

Factors Correlated to Hospital Performance Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Rumah Sakit

Aviliana R. Wenas,¹ Suryadi Tatura,² Fredrik F. L. G. Langi³

¹Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat, Pascasarjana Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia

²Bagian Ilmu Kesehatan Anak Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia

³Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi, Manado, Indonesia
Email: avilianaryasi@gmail.com

Received: March 12, 2022; Accepted: March 23, 2022; Published on line: April 1, 2022

Abstract: In Indonesia, studies on hospital performance are still based on financial performance, meanwhile, performance based on cost, quality, and relative value of service cost is not carried out. Moreover, data based on cost and service quality is very difficult to accessed. On the contrary, data of hospital performance, facility type, cost of service, and quality of service are available for the United States region. This study aimed to analyze the relationship between the type of facility, cost of services, and quality of services related to the performance of hospitals in the United States, using secondary data analysis of hospital performance data collected routinely by The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Dataset Project was on their page corgis-edu.github.io/corgis/csv/hospitals. The hospital performance was the dependent variable, meanwhile, the service costs, service quality, and relative value of service costs to the national average were the independent variables. The results showed that most of the variables used as predictors of hospital performance were related to the outcomes even after controlling the other variables. On the contrary, the quality, cost, and relative value of cardiac arrest services did not affect hospital-level service outcomes. Increased costs are not surprisingly associated with a reduced likelihood of achieving higher performance; the size of the decline is not large, namely 1-0.90 or 10%. In conclusions, the type of facilities, service costs, and service quality are related to the hospital performance.

Keywords: hospital performance; type of facilities; service costs; service quality

Abstrak: Penelitian kinerja rumah sakit di Indonesia masih mengkaji kinerja berdasarkan kinerja keuangan sedangkan kinerja rumah sakit berdasarkan biaya, kualitas dan nilai relatif biaya layanan masih belum dilakukan. Selain itu, data yang berkaitan dengan biaya dan kualitas layanan masih sangat sulit diakses. Berbeda halnya dengan wilayah Amerika Serikat dimana data kinerja rumah sakit, jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan telah tersedia. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan antara jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan berhubungan dengan kinerja rumah sakit di Amerika Serikat menggunakan data kinerja rumah-rumah sakit yang secara rutin dikumpulkan The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS). Dataset Project terdapat di laman corgis-edu.github.io/corgis/csv/hospitals. Kinerja rumah sakit merupakan variabel dependen dalam analisis sedangkan biaya layanan, kualitas layanan, dan nilai relatif biaya layanan terhadap rerata nasional merupakan variabel independen. Hasil penelitian mendapatkan bahwa sebagian besar variabel penelitian yang digunakan sebagai prediktor kinerja rumah sakit berhubungan bermakna dengan luaran tersebut bahkan setelah pengontrolan variabel lain. Berbeda dengan kualitas layanan, biaya dan nilai relatif biaya layanan serangan jantung yang tidak memengaruhi hasil penilaian kinerja rumah sakit. Peningkatan biaya berhubungan dengan penurunan kemungkinan pencapaian kinerja lebih tinggi; besar penurunannya memang tidak besar, yaitu 1-0,90 atau 10%. Simpulan penelitian ini ialah jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan berhubungan dengan kinerja rumah sakit.

Kata kunci: kinerja rumah sakit; jenis fasilitas; biaya layanan; kualitas layanan

PENDAHULUAN

Rumah sakit sebagai institusi pelayanan kesehatan sekaligus sebagai entitas yang memiliki tanggung jawab kepada *shareholder* dan *stakeholder* harus jeli dalam melihat perubahan-perubahan yang dikarenakan kemajuan teknologi, pengaruh globalisasi, tingkat persaingan yang semakin tinggi, dan perilaku pasien yang semakin kritis dalam memilih pelayanan kesehatan. Pada tingkat persaingan global ini, suatu keuntungan kompetitif perusahaan sangat diperlukan agar perusahaan dapat bertahan dalam persaingan. Kemampuan perusahaan dalam menciptakan keuntungan kompetitif ini akan memperkuat posisi persaingan dalam persaingan bisnis dalam jangka panjang.¹

Pengukuran kinerja merupakan salah satu faktor yang sangat penting bagi perusahaan karena pengukuran kinerja merupakan usaha memetakan strategi ke dalam tindakan pencapaian target tertentu. Sistem pengukuran kinerja dapat dijadikan sebagai alat pengendalian organisasi, karena pengukuran kinerja diperkuat dengan menetapkan *reward and punishment system*.² Keberhasilan seorang manajer sebuah rumah sakit tidak hanya diukur dari kemampuannya untuk mendapatkan laba yang tinggi atau kemampuannya untuk menghemat biaya se minimal mungkin. Untuk mengukur kinerja didalam rumah sakit diperlukan sistem pengukuran kinerja yang tidak hanya mengukur aspek keuangan saja tetapi juga mempertimbangkan aspek non-keuangan seperti kepuasan pasien, kualitas jasa, loyalitas pekerja, dan sebagainya, sehingga pihak manajemen rumah sakit dapat mengambil keputusan yang tepat untuk kepentingan hidup rumah sakit dalam jangka panjang.³

Mengingat peran penting rumah sakit dalam sistem perawatan kesehatan dimana rumah sakit biasanya mengonsumsi lebih dari setengah sumber daya perawatan kesehatan di sebagian besar negara.⁴ Kinerja rumah sakit didefinisikan dalam hal pencapaian tujuan tertentu, baik medis maupun manajerial. Istilah kinerja tidak hanya menunjukkan kualitas tetapi juga faktor-faktor lain seperti biaya perawatan, akses ke perawatan, dan hubungan antara kepuasan

dan harapan pasien. Kinerja tinggi diidentifikasi sebagai penyediaan biaya yang efektif, berkualitas tinggi, dan layanan kesehatan baik yang tersedia mengakibatkan kepuasan pasien. Untuk mencapai tujuan reformasi kesehatan, perawatan rumah sakit yang lebih efisien dan efektif sangat dibutuhkan, sedangkan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit, penelitian ilmiah dan model praktik terbaik harus dikembangkan.⁵

Kinerja rumah sakit merupakan masalah kompleks yang dipengaruhi oleh interaksi banyak faktor. Konsep ini mencakup beberapa dimensi seperti efektivitas, efisiensi, keselamatan, serta keberpusatan pada pasien dan sumber daya manusia. Sub-dimensi dan indikator untuk setiap dimensi harus dapat ditentukan dengan benar.⁶ Misalnya, dimensi efektivitas mencakup subdimensi/indikator seperti hasil perawatan/angka kematian dan angka masuk kembali. Dimensi efisiensi meliputi subdimensi/indikator seperti produktivitas/lama tinggal.⁷

Beberapa dimensi/subdimensi/indikator ini lebih penting dibandingkan dengan yang lain. Faktor klinis ialah antara lain mortalitas di rumah sakit, tingkat diterima kembali, kunjungan ruang gawat darurat setelah debit, lama tinggal, kualitas hidup, kepuasan dengan perawatan, biaya dan sebagainya. Indikator kinerja dapat mencerminkan kualitas perawatan dan menggunakan hasil klinis. Data hasil klinis menggambarkan kualitas perawatan dan memberikan kepada pasien melalui serangkaian tindakan yang jelas. Hal ini berkaitan dengan pemberian perawatan langsung di rumah sakit. Ukuran luaran klinis memiliki beberapa pertimbangan seperti perbedaan tipe pasien (*confounding* berdasarkan karakteristik pasien), perbedaan pengukuran (penentuan dan definisi kasus, luaran, dan faktor risiko), kesempatan (variasi acak, dipengaruhi oleh jumlah kasus dan frekuensi kejadian hasil) dan perbedaan kualitas perawatan (penggunaan intervensi terbukti).⁷⁻⁹

Data kematian sudah tersedia, langsung dikenali, dan biasanya dicatat secara konsisten. Data tersebut jarang mengenai hasil aspek lain dari status kesehatan setelah pengobatan. Oleh karena itu, tidak dapat

dihindari bahwa data kematian akan digunakan sebagai indikator utama untuk menilai kinerja rumah sakit. Beberapa penelitian menunjukkan hubungan jelas antara proses klinis dan kematian. Kematian ialah perwakilan untuk efektivitas klinis. Indikator ini dapat digunakan untuk memantau pengaruh kegiatan peningkatan kualitas.¹⁰

Lama rawat inap merupakan salah satu kata kunci yang memiliki pengaruh yang tinggi dengan kinerja rumah sakit. Selain itu, lama tinggal merupakan salah satu ukuran penting yang digunakan sebagai indikator formatif (kasual) efisiensi dan sekaligus sebagai indikator reflektif (efek) efektivitas klinis. Lamanya waktu yang dihabiskan pasien di rumah sakit untuk kondisi tertentu memiliki dampak besar pada biaya keseluruhan sistem kesehatan. Meskipun masa rawat inap yang lebih lama dapat disebabkan oleh faktor-faktor di luar kendali rumah sakit, masa inap yang lebih singkat di rumah sakit lebih efisien dari sudut pandang rumah sakit sehingga membuat tempat tidur tersedia lebih cepat untuk memberikan perawatan bagi lebih banyak pasien. Hal ini juga dapat mengurangi biaya per pasien.¹¹

World Health Organization telah mendefinisikan "kinerja" dalam kaitannya dengan target spesifik yang mencerminkan nilai-nilai pemangku kepentingan yang berbeda seperti pasien, profesi, asuransi, dan regulator. Terdapat kesenjangan yang dalam antara pengetahuan di bidang kinerja rumah sakit sehingga penelitian harus dikembangkan untuk memperoleh teori tentang faktor-faktor yang memengaruhi kinerja rumah sakit.⁶

Hasil penelusuran pustaka mendapatkan bahwa penelitian kinerja rumah sakit di Indonesia khususnya faktor-faktor yang memengaruhi kinerja rumah sakit masih terbatas. Penelitian kinerja rumah sakit di Indonesia masih mengkaji kinerja berdasarkan kinerja keuangan sedangkan kinerja rumah sakit berdasarkan biaya, kualitas dan nilai relatif biaya layanan masih belum dilakukan. Selain itu, data yang berkaitan dengan biaya dan kualitas layanan masih sangat sulit diakses. Hal ini menyebabkan peneliti melakukan kajian pada rumah sakit

di Amerika Serikat terhadap faktor-faktor yang berhubungan dengan kinerja rumah sakit di Amerika Serikat.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan analisis data sekunder dari data kinerja rumah-rumah sakit yang secara rutin dikumpulkan *The Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) Dataset Project* terdapat di laman corgis-edu.github.io/corgis/csv/hospitals. Kinerja rumah sakit merupakan variabel dependen dalam analisis. Sementara itu, biaya layanan, kualitas layanan, dan nilai relatif biaya layanan terhadap rerata nasional merupakan variabel independen. Tabulasi deskriptif mengikuti jenis variabel. Evaluasi univariat terhadap variabel numerik juga menggunakan grafik seperti histogram, *boxplot*, dan kurva densitas, di samping uji normalitas Shapiro Wilk. Analisis regresi odds proporsional digunakan untuk mengidentifikasi variabel-variabel yang berhubungan dengan luaran kinerja. Pemodelan regresi dilakukan tanpa (model regresi sederhana) dan dengan pengontrolan variabel lain (model regresi berganda). Hasil analisis dilaporkan sebagai odds rasio (OR), interval kepercayaan 95%, dan nilai p. Keseluruhan analisis statistik dilakukan menggunakan aplikasi R versi 4.1.2.

HASIL PENELITIAN

Sebagian besar variabel penelitian yang digunakan sebagai prediktor kinerja rumah sakit ternyata memang berhubungan bermakna dengan luaran tersebut bahkan setelah pengontrolan variabel lain. Sebelumnya pada regresi sederhana, rumah sakit non-pemerintah memiliki odds rasio 1,25 (95% CI 1,07-1,45; $p=0,004$) kali lebih besar daripada rumah sakit pemerintah untuk berada pada kinerja yang lebih tinggi. Kualitas layanan serangan jantung juga berhubungan kuat dengan kinerja. Rumah sakit dengan kualitas layanan serangan jantung di atas rerata berpeluang hampir 4 (95% CI 1,99-6,17; $p<0,001$) kali lipat untuk mencapai kinerja yang lebih tinggi dari rumah sakit dengan kualitas layanan serangan jantung rerata. Berbeda dengan

kualitas layanan, biaya dan nilai relatif biaya layanan serangan jantung tidak memengaruhi hasil penilaian kinerja rumah sakit. Berbeda dengan layanan serangan jantung, biaya, kualitas, dan nilai relatif biaya penanganan gagal jantung yang ditawarkan rumah-rumah sakit ternyata dapat memprediksi hasil penilaian kerjanya. Dalam hal biaya, peningkatan biaya tidak mengherankan berhubungan dengan penurunan kemungkinan pencapaian kinerja yang lebih tinggi; besar penurunannya memang tidak besar, yaitu 1-0,90 atau 10%. Pada sisi lain, kualitas layanan gagal jantung di atas rerata meningkatkan peluang mencapai skala kinerja yang lebih tinggi lebih dari dua kali lipat (95% CI 1,77-3,05; $p < 0,001$) sementara kualitas di bawah rerata justru menurunkan peluang tersebut sebesar 1-0,39 atau 69% ($p < 0,001$). Nilai relatif biaya layanan gagal jantung pada kategori di atas rerata nasional cenderung menurunkan odds kinerja lebih tinggi sedangkan keadaan sebaliknya terjadi untuk rumah sakit dengan nilai relatif biaya layanan gagal jantung di bawah rerata nasional.

Sifat hubungan variabel biaya, kualitas, dan nilai relatif biaya layanan pneumonia maupun layanan panggul lutut mengikuti gambaran sebelumnya dari layanan gagal jantung. Biaya layanan rerata yang tinggi ataupun nilai relatif biaya layanan yang lebih tinggi daripada rerata nasional berpotensi menghambat pencapaian kinerja yang tinggi. Namun sebaliknya kualitas layanan yang lebih tinggi daripada rerata nasional akan meningkatkan kemungkinan diperolehnya kinerja yang tinggi.

Pada pemodelan regresi berganda, semua variabel kualitas layanan terus memperlihatkan hubungannya dengan hasil penilaian skala kinerja rumah sakit dengan besar estimasi OR-nya tidak jauh berbeda dengan estimasi pada model univariat, terkecuali untuk layanan serangan jantung dan layanan panggul lutut. Sementara itu pada biaya layanan rerata, hubungan bermakna (yang sifatnya negatif) ditemukan pada layanan pneumonia dan penanganan panggul lutut.

BAHASAN

Hasil analisis data penelitian ini mem-

perlihatkan bahwa jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan berhubungan dengan kinerja rumah sakit. Kecenderungan ini ditemui pada semua bentuk layanan yang dievaluasi, baik kedaruratan (serangan jantung), perawatan intensif (gagal jantung), perawatan infeksi dan penyakit akut (pneumonia), dan layanan yang berkaitan dengan fungsi dan aktivitas sehari-hari (penanganan panggul dan lutut). Secara umum, rumah sakit non-pemerintah, berkategori layanan lebih baik dari rerata nasional, dan besar biayanya tergolong di bawah rerata nasional memiliki peluang mencapai kinerja lebih relatif tinggi. Sementara itu, biaya rerata layanan yang lebih tinggi, kategori layanan lebih rendah dari rerata nasional, dan besar biaya layanan tergolong di atas rerata nasional justru tampaknya memiliki hambatan untuk mendapatkan kinerja yang tinggi. Studi oleh Lai et al¹² menunjukkan bahwa ketersediaan dua fasilitas penting di rumah sakit seperti sistem *lift* dan sistem layanan kebakaran menjadi dua indikator kinerja rumah sakit teratas. Fasilitas rumah sakit merupakan infrastruktur penting dalam masyarakat. Bangunan rumah sakit dilengkapi dengan fasilitas canggih sehingga rumah sakit berkinerja andal dalam jangka waktu yang lama. Amos et al¹³ mendapatkan bahwa manajemen rumah sakit untuk memprioritaskan fasilitas rumah sakit. Fasilitas rumah sakit merupakan suatu bagian dari manajemen sumber daya yang berkelanjutan untuk meningkatkan hasil kinerja perawatan kesehatan dari rumah sakit. Penelitian ini merekomendasikan adanya alokasi biaya untuk fasilitas rumah sakit sehingga kinerja rumah sakit dapat ditingkatkan. Maharani et al¹⁴ melakukan penelitian tentang persepsi wisatawan asing terhadap pelayanan Rumah Sakit Balimèd, dan mendapatkan bahwa salah faktor yang menentukan pelayanan rumah sakit yaitu fasilitas rumah sakit. *Facilitating conditions* merupakan tingkat infrastruktur dan fasilitas pendukung yang dimiliki oleh organisasi tersedia untuk mendukung penggunaan system.¹⁵ Venkatesh et al¹⁶ menyatakan bahwa secara personal *facilitating condition* akan memberikan kepuasan terhadap kinerja rumah sakit.

Tabel 1. Model Regresi Odds Proporsional Kinerja Rumah Sakit

Variabel	Model Sederhana				Model Berganda			
	OR	LCL	UCL	p	OR	LCL	UCL	p
Jenis Fasilitas								
Pemerintah (referensi)								
Non-Pemerintah	1,25	1,07	1,45	0,004	1,38	1,07	1,79	0,012
Penanganan Serangan Jantung								
Biaya Layanan	0,96	0,91	1,01	0,085	1,09	1,00	1,18	0,041
Kualitas Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	3,51	1,99	6,17	< 0,001	1,99	1,02	3,88	0,043
Di bawah rerata	0,53	0,27	1,01	0,055	0,79	0,37	1,69	0,542
Nilai Relatif Biaya Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	0,79	0,61	1,03	0,081	0,55	0,38	0,79	0,001
Di bawah rerata	1,24	0,94	1,63	0,124	1,21	0,84	1,74	0,305
Penanganan Gagal Jantung								
Biaya Layanan	0,90	0,86	0,94	< 0,001	--	--	--	--
Kualitas Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	2,32	1,77	3,05	< 0,001	1,67	1,19	2,35	0,003
Di bawah rerata	0,39	0,28	0,53	< 0,001	0,56	0,39	0,80	0,002
Nilai Relatif Biaya Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	0,64	0,54	0,76	< 0,001	--	--	--	--
Di bawah rerata	0,79	0,65	0,95	0,012	--	--	--	--
Penanganan Pneumonia								
Biaya Layanan	0,85	0,83	0,88	< 0,001	0,89	0,84	0,95	< 0,001
Kualitas Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	2,74	2,09	3,58	< 0,001	2,40	1,70	3,39	< 0,001
Di bawah rerata	0,21	0,17	0,27	< 0,001	0,26	0,19	0,35	< 0,001
Nilai Relatif Biaya Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	0,50	0,43	0,59	< 0,001	--	--	--	--
Di bawah rerata	1,16	1,00	1,34	0,053	--	--	--	--
Penanganan Panggul Lutut								
Biaya Layanan	0,84	0,82	0,87	< 0,001	0,83	0,80	0,86	< 0,001
Kualitas Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	3,82	2,29	6,36	< 0,001	2,04	1,13	3,68	0,018
Di bawah rerata	0,47	0,28	0,80	0,005	0,61	0,34	1,09	0,096
Nilai Relatif Biaya Layanan								
Rerata (referensi)								
Di atas rerata	0,56	0,47	0,67	< 0,001	--	--	--	--
Di bawah rerata	1,65	1,41	1,94	< 0,001	--	--	--	--

CATATAN: OR odds rasio, LCL dan UCL batas bawah dan batas atas interval kepercayaan 95%. Variabel biaya layanan dalam juta dollar.

Bjorvatn¹⁷ menganalisis peran kepemilikan rumah sakit pada kinerja rumah sakit dengan membandingkan rumah sakit swasta nirlaba dan publik. Analisis dilakukan dengan menggunakan data masuk rumah sakit yang unik untuk prosedur kardiovaskular di Norwegia, yang mencakup periode 1999 hingga 2006. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit swasta nirlaba memiliki spesialisasi dalam prosedur tertentu. Rumah sakit ini juga lebih cenderung menerima pasien dengan tingkat keparahan rendah untuk beberapa prosedur. Hubungan antara kualitas kinerja dan kepemilikan rumah sakit beragam karena rumah sakit swasta nirlaba menawarkan waktu tunggu yang lebih singkat dan lama rawat inap yang lebih pendek. Grosskopf dan Valdmanis¹⁸ mendapatkan bahwa kepemilikan rumah sakit memengaruhi 'efisiensi' kinerja rumah sakit. Rumah sakit umum dan *Not-for-Profit* (NFP) memiliki batas kinerja terbaik yang 'berbeda' dan rumah sakit umum yang terlihat menggunakan sumber daya yang relatif lebih sedikit. Hasil penelitiannya melaporkan adanya perbedaan dalam kinerja rumah sakit berdasarkan kepemilikan. Kepemilikan penyedia layanan kesehatan telah dianggap sebagai salah satu faktor yang dapat memengaruhi kinerja terkait kesehatan dan perawatan kesehatan mereka. Penelitian oleh Herrera et al¹⁹ membandingkan kinerja rumah sakit publik, swasta non-profit serta swasta untuk-profit dan mendapatkan adanya perbedaan kinerja rumah sakit swasta non-profit dan swasta untuk-profit, namun tidak ditemukan perbedaan kinerja yang bermakna antara rumah sakit publik dengan rumah sakit swasta.

Penelitian dari Jiang et al²⁰ menyatakan bahwa rumah sakit dengan biaya rerata perawatan yang lebih rendah dan rumah sakit yang berada di persaingan rumah sakit yang tinggi secara konsisten menunjukkan kinerja rumah sakit yang baik dengan salah satu indikator yaitu tingkat kematian yang lebih rendah. Rumah sakit di pasar dengan kompetisi yang tinggi juga menunjukkan tingkat kematian yang lebih rendah pada tahun 2005 tanpa perbedaan seperti yang ditemukan pada tahun 2001. Hasil penelitian ini juga menun-

jukkan bahwa meskipun pengelolaan perawatan mungkin telah kehilangan kekuatannya dalam memperlambat pertumbuhan biaya rumah sakit, perbedaan rerata biaya rumah sakit terkait dengan tingkat yang berbeda dari biaya rumah sakit. Rumah sakit merupakan fokus utama dari rencana atau program makro sistem kesehatan. Dalam praktiknya, untuk memiliki kebijakan yang lebih baik di masa depan, kesadaran akan perubahan terkait kinerja rumah sakit yang dalam hubungannya dengan biaya rumah sakit merupakan suatu hal yang sangat penting.²¹ Biaya rumah sakit merupakan bagian terbesar dari biaya sistem kesehatan, kesesuaian perubahan biaya dengan indikator kinerja tampaknya diperlukan untuk rumah sakit. Meskipun sifat hubungan antara biaya dan indikator rumah sakit adalah subjek yang kontroversial, perubahan biaya yang wajar, terutama pengurangan biaya rumah sakit, membuat pengurangan di sejumlah indikator rumah sakit seperti *length of stay* (LOS).²² Hubungan antara biaya rumah sakit dan kinerja tergantung pada sifat proses produksi rumah sakit dan seberapa besar pengaruhnya secara independen oleh inefisiensi dan konsekuensi.

Hasil studi Magnussen²³ menunjukkan bahwa sebagian besar bangsal rumah sakit secara independen dipengaruhi oleh biaya dan indikator kinerja. Mempertimbangkan penelitian tentang biaya rumah sakit dan indikator kinerja dan heterogenitas dan inkonsistensi perubahan biaya rawat inap per indikator kinerja, baik dalam 1 tahun pertama pelaksanaan dan rencana untuk tahun-tahun setelah itu. Secara terpisah untuk masing-masing rumah sakit, seseorang tidak dapat dengan pasti menyatakan bahwa setelah penerapan program jaminan kesehatan di rumah sakit yang diteliti, akan terjadi perubahan yang diinginkan atau tidak diinginkan. Oleh karena itu, melakukan penelitian tentang biaya dan kinerja rumah sakit masih pada tahap awal, dan penelitian lebih lanjut diperlukan untuk menentukan apakah hasil ini konsisten dengan periode waktu lain dan rumah sakit lain, seperti rumah sakit khusus.²³

Penyedia layanan kesehatan (termasuk

rumah sakit) khususnya swasta berusaha untuk memberikan layanan kesehatan yang lebih berkualitas kepada para pelanggan. Kualitas layanan kesehatan yang lebih baik cenderung membangun loyalitas dari pengguna layanan. Aspek kualitas pelayanan kesehatan seperti lingkungan fisik, lingkungan ramah pelanggan, daya tanggap, komunikasi, privasi dan keamanan merupakan beberapa indikator dari kualitas pelayanan di rumah sakit. Hal ini berhubungan positif dengan loyalitas pasien. Manajer rumah sakit untuk mengartikulasikan strategi yang efektif untuk memastikan kualitas layanan kesehatan yang unggul kepada pasien. Penelitian ini mendorong manajemen rumah sakit untuk memberikan perhatian terhadap kualitas sistem layanan kesehatan dan perbaikan terhadap indikator kinerja yang kurang.²⁴ Kualitas layanan merupakan konsep yang unik dan abstrak yang sulit untuk didefinisikan dan diukur. Kualitas layanan telah digambarkan sebagai penilaian atau sikap keseluruhan pelanggan terhadap layanan yang diberikan dan mengacu pada perbedaan dan ketidaksesuaian antara harapan pelanggan dan persepsi mereka tentang kinerja layanan termasuk kinerja rumah sakit. Mutu pelayanan kesehatan meliputi mutu teknis (klinis) dan mutu fungsional (nonklinis). Mutu teknis berfokus pada keterampilan, akurasi prosedur dan diagnosis medis sedangkan yang kedua mengacu pada cara pelayanan kesehatan diberikan kepada pasien. Pemantauan terus-menerus terhadap layanan kesehatan sangat penting, sehingga pengukuran persepsi pasien tentang kualitas perawatan kesehatan, sebagai elemen kunci dalam penilaian kualitas, telah mendapatkan banyak perhatian dalam beberapa tahun terakhir. Pemantauan memberikan informasi penting tentang kualitas layanan yang tidak dapat diperoleh melalui cara tradisional untuk evaluasi kinerja rumah sakit.²⁴

Penelitian oleh Abbasi-Moghaddam et al²⁵ menunjukkan bahwa faktor tertinggi dalam penilaian kualitas layanan dikaitkan dengan konsultasi dokter. Pasien sering kekurangan informasi dan pengetahuan yang memadai untuk menilai staf medis, dan mungkin hal inilah yang menjadi alasan

mengapa mereka cenderung menilai secara positif. Perlu juga dicatat bahwa dalam proses pemberian layanan kesehatan, pasien lebih sensitif terhadap perawatan yang diberikan oleh dokter dan perawat; pada kenyataannya, elemen manusia lebih penting dibandingkan dengan elemen non-manusia dalam persepsi pasien tentang kualitas perawatan. Hubungan interpersonal dokter-pasien juga memainkan peran kunci dalam membentuk penilaian kualitas layanan. Hubungan pribadi sangat memengaruhi persepsi kualitas layanan karena layanan tidak berwujud dan tidak dapat dipisahkan dari konsumen. Biaya pelayanan dan proses admisi menempati urutan kedua dan ketiga dimensi kualitas pelayanan rawat jalan tertinggi. Pemberian informasi kepada pasien yang berkorelasi tinggi dengan kualitas pelayanan menempati urutan keempat dalam penelitian ini. Proses penunjukan, yang menempati peringkat kelima, dianggap sedang dan baik oleh sekitar 72% pasien. Persepsi negatif dapat dikaitkan dengan proses birokrasi, kurangnya sistem penunjukan yang tepat, atau perilaku staf yang tidak tepat. Hasilnya sejalan dengan temuan penelitian yang dilakukan di Yunani dan Norwegia di mana pasien juga menganggap kualitas proses penunjukan sebagai baik dan sedang²¹.

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan. Yang pertama, data ini merupakan data sekunder sehingga analisis terbatas pada data dan variabel yang tersedia. Kemungkinan pengaruh faktor di luar variabel yang tersedia tidak mungkin dinilai. Namun dengan jumlah observasi yang sangat besar dan cakupan geografi yang komprehensif, variasi data dapat ditekan dan *power* penelitian dianggap cukup untuk mengatasi efek perancuan dari variabel-variabel yang tidak ada dalam data. Kelemahan kedua ialah kondisi variabel yang sudah berskala kategori tanpa informasi tentang hasil pengukuran numerik aslinya, sehingga evaluasi lebih jauh dari hubungan antar variabel cukup terbatas. Hal ini memang merupakan konsekuensi yang tidak terhindari dari analisis data sekunder. Keterbatasan lain dari studi yang ada ialah sifat potong lintang dari

data yang tersedia dengan dasar pemilihan variabel lebih ke arah evaluasi dan pengawasan program. Akibatnya, hubungan yang didapatkan sulit ditegakkan sebagai suatu sebab akibat. Penelitian lanjutan tentunya dibutuhkan untuk membuktikan hubungan kausal variabel-variabel yang ada.

SIMPULAN

Jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan berhubungan dengan kinerja rumah sakit. Studi lanjut menggunakan data primer dibutuhkan untuk mempelajari variabel-variabel lain yang tidak tersedia dalam sumber data penelitian ini yang dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit maupun hubungannya dengan jenis fasilitas, biaya layanan, dan kualitas layanan.

Konflik Kepentingan

Penulis menyatakan tidak terdapat konflik kepentingan dalam studi ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Wijaya K. Analisis Pengukuran Kinerja Rumah Sakit Umum Daerah Sragen Dengan Menggunakan Metode Balanced Scorecard [Internet]. Surakarta; 2012 [cited 2021 Dec 16]. Available from: http://eprints.ums.ac.id/21658/23/02._NA_SKAH_PUBLIKASI_ILMIAH.pdf
2. Groene O, Skau JKH, Frølich A. An international review of projects on hospital performance assessment. Vol. 20, *International Journal for Quality in Health Care*. 2008. p. 162–71.
3. Groene O, Klazinga N, Kazandjian V, Lombrail P, Bartels P. The World Health Organization Performance Assessment Tool for quality improvement in hospitals (PATH): An analysis of the pilot implementation in 37 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*. 2008 Jun;20(3):155–61.
4. Blustein J, Borden WB, Valentine M. Hospital performance, the local economy, and the local workforce: Findings from a US national longitudinal study. *PLoS Medicine*. 2010;7(6).
5. Davis P, Milne B, Parker K, Hider P, Lay-Yee R, Cumming J, et al. Efficiency, effectiveness, equity (E3). Evaluating hospital performance in three dimensions. *Health Policy*. 2013 Sep;112(1–2):19–27.
6. Markazi-Moghaddam N, Arab M, Ravaghi H, Rashidian A, Khatibi T, Zargar S, et al. A Knowledge Map for Hospital Performance Concept: Extraction and Analysis: A Narrative Review Article [Internet]. Vol. 45, *Iran J Public Health*. 2016. Available from: <http://ijph.tums.ac.ir>
7. Gholamzadeh R, Sc NM, Jabbari Beyrami H, Jannati A, Asghari M, Ph J. Selecting Hospital's Key Performance Indicators, Using Analytic Hierarchy Process Technique Original Article [Internet]. Vol. 2, *Journal of Community Health Research*. 2013. Available from: <http://jhr.ssu.ac.ir>
8. Siregar S. Safety in cardiac surgery [Internet]. [Utrecht]; 2013 [cited 2021 Dec 17]. Available from: <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/276432/siregar.pdf?sequence=2Sabrina#page=41>
9. Path Quality Project - Effective QM in the laboratory [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 17]. Available from: <https://www.pathqualityproject.eu/>
10. Schuetz P, Hausfater P, Amin D, Haubitz S, Fässler L, Grolimund E, et al. Optimizing triage and hospitalization in adult general medical emergency patients: The triage project. *BMC Emergency Medicine*. 2013 Jul 4;13(1).
11. The state of patient safety and quality in Australian Hospital 2019 [Internet]. 2019. Available from: www.safetyandquality.gov.au
12. Lai JHK, Hou H (Cynthia), Chiu BWY, Edwards D, Yuen PL, Sing M, et al. Importance of hospital facilities management performance indicators: Building practitioners' perspectives. *Journal of Building Engineering*. 2022 Jan;45:103428.
13. Amos D, Au-Yong CP, Musa ZN. The mediating effects of finance on the performance of hospital facilities management services. *Journal of Building Engineering*. 2021 Feb 1;34.
14. Ayu P, Maharani M, Nyoman I, Putra D, Paturusi SA. Persepsi Wisatawan Asing Terhadap Pelayanan Kesehatan Di Bali: Studi Kasus Rumah Sakit Balimèd. Vol. 4, *JUMPA*. 2018. 15. Effendi M, Sugandini D, Istanto D, Arundati R., Adisti T. Adopsi Teknologi pada UKM. 2020. 343 p.

16. Venkatesh V, Davis FD. Theoretical extension of the Technology Acceptance Model: Four longitudinal field studies. *Management Science*. 2000;46(2):186–204.
17. Bjorvatn A. Private or public hospital ownership: Does it really matter? *Social Science and Medicine*. 2018 Jan 1;196:166–74.
18. Grosskopf S, Valdmanis V. Measuring hospital performance. A non-parametric approach. *Journal of Health Economics*. 2007;6(2):89–107.
19. Herrera CA, Rada G, Kuhn-Barrientos L, Barrios X. Does Ownership Matter? An Overview of Systematic Reviews of the Performance of Private For-Profit, Private Not-For-Profit and Public Healthcare Providers. *PloS one*. 2014;9(12).
20. Jiang HJ, Friedman B, Jiang S. Hospital cost and quality performance in relation to market forces: An examination of U.S. community hospitals in the “post-managed care era.” *International Journal of Health Care Finance and Economics*. 2013 Mar 1;13(1):53–71.
21. Fragkiadakis G, Doumpos M, Zopounidis C, Germain C. Operational and economic efficiency analysis of public hospitals in Greece. *Annals of Operations Research*. 2016 Dec 1;247(2):787–806.
22. Douglas PW, Mendelsohn E, Dempsey M, Augusta S, Cooper F, Buchanan H, et al. Hospital [Internet]. 2022. Available from: <https://www.britannica.com/science/hospital>
23. Magnussen J. Efficiency Measurement and the Operationalization of Hospital Production. *Health Services Research*. 2016 Apr 1;31(1):21–37.
24. Fatima T, Malik SA, Shabbir A. Hospital healthcare service quality, patient satisfaction and loyalty: An investigation in context of private healthcare systems. *International Journal of Quality & Reliability Management* [Internet]. 2018;5(1):1–10. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/IJQRM-02-2017-0031/full/html>
25. Abbasi-Moghaddam MA, Zarei E, Bagherzadeh R, Dargahi H, Farrokhi P. Evaluation of service quality from patients’ viewpoint. *BMC Health Services Research*. 2019 Mar 15;19(1).