanggan yang melakukan pembelian ulang tidak selalu disebabkan karena kepuasan yang diperoleh dari pembelian sebelumnya.

Perasaan kepuasan bagi pelanggan tergantung pada standar pembandingan mana yang digunakan untuk menilai produk (atau jasa). Dengan standar yang berbeda menimbulkan pertimbangan kepuasan yang sangat berbeda. Pada awalnya teori tentang kepuasan pelanggan mengkonsepkan standar yang sederhana, yaitu harapan bagaimana produk akan melakukan fungsinya. Tetapi hasil penelitian Woodruff & Gardial (1996) membuktikan bahwa standar pembandingan yang digunakan pelanggan berbeda-beda. Standar lain selain harapan yang digunakan sebagai pembandingan adalah produk ideal, produk pesaing, kategori produk yang lain, janji dari para pemasar dan norma industri (Woodruff & Gardial, 1996).

Seperti tersebut dalam *Balanced Scorecard* di atas, atribut pelanggan dibagi dalam tiga kategori yaitu atribut produk atau jasa, hubungan pelanggan, citra dan reputasi. Atribut produk dan jasa mencakup fungsionalitas produk atau jasa, harga dan mutu. Hubungan pelanggan meliputi dimensi *responsiveness* pelanggan yang tampak pada mekanisme perhatian dan komunikasi antara petugas kesehatan dan pasien, akses waktu tanggap dan penyerahan serta kemampuan sumberdaya manusia. Dimensi citra dan reputasi menggambarkan faktor-faktor tak berwujud yang membuat pelanggan tertarik kepada suatu perusahaan. Sebagian perusahaan, melalui pengiklanan dan mutu produk serta jasa yang diberikan, mampu menghasilkan loyalitas pelanggan jauh melampaui

berbagai aspek produk dan jasa yang berwujud. Preferensi pelanggan untuk merek tertentu mengungkapkan kekuatan citra dan reputasi bagi segmen pelanggan sasaran. Penetapan tujuan yang berorientasi pelanggan dan umpan balik eksplisit tentang proposisi nilai yang diberikan diarahkan kepada profesionalisme baru pelaksanaan bisnis perusahaan.

Dengan demikian, perusahaan yang berusaha mengeksploitasi citra dan atribut reputasi menentukan sendiri pelanggan idealnya dan berusaha mempengaruhi perilaku pembelian pelanggan melalui citra yang diasosiasikan dengan pembelian produk perusahaan.

2.2.7.1.3. Efisiensi pengelolaan organisasi

Dalam rangka untuk tetap bertahan pada jalur usaha yang ada, maka perusahaan harus dapat mengupayakan efisiensi dalam pengelolaan operasionalnya. Suatu perusahaan agar tetap bertahan maka rasio profitabilitas dan tingkat pengembalian investasi harus lebih tinggi, dan itu dapat dihasilkan melalui pencapaian tingkat biaya yang bersaing, peningkatan margin operasi, dan pemantauan besarnya pengeluaran tidak langsung dan pendukung (Kaplan dan Norton, 1996). Hal-hal tersebut merupakan upaya penghematan biaya (efisiensi). Efisiensi menggambarkan hubungan antara hasil yang dicapai suatu organisasi dengan perkiraan usaha yang digunakan, seperti tenaga, keuangan, proses, teknologi dan waktu (Supriyanto, 1988). Dalam pelayanan kesehatan, Deniston et al., (dalam Supriyanto, 1988) menyatakan bahwa efisiensi adalah rasio antara keluaran (hasil pencapaian) dan masukan (pemakaian bahan-bahan atau sumber daya) untuk mencapai obyektivitas program.

Brooks (1984) mengemukakan jenis-jenis efisiensi dalam konsep ekonomi dan kaitannya dengan kesehatan, yaitu :

- (1). Efisiensi alokatif (*allocative efficiency*), yaitu efisiensi yang ditinjau dari penggunaan sumber daya yang serendah mungkin dengan hasil yang dapat dicapai seoptimal mungkin. Konsep efisiensi alokatif dapat dilakukan dengan dua cara yaitu (a) bila alokasi sumber daya yang digunakan diperkirakan dapat menghasilkan manfaat yang lebih besar bila dialihkan ke sektor lain. (b) *theory of second best*, dimana dalam pelayanan kesehatan konsumen tidak dapat memilih pelayanan yang dikehendaki sesuai dengan biaya yang dikeluarkan, karena masih tergantung pada faktor-faktor lainnya seperti tenaga dokter ahli, peralatan yang terbatas. Dengan teori kedua ini konsumen bisa memperoleh pelayanan yang sesuai walaupun bukan yang terbaik.
- (2) Efisiensi distributif (*distributive efficiency*), yang tergantung pada susunan organisasi (struktural), saluran untuk pendistribusian maupun cara mencapai konsumen. Cara pendekatan dari teori ini adalah (a) dengan membandingkan antara susunan organisasi pada sisi penyediaan (*supply*) di pasaran, (b) dari sisi kebutuhan (*needs*) secara wajar dengan memasukkan faktor-faktor yang relevan dalam analisisnya.
- (3) Efisiensi dinamis (*dynamic efficiency*), adalah hubungan antara investasi modal dan biaya pemeliharaan yang diperlukan dan rata-rata keuntungan yang akan diperoleh dari penanaman modal teknologi tersebut. Konsep tersebut dikemukakan berkaitan dengan adanya perubahan teknologi yang sangat cepat yang melibatkan modal yang

cukup besar, dimana pertimbangan pembelian barang harus memperhitungkan faktor harga, biaya operasional dan laba yang akan diperoleh.

- (4) Efisiensi pengelolaan (*managerial efficiency*), khususnya yang berkaitan dengan penampilan kerja intern dari suatu organisasi. Efisiensi pengelolaan adalah rasio antara input dengan output, baik yang berbentuk fisik atau uang. Memaksimalkan keluaran yang ingin dicapai dengan menggunakan sumber daya yang tersedia, atau meminimalkan sumber daya yang digunakan untuk mencapai hasil tertentu

Tujuan penghematan biaya yang paling sederhana dan jelas adalah melalui pengurangan biaya satuan dalam melaksanakan pekerjaan atau menghasilkan produk. Untuk perusahaan dengan keluaran produk yang relatif homogen mungkin cukup dengan penetapan sasaran sederhana penghematan biaya per satuan produk atau biaya per satu satuan unit keluaran (Shortell dan Kaluzny, 1988). Sebuah bank umum dapat menetapkan harga yang lebih rendah untuk setiap transaksi (pemrosesan atau penarikan deposito) dan penurunan biaya untuk setiap rekening pelanggan yang dipertahankan; dan sebuah perusahaan asuransi dapat mengukur biaya per premi yang diproses atau per klaim yang dibayar. Untuk rumah sakit dapat mengukur biaya operasional per kunjungan untuk rawat jalan dan per hari rawat untuk rawat inap. Karena biaya pelaksanaan aktivitas atau pembuatan produk mungkin menggunakan sumberdaya dan merupakan hasil dari kegiatan berbagai bagian perusahaan, sistem pembiayaan yang berorientasi pada proses berdasarkan aktivitas mungkin diperlukan supaya diperoleh pengukuran harga satuan pemrosesan transaksi dan pembuatan produk yang akurat.

Keberhasilan usaha ini dapat diukur dengan melihat jumlah absolut dari biaya penjualan, umum dan administrasi atau persentasenya terhadap biaya total atau

pendapatan. Sebagai contoh, jika para manajer merasa bahwa pengeluaran pendukung mereka terlalu tinggi dibandingkan dengan yang dikeluarkan perusahaan pesaing dan dengan keuntungan yang dihasilkan, mereka dapat menetapkan tujuan untuk mengurangi, misalnya biaya distribusi atau pemasaran dan penjualan. Namun tujuan untuk mengurangi tingkat pembelanjaan dan pengeluaran harus selaras dengan ukuran (*scorecard*) lainnya seperti daya tanggap pelanggan, mutu, dan kinerja, sehingga pemotongan biaya tidak bertentangan dengan usaha mencapai tujuan pelanggan dan proses internal yang seharusnya lebih penting dari hanya sekedar mengurangi biaya (Kaplan dan Norton, 1996). Schinnar (1990) menyatakan bahwa indeks efisiensi adalah biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan pasien dan intensitas pelayanan tersebut serta biaya untuk tiap jenis pelayanan. Schinnar (1990) melakukan penelitian di 54 unit pelayanan kesehatan mental dan rumah sakit di New Jersey menggunakan indikator efisiensi dengan mendasarkan pada pengukuran sumber daya dan kegiatan pelayanan serta dampaknya terhadap pasien.

Hal tersebut sejalan dengan yang dikemukakan oleh Donely et al. (1984) "*Efficiency which indicated productivity and level of input output ratio*". Efisiensi dapat dilakukan dengan salah satu dari dua cara yaitu dengan mengurangi biaya pada tingkat output yang sudah ditetapkan atau meningkatkan output pada biaya tingkat biaya yang telah ditetapkan. Shortell dan Kaluzny (1988) mengukur efisiensi dengan menggunakan ukuran biaya per unit keluaran yakni biaya tiap kunjungan.

2.2.7.1.4. Utilisasi rumah sakit

Carey dan Stefos (1992) dalam tulisannya yang berjudul "*Measuring Inpatient and Outpatient Costs : A Cost Function Approach*" menyatakan bahwa faktor yang

paling penting untuk menentukan utilisasi rawat inap rumah sakit adalah pasien keluar dan lama hari rawat. Pasien keluar mengidentifikasi jumlah individu yang menggunakan pelayanan rawat inap dan berapa banyak mereka menggunakannya. Indikator ini, yaitu variabel jumlah pasien keluar lebih penting, karena menunjukkan jumlah individu yang secara aktual menggunakan rawat inap rumah sakit. Tanpa adanya pasien keluar, tidak mungkin ada lama hari rawat, tingkat okupansi, dan variabel rawat inap lainnya.

Pemanfaatan atau utilisasi rawat inap rumah sakit dapat diketahui melalui evaluasi terhadap rata-rata hari rawat pasien (*ALOS = Average Length of Stay*). Lama hari rawat merupakan indikator penting dari efisiensi perawatan penyakit-penyakit tertentu di rumah sakit. Rumah sakit yang dapat melakukan pengobatan efektif jika lama tinggal dan penggunaan sumberdaya lebih terbatas, atau dapat dikatakan lebih efektif jika dibandingkan dengan yang tidak dapat. Upaya yang melibatkan pemeriksaan klinis dan parameter praktek lainnya akan mendukung kualitas perawatan juga menurunkan lama hari rawat dan penggunaan sumberdaya pada diagnosis dan prosedur pelayanan kesehatan yang lebih tinggi.

Pengukuran tingkat pemanfaatan rumah sakit secara tradisional juga melibatkan *bed occupancy* dan *bed availability* (Carey dan Stefos, 1992). Indikator ini lebih memfokuskan pada berapa banyak bed yang digunakan dibandingkan dengan jumlah bed yang ada. Jika tingkat keluar pasien dan lama hari rawat menurun di beberapa wilayah, susunan staf untuk bed rawat inap harus diturunkan.

Departemen Kesehatan dalam mengukur pemanfaatan rawat inap rumah sakit menggunakan 4 (empat) indikator yaitu rata-rata lama dirawat (*length of stay - LOS*)

atau *mean duration stay*, lamanya rata-rata tempat tidur tidak terisi (*turn over interval - TOI*), persentase rata-rata pemakaian tempat tidur (*bed occupancy rate - BOR*) dan jumlah penderita keluar hidup dan mati (*discharges*) per tempat tidur selama setahun (*bed turn over - BTO*). Bila BOR dan LOS tinggi, maka BTO akan rendah. Bila rumah sakit ingin meningkatkan cakupan pelayanan dengan BOR yang sama, maka BTO nya harus ditingkatkan dengan jalan mengurangi LOS .

2.2.7.2. Kinerja keuangan

Kinerja (*performance*) perusahaan akan merupakan cerminan, apakah perusahaan telah berhasil atau belum dalam usaha bisnisnya. Ada beberapa tolok ukur untuk menilai kinerja perusahaan, tetapi pada dasarnya digolongkan menjadi dua jenis: obyektif dan subyektif. Ukuran obyektif biasanya berkaitan dengan profitabilitas dari hasil penjualan produknya dan indikator subyektif profitabilitas ditentukan oleh persepsi manajer terhadap profitabilitas kegiatan perusahaannya (Rue dan Holland, 1986)

Analisis rasio digunakan untuk menilai sehat dan tidaknya suatu perusahaan, biasanya dinyatakan dalam rasio finansial yang dibagi dalam empat kategori utama, (a) rasio keuntungan, yakni ditujukan untuk menilai seberapa bagus tingkat laba suatu perusahaan; (b) rasio aktivitas, yakni mencoba mengukur efisiensi dari kegiatan operasional perusahaan dan mencoba mengungkapkan masalah-masalah yang selama ini tersembunyi; (c) rasio leverage, yakni ditujukan untuk mengukur seberapa bagus struktur permodalan suatu perusahaan; dan (d) rasio likuiditas, yakni mengukur seberapa likuid perusahaan dalam memenuhi kewajiban-kewajibannya jangka pendek (Chang dan Flores, 1980). Rasio keuangan menggambarkan hubungan antara *balance sheet* dan *income statement* yang digunakan untuk menganalisa keberhasilan dari perusahaan pada suatu

periode tertentu atau untuk membandingkan perusahaan yang satu dengan perusahaan lain yang sejenis. Analisis keuangan yang dilakukan melalui berbagai rasio dimaksudkan untuk menilai keberhasilan, keadaan, atau prospek yang akan datang dari suatu organisasi (Rue dan Holland, 1986).

2.2.7.2.1. Rasio likuiditas

Rasio likuiditas digunakan sebagai indikator kemampuan untuk menunaikan kewajiban-kewajiban jangka pendek perusahaan (biasanya satu tahun). Rasio likuiditas ini meliputi *Current ratio* dan *Quick ratio*. *Current ratio* bertujuan untuk membandingkan antara posisi aktiva yang dimiliki dengan kewajiban lancar yang harus segera dilunasi dalam jangka pendek, biasanya kurang dari satu tahun. *Current ratio* merupakan perbandingan antara aktiva lancar dengan hutang lancar. *Quick ratio* didasarkan pada pemikiran bahwa untuk melunasi hutang jangka pendeknya, dalam jangka waktu dekat perusahaan harus menutup hutang tersebut dengan aktiva lancar yang berbentuk kas atau yang paling mudah menjadi kas dengan perputaran yang cepat. Karena itu maka persediaan yang dalam hal ini berbentuk barang yang untuk menjadi uang dalam jangka waktu dekat agak sulit, tidak diikutsertakan dalam perhitungan ini. *Quick ratio* ini merupakan perbandingan antara aktiva lancar yang telah dikurangi dengan persediaan dibagi dengan hutang lancarnya.

Aktiva lancar (*Current Assets*) adalah aktiva perusahaan yang sifatnya lancar, yang terdiri dari kas atau bank, piutang dan persediaan yang disusun dan dicatat dalam neraca berdasarkan urutan tingkat likuiditasnya (lancarnya). Aktiva lancar meliputi kas dan sumber daya yang diharapkan dapat berubah menjadi kas selama siklus operasi normal suatu perusahaan atau dalam satu tahun. Jangka waktu ini diperlukan untuk

mengubah kas menjadi persediaan, persediaan menjadi piutang dan akhirnya piutang menjadi kas kembali (Hermanson et al., 1984).

Kas merupakan komponen aktiva lancar yang tingkat likuiditasnya menempati urutan tertinggi. Karena sifat kas yang tidak produktif maka jumlah kas yang berlebihan (*idle cash*) akan mempengaruhi efisiensi operasi perusahaan. Untuk itu manajer keuangan harus mempertimbangkan dan menetapkan berapakah jumlah kas yang efisien (*cash flow*) yang dapat menjamin kontinuitas operasi tanpa mengganggu likuiditas pembayarannya. Piutang merupakan semua tuntutan terhadap pelanggan baik berbentuk uang, barang maupun jasa, yang timbul akibat dilaksanakannya penjualan barang atau jasa secara kredit (Hermanson et al, 1984).

Persediaan (*inventory*) perusahaan adalah barang-barang yang dimiliki oleh suatu perusahaan untuk dijual atau diproses lebih lanjut sebelum dijual. Persediaan dalam perusahaan manufaktur menurut Weston dan Copeland (1986) adalah (1) *raw materials*, (2) *work in process*, and (3) *finished goods*. Hal senada dikemukakan oleh E.F.Brigham (1985) bahwa : "*Inventories, which may be clasified as (1) raw materials, (2) work in process and (3) finished goods, are an essential part of virtually all business operations.*

2.2.7.2.2. Rasio aktivitas

Rasio aktivitas atau rasio efisiensi terdiri dari rata-rata periode pengumpulan piutang (*average collection period*), yang mengukur berapa hari rata-rata dana kerja terikat dalam piutang sebelum ditagih, rasio perputaran total harta (*total asset turn over*) yaitu rasio yang digunakan untuk mengukur seberapa harta yang dimiliki perusahaan dapat menghasilkan pendapatan atau dengan kata lain, mengukur berapa besar penghasilan yang didapat perusahaan dengan harta yang dimiliki. Secara riil seharusnya



rasio tersebut harus lebih besar dari tingkat bunga bank. Namun semakin besar rasio ini, suatu organisasi akan semakin baik karena semua harta yang dimiliki betul-betul digunakan dalam kegiatan operasional perusahaan. *Total asset turn over* merupakan perbandingan antara pendapatan usaha dengan total aktivasnya. Disamping itu juga dapat menggunakan rasio perputaran harta tetap (*fixed asset turn over*), yang merupakan perbandingan antara pendapatan usaha dengan aktiva tetapnya.

Bagi beberapa perusahaan, piutang (*receivable*) merupakan pos yang sangat penting sehingga perlu menetapkan kebijakan kredit yang efektif beserta prosedur penagihannya dalam rangka menjamin penagihan piutang yang tepat waktu dan mengurangi kerugian akibat piutang yang tak tertagih. Untuk itu perusahaan dapat membandingkan tingkat perputaran piutang dan rata-rata waktu pengumpulan piutang dari perusahaan dengan perusahaan lain yang sejenis atau dalam kelompok yang sama.

Aktiva tetap (*fixed assets*) memberikan kontribusi tidak hanya pada pendapatan yang diperoleh perusahaan pada tahun perolehannya, akan tetapi sepanjang aktiva tetap tersebut masih digunakan oleh perusahaan. Dana yang ditanamkan dalam aktiva tetap seperti halnya dana yang diinvestasikan dalam aktiva lancar juga mengalami proses perputaran. Perusahaan mengadakan investasi pada aktiva tetap dengan harapan perusahaan dapat memperoleh kembali dana yang ditanamkan dalam aktiva tetap tersebut (Bambang Riyanto, 1996). Tetapi perputaran dana yang tertanam dalam aktiva tetap akan diterima keseluruhannya dalam waktu beberapa tahun dan kembalinya secara berangsur-angsur melalui depresiasi, sehingga perbedaan antara investasi dalam aktiva lancar dan aktiva tetap terletak pada soal waktu dan cara perputarannya. Jumlah dana yang

diinvestasikan dalam aktiva tetap akan berangsur-angsur berkurang sesuai dengan metode depresiasi yang digunakan.

2.2.7.2.3. Rasio profitabilitas

Rasio profitabilitas atau rasio hasil usaha terdiri dari rasio pertambahan pendapatan usaha (*profit margin*), rasio pendapatan usaha dibanding total harta (*Return on Total Asset*) dan rasio pendapatan usaha dibanding investasi. *Profit margin* merupakan rasio untuk mengukur besarnya pertambahan keuntungan atau laba usaha yang dihasilkan dari pendapatan usaha. *Return on Total asset* merupakan rasio yang digunakan untuk mengukur besarnya laba usaha yang dihasilkan oleh harta yang dimiliki perusahaan.

Apakah rumah sakit telah menggunakan seluruh aktiva secara efisien dan efektif, khususnya rumah sakit swasta biasanya menggunakan tolok ukur *Return on Investment* (ROI) yang merupakan perbandingan antara laba bersih setelah pajak (*net profit after tax*) dibagi dengan seluruh asset. Penilaian dengan menggunakan ROI untuk mengukur kinerja keuangan rumah sakit swasta dilakukan oleh Eastaugh (1992), Anderson et.al (1994). Untuk rumah sakit milik pemerintah, penilaian kinerja keuangan dengan menggunakan ROI kurang tepat karena komponen subsidi pemerintah sangat dominan di rumah sakit milik pemerintah (Cody, 1995)

Penilaian dengan menggunakan *profit margin* di rumah sakit dilakukan oleh Mick & Wise (1996) dan Eastaugh (1992). Disamping itu penilaian efisiensi usaha juga dapat menggunakan *operating margin* yang merupakan selisih antara penerimaan dan pengeluarannya. Penilaian tersebut dilakukan oleh beberapa ahli manajemen rumah sakit seperti Goes & Zhan (1995), Vogel, et al (1993), Harkey & Vracin (1992) dan Cody et al (1995) serta Smith et al (1995). Scott (1983) mengukur kinerja keuangan menggunakan

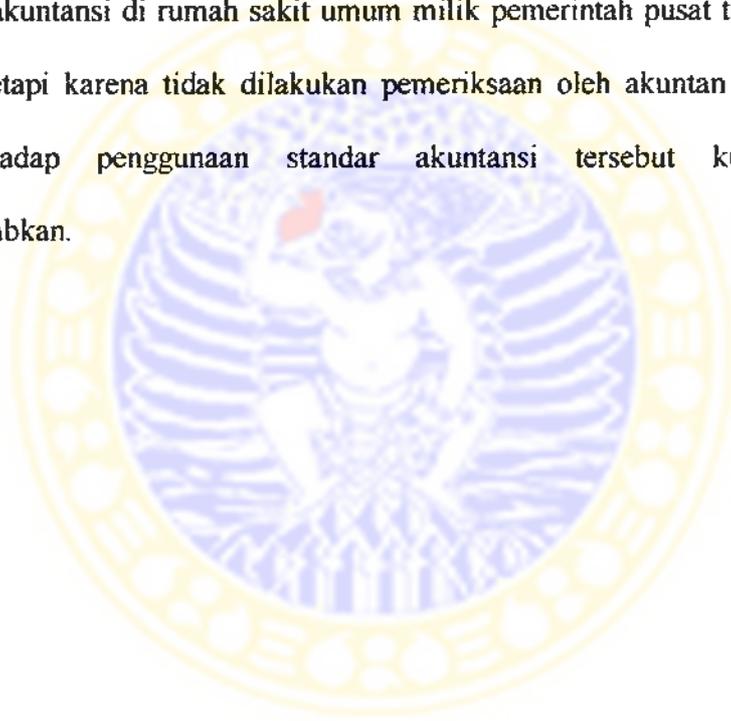
rasio likuiditas yang terdiri dari *Current Ratio* (perbandingan aktiva lancar dan hutang lancar) dan *Cash to operating expense ratio* (yaitu kas x 12 dibagi dengan biaya operasi). Disamping itu Scott (1983) juga menggunakan rasio hasil usaha yang meliputi *profit margin* dan *Return on Total assets*

2.2.7.2.4. Rasio Leverage

Rasio leverage meliputi hutang dibanding dengan total harta (*Debt to Total Assets*) dan rasio total kewajiban dibanding total modal (*Debt Equity Ratio*). *Debt to Total Assets* digunakan kreditor dan investor untuk melihat besarnya resiko yang dihadapi mereka sehubungan dengan keikutsertaan dananya di perusahaan. Semakin besar rasio ini akan semakin besar pula kemungkinan perusahaan tidak mampu membayar kewajibannya. Rasio ini merupakan perbandingan antara total kewajiban dan total harta. *Debt Equity Ratio* merupakan rasio yang dipakai kreditor untuk melihat struktur modal atau pendanaan perusahaan. Rasio ini merupakan perbandingan antara total kewajiban dengan total modal sendiri. Penelitian dari Valvona (1988) menunjukkan bahwa rumah sakit yang dimiliki oleh swasta ternyata lebih menguntungkan dibandingkan dengan rumah sakit milik pemerintah. Rasio hutang dan modal sendiri untuk rumah sakit pemerintah relatif kecil, sedangkan rumah sakit swasta mempunyai kinerja keuangan yang lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah.

Berdasarkan keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medik Nomor: HK.00.06.1.3.1840 tanggal 26 April 1995 tentang pemberlakuan pelaksanaan standar akuntansi rumah sakit pemerintah maka Rumah Sakit Umum milik Pemerintah Pusat (Departemen Kesehatan) diwajibkan membuat laporan keuangan tahunan yang terdiri dari Neraca, Laporan Pendapatan dan Biaya, Laporan Arus Kas serta Catatan atas Laporan

Keuangan. Sejak rumah sakit berstatus menjadi Perjan maka indikator kinerja keuangan yang dipakai adalah *Debt Equity Ratio (DER)*, *Cash Ratio (CR)*, *Net Working Capital to Total Asset (WCA)*, *Inventory Turn Over (ITO)*, *Collection Period (COP)*, *Sales to Total Asset (STA)*, *Return on Equity (ROE)*, *Return on Asset (ROA)* dan *Net Profit Margin (NPM)*. Dari rasio-rasio ini menunjukkan bahwa Rumah Sakit milik pemerintah pusat sudah mulai diarahkan ke usaha yang '*profit motive*' walaupun pada kenyataan sekarang belum sejauh itu. Dengan surat keputusan Dirjen Pelayanan Medik tersebut dapat dikatakan bahwa akuntansi di rumah sakit umum milik pemerintah pusat tersebut sudah ada standarnya, tetapi karena tidak dilakukan pemeriksaan oleh akuntan publik maka ketaatannya terhadap penggunaan standar akuntansi tersebut kurang dapat dipertanggungjawabkan.



2.3. Kajian Penelitian Sebelumnya

Dewasa ini perhatian terhadap kualitas pelayanan dalam rangka meningkatkan kinerja organisasi telah menjadi isu sentral. Kualitas produk (barang atau jasa) berkontribusi besar pada kepuasan pelanggan, pangsa pasar, efisiensi, loyalitas dan profitabilitas. Kinerja organisasi terbagi dalam kinerja non keuangan dan kinerja keuangan. Walaupun kinerja keuangan menjadi perhatian sentral suatu organisasi karena berkaitan dengan keputusan dan tindakan ekonomi yang diambil, tidak bisa dipungkiri bahwa kinerja non keuangan juga harus dipertimbangkan. Konsep yang menggunakan *balanced scorecard* mengkaji kinerja dari aspek keuangan dan non keuangan. Pengukuran kinerja menunjukkan apakah perencanaan, implementasi dan pelaksanaan dari strategi memberikan perbaikan yang mendasar. Perbaikan-perbaikan ini tercermin dalam sasaran-sasaran yang secara khusus berhubungan dengan kinerja yang terukur.

Banyak jurnal-jurnal ilmiah yang mengkaji hubungan yang dimulai dari peningkatan kualitas, kepuasan pelanggan, penurunan biaya sampai pada dampaknya terhadap perbaikan kinerja non keuangan dan kinerja keuangan, seperti yang dilakukan oleh Vogel, Orban dan Gapenski (1993); Harkey and Vracin (1992); Cody, Friss and Hawkinson (1997); Kosen, Bossert, Harsono dan Trihandoyo (1997); Goes and Zhan (1995); Chou, Chee W., D. Ganulin, Kamal Haddad, J. Williamson, (1998) serta William O. Cleverly and Roger K. Harvey (1992). Dalam kaitannya dengan kualitas pelayanan yang dilakukan oleh Cronin & Taylor (1992); Linda L. Hellofs & Robert Jacobson (1999); Kroll, Mark, Peter Wright and Richard A. Heiens, (1999) serta S.L. Oswald, D.E. Turner, R.L. Snipes, dan D. Butler, (1998).

2.3.1. Penelitian tentang Kinerja

Vogel, Orban dan Gapenski (1993), yang melakukan penelitian tentang

Factors influencing high and low profitability among hospitals telah mengembangkan faktor-faktor yang dimungkinkan akan mempengaruhi profitabilitas rumah sakit.

Studi ini dilakukan di 169 rumah sakit perawatan penyakit akut di Florida dengan 22 variabel penentu tinggi rendahnya tingkat profitabilitas. Analisis data dilakukan dengan menggunakan model *logistic regression*.

Untuk mengukur tingkat profitabilitas dipakai ukuran *pre-tax operating margin* (PTOM) dan *basic earning power* (BEP). PTOM mengukur profitabilitas dari rugi laba perusahaan (*income statement*) sedangkan BEP mengukur profitabilitas dari aset tanpa memperhitungkan dampak dari bunga dan pajak.

Pengukuran tingkat profitabilitas dilakukan dengan dua cara yaitu (1) dengan membagi distribusi laba kedalam kuartil, dimana kuartil paling atas disebut sebagai profitabilitas tinggi sedangkan kuartil terendah disebut sebagai keuntungan yang terendah, (2) membagi distribusi laba kedalam 90/10 persentil. Kedua cara pengukuran tersebut diaplikasikan kedalam tiga perbedaan ukuran profitabilitas (PTOM, BEP dan ukuran konsistensi profitabilitas yang menghasilkan 6 alternatif lain dari ukuran profitabilitas yang meliputi : *margin measures* yang diukur dari *pre-tax operating margin* (PTOM) yang terdiri dari *low pre-tax operating margin* (LPTOM) dan *high pre-tax operating margin* (HPTOM). *Asset profitability measures* yang diukur dari *basic earning power* (BEP) yang terdiri dari *low basic earning power* (LBEP) dan *high basic earning power* (HBEP). *Consistency measures* yang terdiri dari *low profitability* (LPROFIT) dan *high profitability* (HPROFIT)

Faktor-faktor penentu yang diduga mempengaruhi tinggi rendahnya tingkat profitabilitas rumah sakit meliputi (a) skala ekonomi yang terdiri dari 6 variabel yang mempengaruhi profitabilitas melalui efisiensi operasional, (b) strategi pemanfaatan sumberdaya jangka panjang yang terdiri dari 4 variabel, (c) *patient mix* dan *payor mix*

yang terdiri dari 4 variabel mempengaruhi profitabilitas melalui peningkatan *incremental revenue*, (d). *payor type* yang terdiri dari 4 variabel yang akan meningkatkan biaya input rumah sakit dan mempengaruhi profitabilitas, (e) karakteristik pasar eksternal yang terdiri dari 3 variabel yang mempengaruhi penerimaan dan pengeluaran rumah sakit dan (f) pendapatan penderita yang akan mempengaruhi profitabilitas melalui meningkatnya tingkat pemanfaatan fasilitas rumah sakit dan mengurangi hutang

Analisis data dilakukan dengan *logistic regression approach* yang dikonversikan pada *odds ratio* dengan eksponensial. *Odds ratio* juga digunakan dalam menentukan elastisitas profitabilitas.

Harkey and Vracin (1992), dalam jurnal *Health Care Management Review* vol.17 no.4, Harkey and Vracin(1992) dalam studinya yang berjudul '*Quality of health care and financial performance ; Is there a link ?*', mengkaji hubungan antara kualitas dengan kinerja keuangan, atau dapat dirumuskan apakah kinerja keuangan yang lebih baik dapat dicapai dengan meningkatkan kualitas. Studi ini dilakukan di 82 rumah sakit yang dimiliki dan dioperasikan oleh '*Health Trust Inc*', rata-rata memiliki 137 tempat tidur dan berlokasi di beberapa negara bagian (*state*).

Studi empiris tentang hubungan antara kualitas dan profitabilitas lebih banyak difokuskan pada perusahaan manufaktur, dan hasilnya menunjukkan bahwa kualitas produk dan profitabilitas mempunyai hubungan yang sangat kuat. Garvin dalam '*Managing Quality*' (1988) berpendapat bahwa hubungan antara kualitas dan profitabilitas melalui dua lini yaitu peningkatan kualitas akan meningkatkan penjualan (premi harga pada jumlah penjualan yang sama) dan menurunkan biaya karena adanya perbaikan produktivitas dan efisiensi.

Peningkatan penjualan diawali oleh peningkatan kualitas pelayanan menghasilkan kepuasan pasien dan dokter. Langkah ini akan meningkatkan loyalitas dan loyalitas akan meningkatkan kesukaan pada rumah sakit tersebut pada saat kebutuhan timbul. Loyalitas akan menghasilkan jumlah volume pelayanan meningkat, atau dapat dikatakan bahwa terjadinya peningkatan pasar diperoleh karena peningkatan kualitas.

Melalui lini lainnya, dengan kepuasan pasien akan meningkatkan reputasi kualitas yang selanjutnya akan meningkatkan jumlah pelanggan. Jalan lain yang dilalui dengan meningkatnya kualitas akan menghasilkan penurunan biaya yang akan meningkatkan produktivitas. Peningkatan produktivitas berarti *recovery* pasien lebih cepat dan penggunaan sumberdaya yang lebih efisien yang selanjutnya menghasilkan biaya rawat tinggal pasien yang lebih rendah.

Kinerja keuangan diukur dari *hospital operating margin* yang merupakan hasil bagi antara *net operating income* (NOI) dengan *net operating revenue* (NOR). NOI dihitung sebelum bunga, depresiasi, *ESOP expense* dan *management fee*. Kinerja keuangan tersebut dibandingkan berdasarkan ukuran/service mix dari rumah sakit yang bersangkutan. Kualitas digambarkan sebagai persepsi tentang kualitas oleh pasien, dokter, masyarakat dan karyawan. Pertanyaan tentang kualitas meliputi keseluruhan kualitas pelayanan yang meliputi pengobatan dan beberapa layanan lainnya misalnya perawatan, makanan, *hotel services*, laboratorium dan *X rays*. Rating kualitas diukur dari 4 atau 5 skala. Pertanyaan tanggapan individu dilakukan terhadap dokter, karyawan dan masyarakat yang keseluruhannya dijadikan satu dengan unit analisisnya rumah sakit. Penjumlahan dilakukan terhadap nilai variabel-variabel dan dipersentasekan sehingga dapat menunjukkan seberapa besar tingkat kualitas yang diberikan kepada pasien. Faktor kualitas sebagai variabel bebas dalam persamaan

regresi bersama dengan variabel lainnya dihubungkan dengan *operating margin*. Analisis dilakukan dengan menggunakan variabel kontrol kesejahteraan, *image* dan *size*. Kesejahteraan menggambarkan besaran faktor dari variabel komunitas yang mengukur kesejahteraan relatif dari pasar rumah sakit. *Image* diukur dari rating survei komunitas yang merupakan persepsi responden mengenai dokter ahli, teknologi dan beberapa ukuran perawatan yang digunakan rumah sakit tersebut. *Size* diukur dari *bed size* (jumlah tempat tidur).

Cody, Friss and Hawkinson (1997), melakukan studi tentang '*Predicting hospital profitability in short-term general community hospitals*' yang dimuat dalam *Health Care Management Review* vol. 20 no. 3. Tujuan utama dari studi ini adalah untuk mengevaluasi pengaruh beberapa strategi bisnis dan penyusunan staf terhadap profitabilitas rumah sakit, yang diukur dari *patient operating margin*. Studi evaluasi ini merupakan studi komparatif, empiris dan longitudinal. Teori adaptasi strategi dikembangkan dalam penelitian ini yang meliputi (a) lingkungan peraturan, (b) lingkungan kompetitif, (c) lingkungan sosio demografi dan (d) karakteristik rumah sakit. Faktor-faktor tersebut diharapkan dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit. Kinerja diukur dari beberapa aspek yaitu pengendalian biaya, kelangsungan finansial, pertumbuhan, akses dan kualitas. Dalam rangka menjamin kelangsungan hidup rumah sakit diperlukan pengelolaan strategis terhadap lingkungan internal yang lebih memfokuskan pada peningkatan produktivitas.

Kinerja keuangan yang diukur dari tingkat profitabilitasnya, meliputi (a) *operating margin* yakni total penerimaan operasional dikurangi biaya operasional dibagi dengan *total operating revenue*, (b) *total margin* yaitu kelebihan penerimaan terhadap pengeluaran dibagi dengan *total operating revenue* ditambah dengan *non operating revenue*, (c) *return on total assets*, yaitu kelebihan penerimaan atas

pengeluaran dibagi dengan *total assets*, (d) *return on equity*, yaitu kelebihan penerimaan atas pengeluaran dibagi dengan *fund balance*.

Studi ini lebih difokuskan pada *patient operating margin* karena banyak rumah sakit dapat terus hidup tanpa profit (penerimaan minus pengeluaran) untuk jangka panjang, karena adanya subsidi dari pemerintah. Prediksi profitabilitas yang diukur dari *patient operating margin* terdiri dari empat kategori variabel yaitu strategi bisnis, produktivitas manajemen, demand dan struktur.

Studi ini dilakukan pada 107 rumah sakit umum di Los Angeles County dengan menggunakan data dari tahun 1982-1990. Sejumlah 52% dari rumah sakit tersebut dimiliki investor, 38% merupakan rumah sakit not-for profit nonsectarian, 7,5% dimiliki oleh gereja dan 2% dimiliki oleh pemerintah. Data dikumpulkan dari laporan tahunan *California Office of Statewide Planning and Development (OSHPD)*. Analisis regresi ganda dipakai dalam rangka melakukan estimasi pengaruh strategi bisnis dan produktivitas manajemen terhadap *patient operating margin*. Dua persamaan dilakukan dalam penelitian ini, pertama dengan analisis *cross sectional* untuk tahun 1983, 1986 dan 1988 yang menggunakan *ordinary least square* dengan statistik Durbin-Watson sebesar 1,939 artinya tidak terjadi autokorelasi. Kedua, analisis *cross sectional* yang menggunakan data tahun 1990 saja. Disini juga tidak ada masalah dalam *multicollinearity*, sehingga dapat digunakan untuk memprediksi *operating margin* tahun 1990. Marjin tahun 1990 yang diprediksikan dibandingkan dengan marjin aktual tahun 1990 dengan menggunakan *t-test* berpasangan dan *Pearson's product moment correlation*.

Studi ini dilakukan di 22 rumah sakit dan 34 balai pengobatan (*nursing care*) dengan *response rate* 92%. Beberapa variabel yang dipakai dalam penelitian ini adalah (a) perencanaan strategis, (b) indikator kinerja yang meliputi profit, cost,

operating margin, planning effectiveness, penerimaan perawatan pasien, (c) karakteristik organisasi yang meliputi *chain membership*, *number of licensed bed*, *ownership*, *patient mix*, *occupancy*, *staffing ratio* dan (d) indikator strategi yang meliputi pemasaran, pengendalian manajemen, diversifikasi pelayanan dan diversifikasi perawatan akut.

Analisis dilakukan dengan *t test*, uji beda antara rumah sakit dan balai pengobatan yang tingkat pengembangannya tinggi dan rendah. Studi tersebut menilai beberapa variabel perencanaan strategi yang berkaitan dengan kinerja organisasi, karakteristik struktural dan strategi. Peningkatan perencanaan strategi akan meningkatkan profit, *operating margin*, efektivitas perencanaan dan juga akan menurunkan biaya serta meningkatkan penerimaan pasien per hari rawat.

Kosen, Bossert, Harsono dan Trihandoyo (1997), dalam studinya yang berjudul '*Implementation of Hospital Autonomy Policy : Indonesian Experience*, (1997) didasarkan pada upaya untuk meningkatkan efisiensi, kualitas, pemerataan dan menurunkan subsidi pemerintah dalam menyelenggarakan rumah sakit pemerintah. Studi ini bertujuan untuk mendeskripsikan dan mengevaluasi proses otonomi rumah sakit di Indonesia. Penelitian ini dilakukan di 5 (lima) RSUD Pusat (Depkes) setelah dua tahun menjadi swadana, dan sebagai rumah sakit kontrol adalah 2 (dua) RSUD Tk.I non swadana, 1 (satu) RSUD Tk.II non swadana dan 2 (dua) RSUD swasta (besar dan kecil).

Metode yang dipakai adalah dengan menggunakan laporan data sekunder, khususnya yang berkaitan dengan data keuangan. Disamping itu juga dengan *depth interview* dengan instrumen terstruktur dan tidak terstruktur yang dilakukan terhadap pengambil keputusan, direktur RS, staf dan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa setelah swadana rumah sakit mengalami peningkatan dalam penerimaannya (*revenue*) karena mereka meningkatkan tarif khususnya untuk biaya rawat pasien. Di lain pihak jumlah subsidi pemerintah tetap meningkat tiap tahun, tetapi ratio antara subsidi dan total income menurun setelah implementasi swadana. Pengeluaran rumah sakit mempunyai kecenderungan meningkat karena meningkatnya insentif untuk staf rumah sakit. Dikembangkan sistem insentif yang baru sebagai motivasi karyawan. Kinerja keuangan yang terlihat pada *cost recovery*, dengan swadana tidak terlalu menampakkan hasilnya walaupun jumlah *revenue* meningkat. Tempat tidur kelas VIP justru mendapat subsidi, subsidi silang di rumah sakit swadana tidak terjadi. *Length of stay* sebelum dan sesudah swadana relatif tetap sedangkan BOR justru mengalami penurunan untuk RSUD Pusat dan meningkat untuk RSUD

Dampak terhadap peningkatan efisiensi tidak terlihat tetapi sudah ada upaya untuk meningkatkan kualitas. Indikator kualitas yang dipakai adalah kepuasan pasien, tingkat infeksi nosokomial belum dapat dinilai hasilnya karena baru dalam tahapan pembentukan komite dengan melibatkan seluruh karyawan. Peningkatan produktivitas terlihat dari penurunan tingkat absensi karyawan. Hal yang perlu dicermati adalah dampak pada pemerataan, dimana di RS swadana terjadi pengurangan jumlah tempat tidur kelas IIIb (kelas untuk orang miskin), dan hampir semua rumah sakit menaikkan tarifnya.

Goes and Zhan (1995), dalam studinya yang berjudul *The effect of hospital-physician integration strategies on hospital financial performance* yang dimuat dalam *Health Services Research* vol. 30 no.4 (Oct) 1995, Goes & Zhan melakukan studi secara longitudinal antara kinerja keuangan rumah sakit dengan tiga macam strategi integrasi rumah sakit-dokter yaitu : (1) dokter terlibat di rumah sakit pemerintah, (2)

rumah sakit swasta yang dimiliki oleh dokter dan (3) integrasi kerjasama antara dokter-rumah sakit dalam bidang keuangan. Data yang digunakan adalah data sekunder dari State of California. Strategi integrasi dilakukan terhadap 300 rumah sakit perawatan akut jangka pendek di California selama periode 10 tahun (1981-1990).

Rancangan studi yang digunakan adalah studi data sekunder . Kinerja rumah sakit diukur dari 3 dimensi yaitu : profitabilitas operasional, okupansi tempat tidur dan biaya. Tigabelas variabel kontrol digunakan dalam analisis ini adalah persaingan pasar, kekayaan, rurality, kepemilikan, biaya pendidikan dan intensitasnya, *multihospital system membership, hospital size, outpatient service mix, patient volume case mix, medicare and medicaid intensity dan managed care intensity*. Data keuangan diperoleh dari laporan tahunan rumah sakit di State of California . Uji regresi longitudinal dipakai dalam analisis hipotesis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa tiga strategi tersebut dapat dipakai untuk memprediksi kinerja keuangan. Kinerja keuangan meningkat pada saat keterlibatan dokter di rumah sakit pemerintah meningkat, dan menurun di rumah sakit kepemilikan dokter dan integrasi keuangan dokter-rumah sakit secara signifikan. Keterlibatan dokter pemerintah berhubungan dengan makin tingginya okupansi dan meningkatnya *operating margin*, dilain pihak pada kondisi integrasi finansial dokter-rumah sakit berhubungan dengan rendahnya biaya operasional rumah sakit. Model kepemilikan dokter langsung, khususnya pada rumah sakit kecil, berhubungan dengan rendahnya *operating margin* dan tingginya biaya. Analisis sub sampel menunjukkan implementasi *Medicare prospective payment system* memberikan dampak yang penting dari hubungan ini, khususnya manfaat dari integrasi finansial dokter-rumah sakit.

Kesimpulan menunjukkan bahwa upaya integrasi dalam bidang keuangan pada model dokter rumah sakit akan menurunkan keterlibatan dokter di rumah sakit pemerintah. Hasil ini merupakan tantangan studi sebelumnya yang menyatakan bahwa beberapa manfaat finansial terjadi pada model integrasi dokter rumah sakit. Hasil ini dapat diimplementasikan, dan manfaat finansial dari integrasi membutuhkan akan tampak beberapa tahun sesudah implementasi, karena sifatnya sangat abstrak khususnya dalam *managed care* atau *managed competition environment*, bervariasinya ukuran rumah sakit dan *multihospital system membership*

Chouw, Chee W., D. Ganulin, Kamal Haddad, J. Williamson, (1998), dalam studinya yang berjudul "*The Balanced Scorecard : A Potent Tool for Energizing and Focusing Healthcare Organization Management*", yang termuat dalam *Journal of Healthcare Management* 43(3) memberikan hasil bahwa BSC dapat memberikan kemanfaatan yang tinggi pada organisasi pelayanan kesehatan. Pendapat pimpinan pelayanan kesehatan menjelaskan BSC merupakan kartu skor dari alat manajemen yang efektif pada RS juga pada sub unit dari RS. Disamping itu juga dinyatakan bahwa BSC dapat diimplementasikan secara penuh seperti kartu skor lainnya.

Penelitian ini dilakukan melalui wawancara terhadap 5 RS di California Selatan dimana 2 RS non profit dan 3 RS profit, dengan tempat tidur antara 200-800 buah.. Administrator disini adalah CEO atau administrator senior, seorang untuk setiap RS. Mereka dipilih karena tahu tentang strategi spesifik dari organisasi dan tujuannya, dan informasi yang berkaitan dengan kepemilikan dan sensitifitas informasi. Setiap responden ditanyakan mengenai 5 komponen penting yang berkaitan tentang tujuan dan pengukuran kinerja apakah efektif bila diterapkan di RS nya.

Tahapan yang digunakan adalah tahap 1 : mendesign BSC, bukan dalam

kaitannya dengan pengukuran, tetapi kesetujuannya hubungan BSC dengan pencapaian terhadap misi organisasi, tahap 2: meliputi 4 tahapan yaitu (a) menterjemahkan visi dan pencapaian consensus, (b) mengkomunikasikan tujuan, (c) penentuan target, alokasi sumber daya dan menyusun kejadian-kejadian penting (milestones) dan (d) umpan balik dan pembelajaran (Kaplan and Norton, 1996b). Data dikumpulkan dengan 10 skala (1= sangat tidak bermanfaat dan 10 = bermanfaat sekali).

Indikator yang dipakai untuk mengukur perspektif pelanggan adalah kepuasan pelanggan yang meliputi kualitas pelayanan dan kecepatan layanan yang harus dilakukan dengan survey pelanggan. Juga digunakan ukuran yang mudah dikerjakan yaitu kunjungan rawat darurat dan jumlah pasien masuk RS, rujukan pasien, pangsa pasar dan pasien kunjungan ulang. Disamping itu juga dapat ditambahkan kualitas personil dan image masyarakat, yang merefleksikan kebutuhan yang dipersepsikan dalam rangka meningkatkan dukungan masyarakat.

Indikator untuk perspektif proses bisnis internal adalah yaitu indicator yang berkaitan dengan pengendalian biaya (*cost control*) yaitu biaya per hari rawat pasien, per diagnosis dan per prosedur, tingkatan teknologi yang digunakan, perbandingan jasa medik, jumlah kontrak baru, dan ratio antara nilai (*value*) dengan biaya. Ukuran efisiensi juga dimasukkan dalam perspektif yaitu *cost per test* laboratorium.

Indikator perspektif inovasi dan pembelajaran banyak menggunakan aspek medis dapat merefleksikan penurunan rujukan dokter dan *cost/benefit analysis*. Disamping itu teknologi tepat guna yang diterapkan, perbaikan terus menerus dan aktivitas penelitian oleh dokter. Khusus yang berkaitan dengan produktivitas penelitian, dimasukkan indicator jumlah persentasi dan publikasi professional, jumlah prosedur (protap) baru yang diciptakan, jumlah pengembangan instruksional yang

sedang berjalan, jumlah karyawan yang menghadiri seminar, pendidikan dan pelatihan, konferensi, lokakarya yang merupakan langkah pencapaian tujuan inovasi dan pembelajaran tercapai.

Perspektif keuangan menggunakan indicator yaitu kontrak-kontrak baru yang ditandatangani, jumlah kontrak yang disetujui dibandingkan kontrak yang dilakukan pesaing, cash flow, realisasi terhadap anggaran, jumlah revenue, pangsa pasar, jumlah persediaan dan kinerja keuangan lainnya.

William O.Cleverly and Roger K.Harvey (1992), dalam penelitiannya yang berjudul “ *Competitive Strategy for Successful Hospital Management.*” dan telah dimuat pada *Journal of Health Care Marketing*, September vol. 12 Issue 3 telah dikaji berbagai kinerja strategi untuk keberhasilan dan ketidakberhasilan RS dengan menggunakan ukuran ROI sebagai ukuran keberhasilan. Data dikumpulkan dari 1025 RS besar di perkotaan. Analisis dilakukan dengan *quartile split* dari sample RS dengan kinerja tinggi untuk kuartil tinggi dan kinerja rendah untuk kuartil rendah. Dari dua kelompok tersebut dikumpulkan neraca yang telah dijumlahkan dan di rata-ratakan. Kelompok profit tinggi dengan ROI lebih besar dari 9,2% dan kelompok profit rendah dengan ROI kurang dari 1,05%.

Regresi ganda digunakan dengan ROI sebagai *dependent variable* dan manajemen strategi sebagai *independent variabel*. Manajemen strategi yang berupa strategi *cost leadership* ditunjukkan dengan ALOS. Penurunan 1 hari rawat akan meningkatkan ROI sebesar 0,738%. Produktivitas tenaga kerja memberikan kontribusi pada penurunan biaya. Hasil lainnya adalah ROI dan *market share* berhubungan secara signifikan. Rendahnya biaya dan rendahnya harga/ tarif akan meningkatkan *market share*. Tingginya kepemimpinan pasar akan meningkatkan *revenue* rawat jalan yang tinggi (sebagai indikator dari *diversification* yang tinggi)

akan meningkatkan ROI. Strategi investasi yang diukur dari *fixed cost* dan *working capital* yang dihasilkan. Tingginya efisiensi *fixed asset* berhubungan positif dengan ROI sedangkan dengan *current assets* mempunyai hubungan yang negatif. Rendahnya kinerja RS banyak disebabkan oleh besarnya hutang dalam struktur kapitalnya.

2.3.2. Penelitian tentang Kualitas Pelayanan

Cronin & Taylor (1992) dalam *Journal of Marketing* vol.56 (Juli) 1992 yang berjudul *Measuring Service Quality : A Reexamination and Extension*, mengembangkan studi yang pernah dilakukan pendahulunya, yaitu oleh Parasuraman, Zeithaml dan Berry's (1985) mengenai isu utama yaitu ; (a) bagaimana seharusnya konsep kualitas layanan dan pengukurannya, (b) apakah terdapat hubungan kausal antara kualitas layanan dengan kepuasan pelanggan dan (c) apakah kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan berpengaruh terhadap pembelian secara terus menerus.

Langkah yang dilakukan oleh Cronin & Taylor adalah (a) menguji dimensi SERVQUAL yang terdiri dari 22 item pertanyaan dengan menggunakan analisa faktor dan LISREL VII, (b) membandingkan alternatif pengukuran kualitas layanan dengan membandingkan skala pengukuran SERVQUAL dan SERPERF, (c) menganalisis hubungan antara kualitas layanan, kepuasan pelanggan dan pembelian secara terus menerus.

Penelitian ini dilakukan di 4 jenis perusahaan jasa, yaitu bank, *pest control*, *dry cleaning* dan *fast food* terhadap 660 responden yang dipilih secara random. Teknik yang digunakan adalah wawancara dengan menggunakan kuesioner yang menggunakan 7 skala, dimana 1 menunjukkan sangat tidak setuju, 4 menunjukkan netral dan 7 menunjukkan sangat setuju.

Penelitian ini menggunakan 22 item pertanyaan terdiri dari variabel *tangible*,

reliability, responsiveness, assurance dan empathy. Skor kualitas layanan dirumuskan sebagai angka layanan dikurangi skor harapan, di mana layanan yang lebih baik dari harapan akan memberikan nilai positif dan sebaliknya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas layanan berpengaruh pada kepuasan pelanggan, kepuasan pelanggan berpengaruh secara signifikan terhadap keinginan membeli. Kualitas layanan berpengaruh kecil terhadap pembelian dibandingkan dengan kepuasan pelanggan.

Kesimpulan utama dari studi ini adalah bahwa konsep pengukuran pemasaran terhadap kualitas layanan didasarkan pada paradigma yang belum sempurna. Disarankan agar kualitas layanan diukur sebagai suatu sikap. Dasar pengukuran yang menggunakan skala SERVPERF lebih efisien dibandingkan skala SERVQUAL (dari 44 item menjadi 22 item). Analisa model struktural juga mendukung penggunaan skala SERVPERF karena model yang digunakan konsisten, sedangkan pada skala SERVQUAL terdapat beberapa faktor yang menyebabkan kegagalan dari lima komponen model SERVQUAL yang mendukung dasar pengukuran kinerja kualitas layanan.

Pertanyaan yang ditujukan kepada studi ini adalah esensi dari isu manajerial. Hasilnya mengarahkan kualitas layanan mendahului kepuasan pelanggan dan kualitas layanan mempengaruhi pembelian secara terus menerus. Untuk itu penekanannya adalah kepada kepuasan pelanggan dengan meningkatkan strategi kualitas layanan. Hasil penelitian ini menyarankan item dari skala kualitas adalah berbeda antara satu industri dengan industri lainnya, dan sebaiknya mempertimbangkan dimensi skala individu.

Linda L.Hellofs & Robert Jacobson (1999) dalam penelitiannya yang berjudul *"Market Share and Customers' Perceptions of Quality : When Can Firms*

Grow Their Way to Higher Versus Lower Quality" dan telah dimuat pada *Journal of Marketing*, vol. 63 (January) hal 16-25, menggunakan model (1) $Quality_{it} = \alpha + \beta \times Market\ Share_{it-1} + \varepsilon_{it}$ dengan $\varepsilon_{it} = \varepsilon_{it-1} + \eta_{it}$ dimana $Quality_{it}$ = rata-rata perceived quality dari brand I pada tahun t dan $Market\ Share_{it-1}$ = rata-rata market share dari brand I pada tahun t-1, (2) $\Delta Quality_{it} = \beta \times \Delta Market\ Share_{it-1} + \eta_{it}$ dimana $\Delta Quality_{it}$ = perbedaan pertama pada kualitas dan $\Delta Market\ Share_{it-1}$ = perbedaan pertama pada market share tahun t-1. Koefisien signifikansi β menunjukkan perubahan pada market share yang disebabkan oleh berubahnya kualitas. Analisis ini mencoba untuk menilai (1) apakah perubahan market share disebabkan oleh perubahan pada *perceived quality*, dan (2) hubungan antara faktor-faktor *specific brand*.

Data *market share* dan *perceived quality* diperoleh dari survei *equitrend* oleh *Total Research Corporation* (TRC), dimana survei pertama diselesaikan pada Nopember dan Desember 1989 yang melibatkan 1000 konsumen yang berumur > 15 tahun melalui telepon. Survei berikutnya dilakukan terhadap 2000 konsumen yaitu pada Januari dan Pebruari 1991, 1992, 1993 dan 1994. Dari survei *Equitrend* selama 5 tahun tersebut dari 85 perusahaan mendapati 28 kategori produk yang dipakai penelitian ini. Setiap produk pada survei *equitrend* dievaluasi kualitas brand nya, dengan 11 *point scale*, dimana skala 0 = kualitas rendah, 5 = *acceptable* dan 10 = *extra ordinary quality*. *Perceived quality* dihitung dari rata-rata rating yang diberikan responden/konsumen dari opininya tentang merek.

Hasil analisis regresi menunjukkan bahwa peningkatan *market share* dipengaruhi secara negatif oleh *perceived quality* (koefisien -0,57) dan signifikan pada level 1%.

Kroll, Mark, Peter Wright and Richard A. Heiens (1999) dalam penelitiannya yang berjudul *"The Contribution of Product Quality to Competitive Advantage : Impacts on Systematic Variance and Unexplained Variance in Returns"* dan dimuat pada *Strategic Management Journal*, 20: 375-384 mengkaji hubungan antara kualitas dengan biaya langsung melalui pangsa pasar dan hubungan antara kualitas produk dengan *unexplained variance in returns*.

Penelitian ini menggunakan 10 hipotesis yaitu (1) Peningkatan keunggulan kompetitif melalui kualitas produk yang superior, maka resiko yang tidak sistematis atau *unexplained variance in returns* dapat diturunkan, (2) Kualitas produk relatif berhubungan negatif dengan *systematic variance in returns* dari unit bisnis, (3) Kualitas produk relatif berhubungan negatif dengan *unexplained variance in returns* dari unit bisnis, (4) Kualitas produk relatif perusahaan berhubungan positif dengan pangsa pasar relatif, (5) Pangsa pasar relatif berhubungan negatif dengan biaya langsung relatif, (6) Biaya relatif perusahaan berhubungan negatif dengan *returns*, (7) Biaya langsung relatif unit bisnis berhubungan positif dengan *systematic variance in returns*, (8) Biaya langsung relatif unit bisnis berhubungan positif dengan *unexplained variance in returns*, (9) Pangsa pasar relatif unit bisnis mempunyai hubungan terbalik dengan *systematic variance in returns*, dan (10) Pangsa pasar relatif unit bisnis mempunyai hubungan terbalik dengan *unexplained variance in returns*

Data utama yang dipakai adalah data dari unit bisnis *Strategic Planning Institute's PIMS*. Data PIMS dilakukan secara *time series* dari unit bisnis. Data diperoleh dari file tahunan PIMS SPI, selama 7 tahun sehingga total perusahaan adalah 243 selama periode 1980-1986.

Menggunakan ROI untuk mengukur perubahan dari tahun ke tahun *cashflow* dari investasi sebagai variabel dependen pada model regresi. Analisis dilakukan

dengan *Covariance analysis of Linier Structural Equations* (CALIS) model yang merupakan bagian dari paket SAS. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa kualitas produk relatif berhubungan positif dengan return dan negatif terhadap komponen risiko. Dari sepuluh hipotesis, 9 pertama diterima sedangkan hipotesis ke 10 tidak diterima

S.L.Oswald, D.E.Turner, R.L.Snipes, dan D. Butler, (1998) dengan penelitiannya yang berjudul "*Quality Determinants and Hospital Satisfaction : Perceptions of the Facility and Staff might be key influencing factors*", dan dimuat pada *Marketing Health Services*, 20 (Spring): 19-22 dilakukan terhadap 472 pasien di RS dan pengunjung yang menemukan bahwa persepsi pasien tentang kualitas berhubungan dengan persepsi mereka terhadap fasilitas rumah sakit dan factor manusianya. Sangat sulit bagi pasien untuk mengevaluasi aspek klinisnya, sehingga pasien hanya percaya terhadap pemberi pelayanan dan fasilitas yang diberikan kepadanya. Hal tersebut berbeda dengan orang yang membeli mobil, dengan cepat mereka dapat mengevaluasinya.

Studi ini mengkaji hubungan antara persepsi kualitas pelayanan kesehatan dengan kepuasan pelanggan dalam rangka untuk meningkatkan persaingan pasar. Kualitas pelayanan dan kepuasan pelanggan merupakan elemen penting untuk keberhasilan *market place*. Penilaian dari produk atau pelayanan sebaiknya dilakukan oleh pelanggan dan bukan oleh manajemen, karena opini mereka yang harus dipercaya.

Memperbaiki persepsi tentang kualitas akan meningkatkan pelanggan baru melalui ungkapan positif dari pelanggan baru maupun pelanggan ulang. Peningkatan retensi yang kecil dari pelanggan memberikan dampak yang dramatis pada kinerja keuangannya. Hasil penelitian ini juga menunjukkan bahwa terdapat keunikan dari