

## ANALISIS FAKTOR OPERASIONAL TERHADAP KINERJA RUMAH SAKIT (Studi Kasus : Rumah Sakit Nasional Diponegoro)

Edward Pridolin Vivaldi Pakpahan, Rr. Karlina Aprilia K<sup>1</sup>

Departemen Akuntansi Fakultas Ekonomika dan Bisnis Universitas Diponegoro  
Jl. Prof Soedharto SH Tembalang, Semarang 50239, Phone: +622476486851

### ABSTRACT

*This study aims to analyze the effect of operational factors on hospital performance and also analyze the relationship between BPJS patients and General patients at Diponegoro National Hospital. In this study, the operational factor tested was ALOS as an independent variable. And the performance of the hospitals tested is hospital costs that are influenced by ALOS as the dependent variable. The method of sampling in this study used the purpose sampling technique. The analysis technique used is multiple regression analysis. The results of this study indicate that the lower ALOS will produce efficient performance and lower costs. And ALOS BPJS and ALOS General have a positive effect on hospital performance. However, ALOS General is more efficient than ALOS BPJS. And the results of this study indicate that ALOS BPJS is different from ALOS General.*

*Keywords: ALOS BPJS, ALOS General, Hospital Performance, Efficient*

### PENDAHULUAN

Isu yang cukup sering dibahas oleh masyarakat adalah kesehatan, dimana kesehatan memiliki hubungan yang sangat erat dengan sebuah kesejahteraan masyarakat. Banyak negara yang menemui banyak kesulitan dalam melakukan pengelolaan kesehatan bagi masyarakat tak terkecuali juga terjadi di Indonesia. Pengelolaan kesehatan sebuah negara sering menghadapi banyak permasalahan mulai dari penduduk yang tidak mampu secara ekonomi, peraturan, kualitas dan kuantitas petugas medis sampai pada isu pengelolaan. Pengelolaan kesehatan sering menjadi kendala seperti masalah taksiran dana.

Indonesia adalah suatu wilayah yang memiliki total populasi sebesar 260 juta orang sedang menghadapi hambatan dalam menunaikan fasilitas publik dalam bidang kesehatan. Untuk meningkatkan sebuah prasarana kesehatan baik itu puskesmas dan rumah sakit dibutuhkan sebuah taksiran dana dan biaya yang tidak sedikit, dan juga untuk menaikkan sarana seperti kualitas petugas medis, tersedianya obat dan kelengkapan alat kesehatan, semua hal tersebut membutuhkan pembiayaan atau bantuan dana yang besar.

Taksiran dana kesehatan Indonesia juga masih jauh tertinggal daripada dengan semua negara di wilayah ASEAN. Dalam APBN 2018 pemerintah hanya mengalokasikan sebesar 5% dari belanja negara yaitu sebesar Rp 111 Triliun. Dimana kondisi Indonesia yang mempunyai kondisi geografis yang lebih besar dan total populasi yang tidak sedikit, maka dengan jumlah anggaran tersebut anggaran kesehatan Indonesia masih sangat kecil di kawasan regional ASEAN. Dan juga taksiran dana atau anggaran kesehatan Indonesia pada regional ASEAN, maka peringkat Indonesia di regional ASEAN adalah peringkat ketiga dari bawah, hanya unggul dari Myanmar dan Laos.

Anggaran kesehatan Indonesia yang masih sangat kecil pada kawasan regional ASEAN, maka wajar saja jika di Indonesia kalah bersaing dengan negara ASEAN lainnya dan dalam melaksanakan layanan kesehatan untuk masyarakat tidak secara optimal. Dan juga masih banyak permasalahan kesehatan yang dihadapi sehingga menyebabkan korban jiwa yang diakibatkan oleh akses dan rumah sakit yang sulit dijangkau oleh masyarakat. Negara Indonesia sebenarnya sudah mempunyai aturan yang mengatur tentang kebijakan anggaran kesehatan minimal yang diterapkan. Menurut UU Nomor 36 tahun 2009 mengamanatkan mengenai

<sup>1</sup> Corresponding Author

jumlah anggaran atau taksiran dana kesehatan dari pemerintah pusat sebesar lima persen dari jumlah APBN dan memiliki bagian yang paling kecil.

Pemerintah juga berusaha untuk menciptakan keadilan sosial bagi seluruh masyarakat di Indonesia, maka pemerintah menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional ( JKN ). Dan juga pada saat ini pemerintah Indonesia sudah membentuk sebuah badan hukum untuk hal tersebut yaitu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial ( BPJS ). BPJS kesehatan adalah suatu organisasi pemerintah yang memiliki badan hukum dimana organisasi ini mempunyai tugas untuk memberikan jaminan kesehatan bagi semua rakyat Indonesia dan juga untuk memberikan layanan kesehatan dengan baik untuk seluruh peserta dan anggota keluarganya.

BPJS Kesehatan dalam penyelenggaraan saat ini masih banyak hal yang belum memuaskan dalam pelayanan kesehatan di Indonesia baik untuk pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan maupun rumah sakit yang dalam hal ini bertindak sebagai penyedia layanan kesehatan BPJS. Masyarakat sebagai peserta BPJS mengeluhkan pelayanan kesehatan ketika memakai BPJS. Begitu pula dengan rumah sakit yang mengeluhkan akan sistem pelaksanaan dari BPJS itu sendiri. Beberapa hal yang memberatkan rumah sakit sebagai penyedia layanan kesehatan BPJS yaitu pembayaran klaim yang tertunda dan dicicil, tarif yang dikenakan berdasarkan kelas rumah sakit bukan berdasarkan kasus penyakit yang dilayani, dan juga tidak adanya standar pelayanan kesehatan secara nasional.

Rumah Sakit adalah suatu organisasi yang cukup besar, sehingga rumah sakit juga bisa dikatakan serupa dengan tata kelola pada pemerintahan. Hal tersebut dapat dikatakan serupa karena pada rumah sakit terdapat beberapa unsur pusat pertanggung jawaban ( Responsibility Center ) dimana setiap level akan berkomitmen atas setiap tugas yang sudah diberikan dan harus dilaksanakan sesuai dengan prosedur yang sudah ada ( Divianto, 2010 ).

Undang-Undang Nomor 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit menyatakan bahwa untuk mencapai setiap aspek kegiatan pelayanan yang baik, maka rumah sakit harus mempunyai standar layanan. Rumah Sakit harus mempunyai organisasi yang akuntabel, efisien, dan efektif sehingga menghasilkan standar pelayanan yang optimal. Dengan melaksanakan tata kelola rumah sakit dan tata kelola klinis yang baik maka organisasi Rumah Sakit memiliki harapan untuk dapat menjalankan visi dan misi Rumah Sakit yang sudah ada dengan baik.

Pusat pertanggungjawaban adalah entitas organisasi yang memegang delegasi wewenang mengenai sarana (material, manusia, keuangan) dan kapasitas negosiasi pada tujuan (Tabārah N., 2004). Entitas kegiatan dapat meliputi dalam hal bagian akuntansi yang konsisten yang memungkinkan pengelolaan sarana dan prasarana yang dimiliki secara efektif dan efisien. Desentralisasi entitas pusat tanggung jawab dapat mengakomodir tanggung jawab masing-masing manajer, untuk mendesentralisasi tugas-tugas manajemen dan mendelegasikan sebagian tanggung jawabnya, meningkatkan kemampuan manajemen untuk menguasai konflik antara kepentingan lokal dan global, menjaga dinamika sendiri dalam desentralisasi.

Desentralisasi pusat tanggung jawab harus disesuaikan dengan tingkat unit otonomi dan praktik saat ini dalam manajemen kinerja. Karakteristik dari pusat pertanggungjawaban adalah memiliki seperangkat sumber daya yang diperlukan untuk memperoleh tujuan dan memiliki otonomi relatif tertentu dalam sumber daya anggaran. Ukuran kinerja rumah sakit juga diukur dalam hal biaya, aliran keuangan, investasi dan juga laba yang memiliki pusat pertanggungjawaban anatara lain Pusat Biaya, Pusat Pendapatan, Pusat Keuntungan/Arus Kas dan Pusat Investasi.

Manajemen rumah sakit yang efektif adalah isu yang semakin politis dan sosial karena tren demografis menunjukkan bahwa isu-isu yang terkait dengan manajemen rumah sakit yang lebih baik hanya akan menjadi semakin penting karena populasi domestik terus bertambah. Rumah sakit menghadapi beberapa tantangan yang semakin kompleks (misalnya, populasi lanjut usia, tekanan biaya, dan meningkatnya kekhawatiran akan keselamatan pasien). Salah satu tantangan terpenting yang dihadapi manajer layanan kesehatan adalah mengendalikan biaya ( Smith dkk., 1981; Kumar dan Motwani, 1999; Watcharasriroj dan Tang, 2004 ).

Dalam hal ini jika BPJS terlambat atau tidak membayarkan setiap klaim kepada rumah sakit maka akan membuat manajer layanan kesehatan akan kesulitan dalam mengendalikan biaya. Pengurangan biaya sangat sulit dalam perawatan kesehatan, dan faktanya untuk menghitung biaya secara akurat seringkali sulit

dilakukan ( Negrini dkk., 2004 ). Untuk membuat keputusan secara efektif yang bertujuan mengurangi biaya perawatan kesehatan, pertama penting untuk mengungkapkan dan memahami faktor-faktor yang mendorong timbulnya biaya. Salah satu kinerja yang mencakup banyak dimensi kinerja operasi tradisional (Skinner, 1969; Hayes and Wheelwright, 1984) adalah ALOS, yang mengacu pada panjang rata-rata waktu yang dihabiskan seorang pasien di rumah sakit (Thomas dkk., 1997).

Sebagian besar rumah sakit telah mengidentifikasi ALOS sebagai salah satu indikator kinerja. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa ALOS berkaitan dengan biaya, efisiensi, kualitas perawatan, dan kecepatan dalam pemberian layanan (Ashby dkk., 2000; Glick dkk., 2003; Thomas dkk., 1997; Burns dkk., 1994; ), sehingga dapat dipandang sebagai ukuran kinerja keseluruhan yang sesuai. Dalam konteks ini, nilai ALOS yang lebih rendah umumnya dipandang sebagai cerminan kinerja operasional yang lebih baik (Shi, 1996; Thomas dkk., 1997; Languard-Orban dkk., 1996).

Tujuan strategis yang relevan untuk rumah sakit adalah mengurangi ALOS. Dalam banyak isu terkini manajer berusaha untuk "mengurangi biaya" tanpa memperhatikan efek organisasi atau operasional yang terkait dengan pengurangan biaya tersebut. Misalnya, perbedaan ALOS pasien yang menggunakan BPJS dan pasien yang tidak memakai BPJS. Pasien rawat inap yang menggunakan BPJS akan di rawat di rumah sakit tidak begitu lama karena akan mempengaruhi biaya yang akan ditanggung oleh rumah sakit. Dan pasien yang tidak menggunakan BPJS maka lama waktunya untuk di rawat inap tergantung pada pasien itu sendiri. Pengetahuan ini penting bagi pengambilan keputusan manajerial di lingkungan yang kompleks ini. Persaingan setiap rumah sakit dalam memberikan biaya yang efisien, maka rumah sakit tersebut membutuhkan manajemen rumah sakit yang senantiasa membutuhkan pengembangan bagi setiap aktivitas jasa pelayanan kesehatan. Dan juga untuk mengefektifkan dan mengefisienkan kinerja dalam rumah sakit, maka harus dilaksanakan pendelegasian tugas atau peran dari manajer level puncak kepada bawahan. Ketika rumah sakit semakin berkembang, maka manajemen level puncak akan membuat berbagai cakupan tanggung jawab yang disebut sebagai pusat pertanggungjawaban dan memberikan tugas manajer dibawahnya untuk mengendalikan di area tersebut. Pada saat proses pengambilan keputusan maka dibutuhkan seluruh informasi yang akurat. Untuk mempertahankan atau meningkatkan konsistensi dari kinerja rumah sakit harus melaksanakan evaluasi dari sistem pengendalian manajemen yang sudah ada dimana pengendalian juga merupakan bagian penting dari manajemen rumah sakit itu sendiri.

## KERANGKA PEMIKIRAN TEORITIS DAN PERUMUSAN HIPOTESIS

### Landasan Teori

#### TEORI MANAJEMEN RUMAH SAKIT ( BARBER JOHNSON )

Konsep Barber Johnson dapat digunakan untuk mengukur tingkat efisiensi dari kinerja suatu rumah sakit. Ada beberapa indikator yang dipakai pada konsep ini adalah sebagai berikut:

Bed Occupancy Ratio yaitu jumlah pemakaian ranjang atau tempat tidur untuk periode tertentu. Parameter ini menjelaskan tentang jumlah pemakaian tempat tidur sebuah rumah sakit, termasuk dalam kategori BOR tinggi atau tidak. Jumlah ideal dari BOR yaitu sekitar 60 s.d. 85%.

$$\text{Rumus BOR} = \frac{\text{Jumlah hari rawat di rumah sakit}}{(\text{Jumlah hari dalam satu periode} \times \text{jumlah tempat tidur})} \times 100 \%$$

Average Length of Stay (ALOS) adalah berapa rata - rata hari seorang pasien dirawat pada rumah sakit. Parameter ini dapat menunjukkan tingkat efisiensi dan juga mendeskripsikan mutu layanan rumah sakit. Pada umumnya, ALOS yang optimal adalah 6 s.d. 9 hari.

$$\text{Rumus ALOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

Bed Turn Over (BTO) adalah tolak ukur untuk melihat berapa sering pemakaian tempat tidur oleh seluruh pasien pada periode tertentu (umumnya 1 tahun) di sebuah rumah sakit. Parameter ini akan menampilkan tingkat efisiensi atas penggunaan tempat tidur. Jumlah ideal pemakaian satu tempat tidur selama satu tahun yaitu sebanyak 40-50 kali.

$$\text{Rumus BTO} = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}{\text{Jumlah tempat tidur}}$$

Turn Over Interval (TOI) adalah jumlah selang waktu pemakaian tempat tidur, dimana awal dari tempat tidur digunakan oleh seorang pasien sampai tempat tidur tersebut digunakan oleh pasien selanjutnya. Parameter ini mendeskripsikan tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur. Idealnya selisih waktu tempat tidur yang kosong hanya dalam waktu 1 s.d. 3 hari.

$$\text{Rumus TOI} = \frac{(\text{Jumlah tempat tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari perawatan}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

### Kinerja Rumah Sakit

Biaya kesehatan telah menjadi isu penting, jadi penggunaan perbaikan biaya atau penanggungan biaya sebagai ukuran kinerja sangat umum dilakukan pada penelitian kesehatan (Kumar dan Motwani, 1999; Butler dkk., 1996). Kualitas juga telah banyak digunakan sebagai hasil kinerja dalam penelitian kesehatan (Butler dkk., 1996; Caron dkk., 2004; Chesteen dkk., 2005). Kualitas telah diukur dengan berbagai cara, termasuk ukuran kualitas yang dilaporkan sendiri (Butler dan Leong, 2000), kesalahan medis (McFadden dkk., 2004), dan tingkat kematian (Caron dkk., 2004; Landon dkk., 1996; Gross dkk., 2000; Madison, 2004; MacStravic, 1999).

Kinerja organisasi di rumah sakit, terutama dari perspektif strategis, juga dapat dipandang sebagai konstruksi yang menggabungkan banyak dimensi, seperti hasil klinis, kinerja keuangan, produktivitas, dan tindakan operasional (Butler dan Leong, 2000). Salah satu ukuran yang ditemukan secara luas dalam penelitian manajemen rumah sakit adalah ALOS yang merupakan jumlah rata-rata dari hari pasien tinggal di rumah sakit. ALOS mencerminkan sejumlah dimensi kinerja yang berbeda, termasuk biaya (Polverejan dkk., 2003; Ashby dkk., 2000; Glick dkk., 2003), kualitas (Thomas dkk., 1997), profitabilitas (Langland-Orban dkk., 1996; Sear, 1992), dan efisiensi (Burns dkk., 1994).

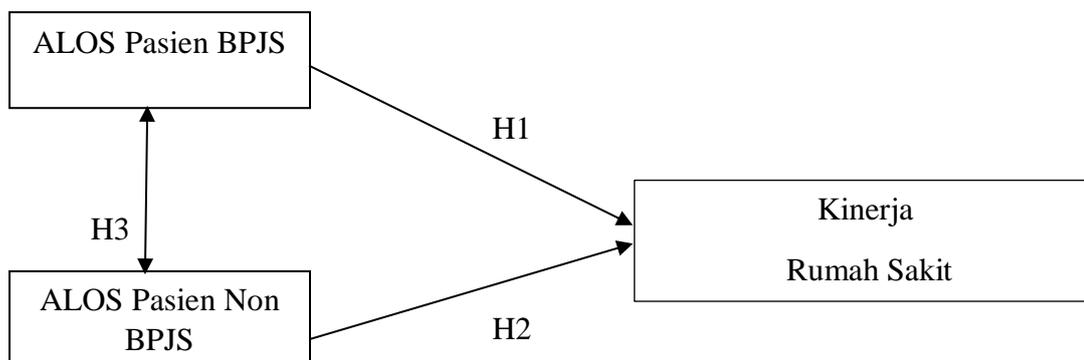
Pada sebagian besar penelitian, tingkat ALOS yang lebih kecil mendeskripsikan hasil kinerja yang lebih optimal (Shi, 1996; Thomas dkk., 1997; Langland-Orban dkk., 1996). Nilai ALOS yang lebih rendah menunjukkan bahwa pasien dirawat dan dipulangkan lebih cepat, yang akan menunjukkan efisiensi sumber daya yang lebih bagus dan biaya yang lebih kecil (Thomas dkk., 1997; Brown dkk., 2003).

### Biaya

Drury (2005) mendefinisikan biaya sebagai pengeluaran yang telah dikonsumsi dalam menghasilkan pendapatan. Namun, profitabilitas didefinisikan oleh Lucey (1997) sebagai kelebihan antara pendapatan dan biaya. Dengan kata lain, laba ditentukan dengan mengurangi biaya dari pendapatan. Sehingga hal ini menunjukkan hubungan yang linier antara laba dan biaya.

Horngren (2006) mendefinisikan biaya yang dapat dikendalikan sebagai biaya yang berkaitan langsung pada pengaruh manajer pusat dengan tanggung jawab yang diberikan untuk periode waktu tertentu. Dimana alokasi biaya bisa saja tidak sesuai dengan pengendalian biaya karena pembuatan produk dapat terdiri dari operasi yang berbeda dan juga individu yang berbeda pula. Untuk mengatasi masalah ini, biaya dan pendapatan dapat ditelusuri kepada individu yang bertanggung jawab dimana sistem ini juga dikenal dengan akuntansi pertanggung jawaban.

### Kerangka Pemikiran



Berdasarkan kerangka pemikiran diatas, maka dirumuskan hipotesis sebagai berikut :

H1 : ALOS Pasien BPJS berpengaruh positif terhadap Kinerja Rumah Sakit

H2 : ALOS Pasien Non BPJS berpengaruh positif terhadap Kinerja Rumah Sakit

H3 : ALOS Pasien BPJS berbeda dengan ALOS Pasien Non BPJS

### METODE PENELITIAN

#### Variabel Penelitian dan Definisi Operasional Variabel

Variabel yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari variabel dependen dan variabel independent.

#### Variabel Dependen

Variabel dependen adalah variabel yang menjadi akibat ( dipengaruhi ) dari variabel independen. Pada penelitian ini yang menjadi variabel dependen adalah kinerja biaya rumah sakit. Kinerja biaya dibedakan pada setiap kasus penyakit yang diberikan layanannya oleh rumah sakit. Untuk membandingkan kinerja biaya di rumah sakit harus memperhitungkan tingkat keparahan kasus yang dirawat di rumah sakit. Pendekatan yang diambil adalah dengan menggunakan ukuran kinerja biaya yang menunjukkan bagaimana biaya rata - rata aktual rumah sakit per kasus dari biaya rata-rata yang diharapkan dan tingkat keparahan kasus yang dirawat di rumah sakit. Oleh karena itu, ukuran biaya adalah perbedaan persentase dari biaya rata - rata yang diharapkan ( DIFFCOST ).

Variabel ini dihitung dengan cara sebagai berikut:

$$\text{DIFFCOST} = ( \text{Observed average cost} - \text{Expected average cost} ) / ( \text{Expected average cost} ).$$

#### Variabel Independen

ALOS menurut Depkes RI ( 2005 ) yaitu rata – rata lama rawat seorang pasien. Parameter ini dapat mendeskripsikan tingkat efisiensi dan menunjukkan mutu layanan rumah sakit. Pada umumnya nilai ALOS yang baik sekitar 6 s.d. 9 hari ( Depkes RI,2005).

$$\text{Rumus ALOS} = \frac{\text{Jumlah lama dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup + mati)}}$$

## Populasi dan Sampel

Populasi yang dijadikan objek penelitian ini adalah Rumah Sakit Nasional Diponegoro. Penelitian ini menggunakan teknik purpose sampling yaitu klinik yang dijadikan sampel pada penelitian ini adalah dipilih sesuai dengan kriteria tertentu yaitu 10 besar penyakit yang terjadi selama periode Mei sampai dengan Agustus 2018 untuk mendapatkan sampel yaitu penyakit anemia tidak terspesifikasi, persalinan melalui operasi caesar tidak spesifik, infark serebri, diabetes melitus tidak terspesifikasi tanpa komplikasi, hiperlipidemia tidak terspesifikasi, penyakit jantung hipertensi dengan gagal jantung, diabetes melitus tak tergantung insulin tanpa komplikasi, gagal jantung kongesif, hipokalemia, dan kelahiran caesar.

## Jenis dan Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data sekunder yang memiliki sifat kuantitatif. Data Kuantitatif yaitu suatu data yang ditampilkan secara numerik atau bisa diukur pada satuan tertentu. Dalam hal ini berupa laporan biaya pasien yang menginap di rumah sakit yang diperoleh melalui bagian IT RS Nasional Diponegoro. Data pelengkap yang diterima dari unit rekam medis melalui bagian IT, diantaranya adalah data rekapitulasi indikator pelayanan RS Nasional Diponegoro selama periode Mei 2018 sampai Agustus 2018.

## Metode Analisis

Metode analisis yang digunakan pada penelitian ini yaitu analisis regresi berganda. Tahapan yang harus dilaksanakan terlebih dahulu adalah analisis statistik deskriptif dan uji asumsi klasik sebelum melaksanakan analisis regresi agar mendapatkan data yang akurat.

Persamaan yang digunakan untuk menguji hipotesis adalah sebagai berikut :

$$\text{DIFFCOST} = (\text{Observed average cost} - \text{Expected average cost}) / (\text{Expected average cost}).$$

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### Analisis Regresi

Uji mendeskripsikan seberapa jauh pengaruh satu variabel independen secara individual dalam menerangkan variabel dependen.

Model	Unstandardized		Standardized		
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig
1 Constant	12.266	.270	.680	45.493	.000
Lama menginap	1.090	.251		4.346	.000

ALOS Umum

Model	Unstandardized		Standardized		
	Coefficients		Coefficients		
	B	Std. Error	Beta	t	Sig
1 Constant	12.773	.059	.731	214.830	.000
Lama menginap	.837	.047		17.820	.000

ALOS BPJS

### Analisis Tabulasi Silang dengan Uji Chi-Square

Analisis tabulasi silang pada dasarnya menampilkan data dalam bentuk tabulasi yang meliputi baris dan kolom dan data untuk penyajian crosstab data berskala nominal atau kategori. Uji Chi-Square pada penelitian ini untuk menguji apakah ada asosiasi atau hubungan antara ALOS BPJS dan ALOS Umum.

	Value	df	Asymp.Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1.110 <sup>b</sup>	1	.292
Likelihood Ratio	2.092	1	.148
Linear-by-Linear Association	1.107	1	.293
N of Valid cases	317		

Rincian masing-masing hasil pengujian dari pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen adalah sebagai berikut :

#### Hipotesis 1 :

Hasil regresi model yang digunakan untuk menguji hipotesis pertama, yaitu ALOS pasien BPJS berpengaruh positif terhadap kinerja rumah sakit. Ketika dimasukkan kedalam model regresi dapat dilihat dari probabilitas signifikansi ALOS BPJS yaitu 0.000. Dari sini dapat disimpulkan bahwa kinerja rumah sakit dipengaruhi secara positif oleh ALOS BPJS.

#### Hipotesis 2 :

Hasil regresi model yang digunakan untuk menguji hipotesis kedua, yaitu ALOS pasien Non BPJS berpengaruh positif terhadap kinerja rumah sakit. Ketika dimasukkan kedalam model regresi dapat dilihat dari probabilitas signifikansi ALOS Non BPJS yaitu 0.000. Dari sini dapat disimpulkan bahwa kinerja rumah sakit dipengaruhi secara positif oleh ALOS Non BPJS.

#### Hipotesis 3 :

Hasil chi-square menunjukkan nilai sebesar 1.110 dengan probabilitas signifikansi 0.292. Oleh karena nilai signifikansi jauh diatas 0.05, maka dapat disimpulkan tidak ada asosiasi atau hubungan antara ALOS BPJS dan ALOS Non BPJS.

### KESIMPULAN

Hasil uji empiris penelitian ini dapat disimpulkan seperti dibawah ini:

1. ALOS BPJS berhubungan positif terhadap kinerja rumah sakit. ALOS yang lebih rendah menunjukkan bahwa pasien dirawat dan dipulangkan lebih cepat, yang akan menunjukkan efisiensi sumber daya yang bagus dan biaya yang lebih kecil ( Thomas dkk., 1997; Brown dkk., 2003 ). Sehingga dengan ALOS pasien BPJS yang rendah akan berhubungan positif terhadap Biaya rumah sakit yang rendah juga.
2. ALOS Non BPJS berhubungan positif terhadap kinerja rumah sakit. ALOS pasien Non BPJS yang rendah akan berhubungan positif terhadap Biaya rumah sakit yang rendah juga.
3. ALOS pasien BPJS berbeda dengan ALOS pasien Non BPJS, dimana ALOS pasien BPJS dan ALOS pasien Non BPJS tidak memiliki asosiasi satu sama lain.

## KETERBATASAN PENELITIAN

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan, terdapat keterbatasan sebagai berikut:

1. Kinerja rumah sakit yang diteliti hanya terbatas pada ALOS
2. Terdapat kesulitan dalam mencari perbedaan ALOS BPJS dan Non BPJS

## SARAN

Penulis memberi saran untuk penelitian selanjutnya antara lain :

1. Penelitian selanjutnya mengenai kinerja rumah sakit dapat menggunakan kinerja rumah sakit lainnya seperti BOR, TOI, dan BTO untuk mengukur kinerja rumah sakit.
2. Pada penelitian selanjutnya dapat mendeskripsikan lebih dalam mengenai kinerja rumah sakit terhadap pasien BPJS dan Non BPJS.

## REFERENSI

- Anwar, Rana Salman dan Salman Ali. 2015. Economies of Scale. *International Interdisciplinary Journal of Scholarly Research*, Vol 1, 1.
- Ashby, J., Guterman, S. dan Greene, T. 2000. An Analysis of Hospital Productivity and Product Change. *Health Affairs*, Vol 19, No. 5, pp. 197 - 205.
- Divianto. 2012. Peranan Audit Operasional Terhadap Efektivitas Pelayanan Kesehatan Rawat Inap (Studi Kasus Pada Rumah Sakit Bunda Palembang). *Jurnal Ekonomi dan Informasi Akuntansi*, Vol 2, No 2.
- Glick, H.A., Orzol, S.M., Tooley, J.F. dan Mauskopf, J.O. 2003. Design and Analysis of Unit Cost Estimation Studies : How Many Hospital Diagnoses? How Many Countries?. *Health Economics*, Vol 12, No 7, pp. 517 - 27.
- Gross, P.A., Braun, B.I., Kritchevsky, S.B. dan Simmons, B.P. 2000. "Comparison of clinical indicators for performance measurement of health care quality: a cautionary note". *British Journal of Clinical Governance*, Vol 5, No 4, pp. 202-11.
- Hansen dan Mowen. 2009. *Cost Management Accounting and Control*. Thomson South Western.
- Hayes, R.H. dan Wheelwright S.C. 1984. *Restoring Our Competitive Edge : Competing Through Manufacturing*. New York: Wiley.
- Kumar, A. dan Motwani, J.G. 1999. Management of Health Care Technology Literature ( 1979 - 1997 ) : A Multidimensional Introspection. *IEEE Transactions on Engineering Management*, Vol 46, No 3, pp.247-64.
- Landon, B., Iezzoni, L. I. 1996. Judging Hospitals by Severity-Adjusted Morality Rates : The Case of CABG Surgery. *Inquiry*, Vol 33, No 2, pp.155-66.
- Langland-Orban, B., Gapenski, L.C. dan Vogel, W.B. 1996. Differences in Characteristics of Hospitals with Sustained High and Sustained Low Profitability. *Hospital & Health Services Administration*, Vol 41, No 3, pp.385 - 99.
- Macstravic, S. 1999. Quality Indicators and Specious Inferences. *Health Care Strategic Management*, Vol 17, No 6, pp.15-18.

- Madison, K. 2004. Multihospital System Membership and Patient Treatments, Expenditures, and Outcomes. *Health Service Research, Vol 39, No 4, pp.749 - 69.*
- McDermott, Christopher dan Gregory N. Stock. 2007. Hospital Operations and Length of Stay Performance. *International Journal of Operations and Production Management. Vol. 27 Issue: 9 pp. 1020-1042.* Diakses tanggal 23 Oktober 2017.
- Miller, F., et all. 2015. Investigation of The Impact of The Massachusetts Health Care Reform on Hospital Costs and Quality of Care. Springer Science and Business Media New York.
- Polvcrejan, E., Gardiner, J.C., Bradley, C.J. dan Holmes-Rovner, M. 2003. Estimating Mean Hospital Cost as a function of length of stay and patient characteristics. *Health Economics. Vol. 12 No. 11. pp. 935-47.*
- Putan, A., O.R. Ivan dan A. Tamas. 2017. Cost Centers From Hospital Units. *Valahian Journal of Economic Studies. Vol. 8 (22) Issue: 1.*
- Riyadi, Slamet. 1994. Penilaian Kembali Metode Barber Johnson dalam Penilaian Efisiensi Pelayanan Rumah Sakit di Indonesia. *Majalah IRSJAM. Edisi XXXIV, April sd Juni.*
- Sear, A.M. 1992. "Operating Characteristics and comparative performance of Investor-owned Multihospital Systems. *Hospital and Health Services Administration. Vol. 37 No. 3. pp. 403-15.*
- Shi, L. 1996. Patient and Hospital Characteristics Associated with Average Length of Stay. *Health Care Management Review. Vol. 21 No. 2. pp. 46-61.*
- Skinner, W. 1969. Manufacturing Missing Link in Corporate Strategy. *Harvard Business Review. Vol. 47 No. 3. pp. 136-45.*
- Smith, H.L., Fottler, M.D. dan Saxberg. B.O. 1981. "Cost containment in health care: a model for management research". *Academy of Management Review. Vol. 6 pp. 397-407.*
- Stock, Gregory N. dan Christopher McDermott. 2011. Operational and Contextual Drivers of Hospital Costs. *Journal of Health Organization and Management. Vol. 25 Issue: 2 pp. 142-158.* Diakses tanggal 23 Oktober 2017.
- Thomas, J.W., Guire, K.E. dan Horvat, G. 1997. "Is patient length of stay related to quality of care?". *Hospital & Health Services Administration. Vol. 42 No. 4. pp. 489-507.*