

## **BAB II**

### **KAJIAN PUSTAKA**

#### **2.1 Rumah Sakit**

Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat UU RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 1 angka 1. Semua orang yang berobat ke rumah sakit memiliki tujuan untuk sembuh dari penyakit yang diderita, sehingga rumah sakit harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu sesuai dengan kebutuhan masyarakat. Untuk mencapai hal tersebut, rumah sakit harus memahami bagaimana pelanggan memandang, memikirkan, merasakan dan mengharapkan pelayanan yang disediakan. Apabila rumah sakit yang menerapkan hal demikian, berarti rumah sakit menyediakan pelayanan yang berorientasi pada pasien.

Berdasarkan Permenkes 56 Tahun 2014, Rumah sakit umum diklasifikasikan menjadi 4 kelas, yaitu rumah sakit umum kelas A, kelas B, kelas C dan kelas D. Saat ini RSUD merupakan rumah sakit umum kelas B. Dalam peraturan tersebut rumah sakit kelas B harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 pelayanan medik dasar, 4 pelayanan spesialis penunjang medik, 8 pelayanan medik spesialis lainnya dan 2 pelayanan medik subspesialis dasar. Dalam prakteknya, selain memperhatikan permenkes tersebut rumah sakit juga harus mempertimbangkan kemampuan rumah sakit dan kebutuhan masyarakat di daerah wilayah kerja rumah sakit tersebut.

Rumah sakit yang menjadi BLUD juga harus menggunakan standar pelayanan minimum yang ditetapkan oleh kepala daerah wilayah kerja rumah sakit tersebut, sehingga dalam hal ini rumah sakit harus mempertimbangkan kualitas, pemerataan, biaya serta kemudahan untuk mendapatkan pelayanan kepada masyarakat. Rumah sakit BLUD membentuk tarif yang disusun atas dasar perhitungan biaya per unit layanan atau hasil per investasi dana. Tarif layanan diusulkan oleh RSUD kepada kepala daerah dan kemudian ditetapkan dengan peraturan kepala daerah. Pengelolaan keuangan RSUD BLUD harus mengacu pada prinsip akuntabilitas, transparansi dan efisiensi dan anggaran yang diusulkanpun harus berbasis kinerja.

## **2.2 Rawat Jalan Eksekutif**

### **2.2.1 Definisi**

Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif adalah pemberian pelayanan kesehatan non reguler di rumah sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa harus menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar Permenkes Nomor 11 tahun 2016 pasal 1 angka 2. Sama halnya dengan rawat jalan reguler, pada pelayanan rawat jalan eksekutif juga dilayani oleh dokter spesialis-subspesialis. Poli eksekutif adalah bagian dari rawat jalan eksekutif yang sudah memenuhi persyaratan yang ditentukan.

### **2.2.2 Persyaratan Rawat Jalan eksekutif**

Rawat jalan eksekutif merupakan pelayanan privat. Dikatakan privat karena lokasinya ruangnya tidak dalam satu zona dengan pelayanan rawat jalan

reguler. Jam pelayanannya pun tidak harus pagi hari sebagaimana halnya dengan rawat jalan reguler. Persyaratan-persyaratan penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif terdapat dalam Permenkes Nomor 11 tahun 2016 seperti berikut ini:

- 1) Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif hanya diselenggarakan pada Rumah Sakit kelas A, kelas B dan kelas C milik Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah dan Masyarakat yang telah terakreditasi.
- 2) Dokter Spesialis-Subspesialis hanya melakukan pelayanan kesehatan di rawat jalan eksekutif pada jadwal yang sudah ditentukan.
- 3) Dokter Spesialis-Subspesialis tidak boleh merangkap pada pelayanan kesehatan lainnya pada waktu yang sama, kecuali pada kondisi darurat.
- 4) Bidang spesialisasi yang akan dijadikan poli eksekutif harus memiliki dokter spesialis-subspesialis paling sedikit berjumlah 3 orang dalam satu disiplin ilmu, jika kurang dari jumlah tersebut maka pelayanan rawat jalan eksekutif dilaksanakan diluar jam kerja pelayanan rawat jalan reguler.
- 5) Jumlah tenaga kesehatan lain serta tenaga nonkesehatan disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan.
- 6) Pengorganisasian rawat jalan eksekutif dapat bergabung dengan organisasi pelayanan rawat jalan yang telah ada atau berdiri sendiri sesuai dengan kebutuhan organisasi Rumah Sakit.
- 7) Bangunan, sarana, dan prasarana rawat jalan eksekutif harus dalam satu zona area pelayanan tersendiri dan terpisah dengan rawat jalan reguler.

- 8) Bangunan, sarana, dan prasarana harus memperhatikan fungsi, keamanan, kenyamanan dan kemudahan dalam pemberian pelayanan tanpa mengabaikan keselamatan pasien.
- 9) Bangunan, sarana, dan prasarana yang disediakan harus memperhatikan kebutuhan pasien disabilitas dan pasien dengan kebutuhan pasien dengan kebutuhan khusus lainnya.
- 10) Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif harus memiliki alur pelayanan tersendiri dan tidak mengganggu pelayanan rawat jalan reguler.
- 11) Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif bersifat *one stop service* mulai dari pendaftaran, pemeriksaan medik, pelayanan penunjang medik, dan pelayanan lainnya dalam satu zona area pelayanan.
- 12) Pelayanan penunjang medik pada pelayanan rawat jalan eksekutif dapat terintegrasi dengan pelayanan penunjang yang telah ada di rumah sakit.
- 13) Rumah sakit milik masyarakat yang menyelenggarakan pelayanan rawat jalan eksekutif dilarang mendayagunakan dokter spesialis-subspesialis yang bekerja pada Rumah Sakit milik Pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah pada jam kerja.
- 14) Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif diakses oleh peserta umum atau peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) kecuali peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

### **2.3 Jaminan Kesehatan**

Jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran Jaminan Kesehatan atau iuran Jaminan Kesehatannya dibayar oleh pemerintah Pusat atau Pemerintah Daerah (Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan pasal 1 angka 1). Program jaminan kesehatan yang diselenggarakan oleh badan hukum yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Jaminan kesehatan dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), menuntut peran serta masyarakat dalam bentuk iuran jaminan kesehatan. Sejalan dengan program *World Health Organization* (WHO) mengenai *Universal Health Coverage* maka Peserta Jaminan Kesehatan meliputi seluruh warga Indonesia termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 bulan di Indonesia yang telah membayar Iuran Jaminan Kesehatan. Peserta Jaminan Kesehatan dikelompokkan berdasarkan cara bayar iuran yang meliputi Peserta jaminan kesehatan Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan peserta jaminan kesehatan Non Penerima Bantuan Iuran (Non PBI).

#### **2.3.1 Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan PBI**

Peserta jaminan kesehatan PBI meliputi orang yang tergolong fakir dan orang tidak mampu sebagai peserta program jaminan kesehatan. Iuran jaminan kesehatan bagi peserta PBI dibayar oleh pemerintah baik pemerintah pusat maupun pemerintah daerah. Kepesertaan Jaminan kesehatan yang termasuk dalam

PBI ditetapkan oleh menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintah di bidang sosial. Selain peserta yang telah disebutkan di atas, yang termasuk peserta jaminan kesehatan PBI adalah bayi yang dilahirkan oleh ibu kandung yang terdaftar sebagai peserta PBI, Peserta bukan PBI yang mengalami cacat total tetap dan tidak mampu yang dimana penetapan cacat total dilakukan oleh dokter yang berwenang, peserta PPU yang mengalami PHK yang tidak bekerja kembali dan tidak mampu.

Iuran bagi peserta PBI jaminan kesehatan yang didaftarkan oleh Pemerintah Pusat dibayar oleh Pemerintah Pusat, sedangkan iuran bagi penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah maka dibayar oleh Pemerintah Daerah. Iuran bagi peserta PBI dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah yaitu sebesar Rp. 23.000,00 per orang per bulan. Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah berhak mendapatkan pelayanan kesehatan berupa akomodasi layanan rawat inap pada ruang perawatan kelas III.

### **2.3.2 Peserta Bukan Penerima Bantuan Iuran Jaminan (Non PBI)**

Peserta Jaminan Kesehatan Non PBI terdiri atas Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya, Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan anggota keluarganya, Bukan Pekerja (BP) dan anggota keluarganya. Kelompok bukan pekerja dalam hal ini adalah bukan termasuk kelompok PPU, PBPU, PBI Jaminan Kesehatan dan Penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

a. Penerima Upah (PPU)

Setiap orang yang bekerja pada pemberi kerja dengan menerima gaji atau upah. Pekerja penerima upah terdiri dari pejabat Negara, pimpinan dan anggota dewan perwakilan rakyat daerah, PNS, prajurit, anggota polri, kepala desa dan perangkat desa, pegawai swasta dan pekerja yang menerima gaji atau upah selain yang disebutkan sebelumnya. Anggota keluarga dari peserta PPU meliputi istri/suami yang sah, anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah, paling banyak 4 orang. Anak kandung, anak tiri dari perkawinan yang sah, dan anak angkat yang sah yang termasuk dalam anggota keluarga PPU jika tidak atau belum pernah menikah atau tidak mempunyai penghasilan sendiridan belum berusia 21 tahun atau belum berusia 25 tahun bagi yang masih menempuh pendidikan formal. Selain itu peserta PPU dapat mengikutsertakan anggota keluarga yang lain meliputi anak ke-4 dan seterusnya, ayah, ibu dan mertua. Pasangan suami istri yang masing-masing merupakan pekerja maka keduanya wajib didaftarkan sebagai peserta PPU oleh masing-masing pemberi kerja dan membayar iuran sesuai dengan kelas perawatan yang dipilihnya.

Iuran bagi peserta PPU dibayar oleh pemberi kerja dan pekerja. Pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 10 setiap bulan. Iuran bagi peserta PPU adalah sebesar 5% dari gaji atau upah per bulan dengan pembagian 3% dibayar oleh pemberi kerja dan 2% dibayar oleh peserta. Jika peserta PPU selain PNS, prajurit, anggota polri, kepala desa dan perangkat

desa dan pegawai swasta maka pembagian pembayarannya adalah 4% dibayar oleh pemberi kerja dan 1% dibayar oleh peserta.

b. Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP)

PBPU dan BP hanya memiliki perbedaan dalam keanggotaan. PBPU terdiri atas pekerja di luar hubungan kerja atau pekerja mandiri dan pekerja selain itu yang bukan penerima gaji atau upah dan keanggotaan BP terdiri atas investor; pemberi kerja; penerima pensiun; veteran; perintis kemerdekaan; janda, duda atau anak yatim dan/atau piatu dari veteran atau perintis kemerdekaan; dan BP lainnya yang mampu membayar iuran.

PBPU dan BP wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya secara sendiri-sendiri atau kolektif sebagai peserta jaminan kesehatan dan dapat melakukan pembayaran setelah 14 hari sejak dinyatakan layak berdasarkan verifikasi pendaftaran. Besaran iuran peserta PBPU dan BP disesuaikan pada ruang perawatan kelas sesuai dengan yang dituju dan Pembayaran iuran dilakukan paling lambat tanggal 10 setiap bulan.

- 1) Ruang perawatan kelas I = Rp. 80.000,00 per orang per bulan
- 2) Ruang perawatan kelas II = Rp. 51.000,00 per orang per bulan
- 3) Ruang perawatan kelas III = Rp. 25.000,00 per orang per bulan

Pembayaran iuran bagi peserta PBPU dan BP dilakukan secara kolektif atas total tagihan untuk seluruh anggota keluarga sesuai data yang tercantum dalam kartu keluarga.

## **2.4 Studi Kelayakan Bisnis**

### **2.4.1 Pengertian Studi Kelayakan**

Studi kelayakan bisnis merupakan penelitian yang bertujuan memutuskan apakah sebuah ide bisnis layak untuk dilaksanakan atau tidak (Suliyanto, 2010:3). Sebuah ide bisnis dinyatakan layak untuk dilaksanakan apabila ide bisnis tersebut memberi manfaat atau dampak positif yang lebih besar bagi semua pihak (*stake holder*). Menurut (Subagyo, 2007:4) jika tiap investasi didahului studi kelayakan yang benar, risiko kegagalan dan kerugian dapat dikendalikan dan diminimalkan sekecil mungkin. Pelayanan rawat jalan eksekutif merupakan investasi rumah sakit dengan kebutuhan dana yang besar karena diperlukan peralatan kedokteran yang beragam, dokter spesialis sebagai pelaksana pelayanan, gedung sebagai tempat pelayanan dan lain sebagainya.

### **2.4.2 Aspek-aspek Studi Kelayakan Bisnis**

Untuk memperoleh kesimpulan yang kuat tentang dijalankan atau tidaknya suatu pelayanan di rumah sakit yang dikembangkan. Terdapat beberapa aspek yang perlu dikaji dalam melakukan Studi kelayakan bisnis yang mendalam yaitu aspek hukum, aspek lingkungan, aspek pasar dan pemasaran, aspek teknis dan teknologi, aspek manajemen dan sumber daya manusia dan aspek keuangan (Suliyanto, 2010:9).

#### **a. Aspek Hukum**

Aspek hukum mengkaji ketentuan hukum yang harus dipenuhi sebelum menjalankan usaha bisnis termasuk juga dalam upaya pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif. Beberapa aspek hukum yang terkait

pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif meliputi Undang-Undang Republik Indonesia, Peraturan Presiden dan Peraturan Menteri Kesehatan. Berdasarkan aspek hukum, suatu ide bisnis dinyatakan layak jika ide bisnis tersebut sudah sesuai dan tidak melanggar ketentuan hukum serta memenuhi segala persyaratan perizinan di wilayah usaha tersebut dilaksanakan.

b. Aspek lingkungan

Lingkungan memiliki pengertian yang sangat luas sehingga dalam studi kelayakan aspek lingkungan dibagi menjadi beberapa ruang lingkup, namun dalam praktiknya tidak semua ruang lingkup pada lingkungan bisnis harus dianalisis secara mendalam. Suatu ide bisnis dinyatakan layak berdasarkan aspek lingkungan jika kondisi lingkungan sesuai dengan kebutuhan ide bisnis dan mampu memberi manfaat yang lebih besar dibandingkan dampak negatifnya di wilayah tersebut. Menurut (Suliyanto, 2010:44) Beberapa ruang lingkup yang terdapat dalam lingkungan bisnis adalah sebagai berikut :

1. Lingkungan operasional

Kompetitor atau pesaing termasuk ke dalam lingkungan operasional. Menurut (Griffin, 2004:75) kompetitor dari suatu organisasi adalah organisasi lain yang bersaing untuk memperebutkan sumber daya. Sumber daya yang paling jelas diperebutkan oleh kompetitor adalah uang konsumen. Kompetitor dari pelayanan rawat jalan eksekutif yang diselenggarakan oleh rumah sakit pemerintah adalah poli spesialis di rumah sakit swasta dan tempat praktik dokter spesialis.

## 2. Lingkungan industri

Lingkungan industri merupakan lingkungan yang meliputi kelompok yang memproduksi barang atau jasa atau barang pengganti yang dekat (*close substitution*).

## 3. Lingkungan jauh

Lingkungan jauh mencakup faktor-faktor yang bersumber dari luar operasional perusahaan yang meliputi lingkungan ekonomi, sosial, politik, teknologi, ekologi, dan global. Dalam (Permenkes Nomor 56 tahun 2014 pasal 67 ayat 2) menyatakan bahwa aspek sosio ekonomi dapat dipertimbangkan dengan kultur/kebudayaan, tingkat pendidikan, angkatan kerja, lapangan pekerjaan, pendapatan domestik rata-rata bruto. Faktor ekonomi masyarakat mempengaruhi kemampuan dan kemauan masyarakat untuk menggunakan pelayanan kesehatan. Indikator yang digunakan untuk mengukur kemauan dan kemampuan masyarakat adalah *Ability to Pay* (ATP) dan *Willingnes to Pay* (WTP).

### a) *Ability to Pay* (ATP)

Menurut Rubiani dalam (Fauziyyah, 2016:17) Kemampuan membayar/ *Ability to Pay* (ATP) adalah jumlah uang yang mampu dibayarkan masyarakat untuk menggantikan biaya pelayanan yang diterimanya. Menurut (Hadi P, 2006) harga barang (tarif pelayanan kesehatan), besar pendapatan, biaya pelayanan kesehatan dapat mempengaruhi *Ability to Pay* seseorang. Dari pernyataan tersebut maka dapat dipetakan bahwa semakin besar pendapatan seseorang

maka semakin besar pula tingkat kemampuannya untuk membayar program atau jasa pelayanan kesehatan.

(Adisasmita, 2008) berpendapat bahwa apabila seseorang mampu mengeluarkan belanja untuk barang – barang non esensial maka tentu ia juga mampu mengeluarkan biaya untuk pelayanan kesehatan yang sifatnya esensial. Untuk memprediksi kemampuan masyarakat dalam membayar jasa pelayanan kesehatan maka harus diperoleh data mengenai data pendapatan dan pengeluaran rumah tangga. Apabila diantaranya terdapat selisih, maka sebagian dari selisih itulah tingkat kemampuan untuk membayar jasa pelayanan kesehatan. Data yang terkait pengeluaran dan pendapatan masyarakat dapat diperoleh melalui survey atau telusur data rata-rata pengeluaran rumah tangga dan data produk domestik bruto tanpa migas di Badan Pusat Statistik.

Selain itu juga terdapat formula lain untuk menghitung ATP kesehatan masyarakat diantaranya adalah 10% dari *disposable income*, yakni pendapatan dikurangi pengeluaran pangan esensial (diluar minuman keras, minuman/makanan jadi dan rokok/sirih), 50% dari pengeluaran rokok ditambah pengeluaran non pangan, atau 5% dari total pengeluaran.

b) *Willingnes to Pay (WTP)*

Menurut Wedgood dalam (Fauziyyah, 2016) WTP adalah jumlah maksimum dari status individu seseorang untuk kemauan membayar atas suatu barang atau jasa. Sehingga seperti halnya ATP, tingkat WTP

pada masyarakatpun berbeda disesuaikan dengan pendapatan dan pengeluaran untuk membiayai kebutuhan sehari-hari. Hal ini ditegaskan oleh hasil penelitian (Dewi, Ghufron, & Bhisma, 2014) yang menunjukkan hal-hal yang mempengaruhi perbedaan WTP penduduk kota dan desa. WTP penduduk kota dipengaruhi oleh tingkat pendidikan, kondisi kesehatan keluarga, pekerjaan, dan tingkat kesejahteraan keluarga. Sedangkan WTP penduduk desa dipengaruhi oleh tingkat kesejahteraan keluarga, adanya anak kecil atau geriatri, dan kondisi kesehatan keluarga. Berdasarkan pernyataan-pernyataan tersebut, cara paling mudah untuk mengetahui kemauan membayar masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yaitu dengan menanyakan kesediaan untuk berobat kembali di RSUD apabila mengalami gangguan kesehatan.

c. Aspek pasar dan pemasaran

Aspek pasar dan pemasaran menganalisis potensi pasar, intensitas persaingan, dan menganalisis strategi pemasaran. Analisis pasar dan pemasaran merupakan hal yang perlu dilakukan rumah sakit sebelum memulai pembukaan pelayanan baru. Hal tersebut perlu dilakukan untuk mengetahui apakah pelayanan tersebut dibutuhkan atau tidak oleh masyarakat. Pasar potensial memiliki tiga ciri yaitu minat, pendapatan dan akses (Hartono, 2010). Awalnya definisi pasar potensial sebagai kumpulan konsumen-konsumen yang memiliki minat terhadap pelayanan yang ditawarkan. Jika tarif/harga dilibatkan dalam pertimbangan terhadap

pelayanan yang ditawarkan, maka konsumen potensial itu juga memiliki pendapatan yang memadai untuk “membeli” pelayanan yang ditawarkan. Jadi selain mau membeli (karena minat besar), juga harus mampu membeli (karena pendapatan memadai). Besarnya pasar juga dapat berkurang karena hambatan-hambatan pribadi terhadap akses. Konsumen yang berminat mungkin tidak akan dapat memanfaatkan suatu pelayanan rumah sakit sesuai dengan tempat dan waktu yang ditawarkan.

Suatu ide bisnis dinyatakan layak berdasarkan aspek pasar dan pemasaran jika ide bisnis tersebut dapat menghasilkan produk yang dapat diterima pasar (dibutuhkan dan diinginkan oleh calon konsumen) dengan tingkat penjualan yang menguntungkan (Suliyanto, 2010:82).

Tujuan analisis pasar adalah menyediakan informasi mengenai keadaan pasar saat ini dan kemungkinan trend pasar di masa mendatang. Melalui informasi yang diperoleh, rumah sakit dapat meningkatkan pelayanan, menetapkan kebijakan pelayanan baru, menetapkan tarif dan strategi promosi (Trisnantoro, 2009:124). Pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif perlu dilakukan analisis pasar untuk mengantisipasi kemungkinan kegagalan di kemudian hari, seperti kunjungan pasien tidak mencapai target karena permintaan yang sedikit, kalah bersaing dengan pelayanan spesialisasi yang ditawarkan oleh kompetitor atau sumber daya yang tidak mencukupi untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan eksekutif yang ditawarkan. Analisis pasar akan menghasilkan profil pasar yang sebaiknya memuat informasi

mengenai konsumen, kinerja (*performance*) rumah sakit, dan keadaan pasar (Trisnantoro, 2009:124).

#### 1) Profil Pasar Konsumen

Pada profil pasar dalam hal konsumen akan diteliti mengenai jumlah total konsumen, data epidemiologi, distribusi daerah tempat tinggal, pendapatan total, pendapatan per rumah tangga, distribusi pendapatan, selera konsumen, ciri-ciri dan frekuensi penggunaan pelayanan kesehatan oleh konsumen (Trisnantoro, 2009). Informasi mengenai profil pasar konsumen dapat diperoleh dengan cara melakukan segmentasi pasar. Rumah sakit yang memiliki rencana terkait pengembangan pelayanan perlu melakukan segmentasi pasar agar rumah sakit lebih mudah dalam memenuhi kebutuhan dan keinginan pasar. Berikut ini disajikan berbagai segmentasi berdasar variabel-variabel geografi (wilayah), demografi, psikografi, dan perilaku (Hartono, 2010:116) :

##### a. Segmentasi Geografis

Segmentasi ini dilakukan dengan mengelompokkan konsumen kedalam berbagai kesatuan wilayah seperti misalnya provinsi, kabupaten/kota, kecamatan, desa/kelurahan, rukun warga (RW), rukun tetangga (RT) dengan asumsi bahwa kebutuhan atau respons konsumen berbeda menurut wilayah. Segmentasi geografis tidak terlalu relevan dalam hal pengembangan rawat jalan eksekutif. Karena pelayanan rawat jalan eksekutif dapat dikonsumsi oleh pasien siapa saja dari asal (tempat tinggal) pasien yang beragam.

b. Segmentasi demografis

Segmentasi ini dilakukan dengan mengelompokkan konsumen atas dasar variabel demografi seperti usia, jenis kelamin, pendapatan, pekerjaan, pendidikan, agama, suku dan lain-lain. Subvariabel pendapatan pasien merupakan yang paling relevan terhadap pelayanan rawat jalan eksekutif karena pelayanan rawat jalan eksekutif diperuntukkan untuk masyarakat dengan tingkat ekonomi cukup baik.

c. Segmentasi psikografis

Orang dengan kelompok demografi yang sama dapat memiliki profil psikografi yang berbeda. Segmentasi ini dilakukan dengan mengelompokkan konsumen atas dasar kelas sosial, gaya hidup, atau ciri-ciri kepribadian. Menurut penelitian, gaya hidup dapat dikenali dengan mewawancarai orang mengenai kegiatannya, minatnya, dan pendapatnya (Hartono, 2010:118). Gaya hidup masyarakat yang tertarik terhadap metode atau alat baru, tidak mau antre lama terhadap kebutuhan pelayanan kesehatan memiliki keterkaitan yang besar terhadap pelayanan rawat jalan eksekutif.

d. Segmentasi Perilaku

Segmentasi ini dilakukan dengan mengelompokkan konsumen ke dalam segmen-segmen atas dasar pengetahuan, sikap, dan perilakunya dalam merespon pelayanan. Menurut (Hartono, 2010:119-121) segmentasi perilaku dapat dilakukan kepada

konsumen berdasarkan kapan saat memanfaatkan, keuntungan seperti apa yang dicari, status pemanfaatan, tingkat pemanfaatan, loyalitas, kesiapan memanfaatkan. Jika dikaitkan dengan perencanaan pelayanan rawat jalan eksekutif, maka subvariabel loyalitas dan kesiapan memanfaatkan merupakan yang paling berkaitan. (Hartono, 2010:120-121) mendeskripsikan bahwa loyalitas pasien dapat dibedakan menjadi 3, yaitu pasien yang loyal terhadap dokter; pasien yang loyal terhadap rumah sakit; pasien yang loyal terhadap daerah. Sementara itu, kesiapan memanfaatkan diartikan sebagai keantusiasan konsumen jika rumah sakit melakukan pengembangan pelayanan.

## 2) Profil Keadaan Pasar

Beberapa data yang diperlukan untuk menggambarkan keadaan pasar dapat berupa data pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, identifikasi pelayanan kesehatan, jumlah dan sifat pesaing rumah sakit (Trisnantoro, 2009).

## 3) Profil Pasar Rumah Sakit

Dalam hal ini terkait dengan besar kecilnya rumah sakit dan tersedianya fasilitas dan tenaga medis yang ahli dalam menangani suatu penyakit (Trisnantoro, 2009:124). Dalam hal ini rumah sakit perlu memperhatikan keadaan ekonomi, tingkat kegiatan, tingkat pengangguran, kebijakan ekonomi dan kesehatan pemerintah serta besarnya pajak.

Rumah sakit merupakan lembaga yang padat karya, artinya terdapat berbagai produk jasa yang diberikan oleh rumah sakit kepada konsumen yang meliputi rawat inap, rawat jalan, gawat darurat, laboratorium, apotek, dan berbagai produk lainnya dengan berbagai macam jenis spesialisasi yang disesuaikan dengan kemampuan dan kelas dari rumah sakit tersebut. Oleh karena itu, konsep *demand and supply* mengenai hukum *ceteris paribus* sangat sulit dijumpai dalam sektor rumah sakit. Akan tetapi konsep *demand and supply* sangat diperhitungkan dalam mengelola rumah sakit. Hasil analisis profil pasar ini akan sangat berguna untuk penyusunan rencana rumah sakit (Trisnantoro, 2009).

d. Aspek teknis dan teknologi

Jika analisis pasar dan pemasaran menunjukkan sebuah ide bisnis layak untuk dijalankan tetapi jika secara teknis tidak dapat dijalankan dengan baik maka investasi sebaiknya ditunda terlebih dahulu. Hal ini disebabkan bisnis sering kali mengalami kegagalan karena tidak mampu menghadapi masalah-masalah teknis. Suatu ide bisnis dinyatakan layak berdasarkan hasil analisis ide bisnis dapat dibangun dan dijalankan (dioperasionalkan) dengan baik. Menurut (Suliyanto, 2010:133) hal yang perlu dianalisis pada aspek teknis dan teknologi meliputi (1) Pemilihan lokasi bisnis, (2) Penentuan skala/luas produksi, (3) Pemilihan mesin peralatan dan teknologi, (4) Penentuan *layout*.

1) Pemilihan lokasi bisnis

Lokasi bisnis adalah tempat dimana usaha akan dijalankan. Lokasi bisnis mempunyai pengaruh yang besar terhadap biaya operasional dan

biaya investasi. Pada persyaratan pelayanan rawat jalan eksekutif, lokasi bangunan harus terpisah dengan rawat jalan reguler dan bersifat *one stop service* yang berarti mulai dari pendaftaran, pemeriksaan medik, pelayanan penunjang medik dan lainnya dalam satu zona area pelayanan. bangunan, sarana dan prasarana yang disediakan harus memperhatikan kebutuhan pasien disabilitas.

## 2) Penentuan luas produksi

Luas produksi merupakan jumlah atau hasil produksi yang seharusnya diproduksi oleh perusahaan dalam satu periode tertentu atau dengan kata lain adalah kapasitas produksi. Rumah sakit tidak selalu memaksimalkan luas produksi, karena ada faktor-faktor yang membatasi luas produksi perusahaan. Faktor-faktor yang membatasi luas perusahaan dan harus dipertimbangkan dalam menentukan luas produksi adalah: batasan permintaan pasar, batasan kapasitas mesin, batasan jumlah dan kemampuan tenaga kerja, batasan kemampuan finansial dan manajemen, batasan ketersediaan bahan dasar, batasan ketersediaan faktor-faktor produksi yang lain.

## 3) Pemilihan mesin peralatan dan teknologi

Kesalahan dalam pemilihan mesin, peralatan dan teknologi yang digunakan akan menimbulkan kerugian jangka panjang (Suliyanto, 2010:138). Berikut ini beberapa hal yang perlu dipertimbangkan pada pemilihan mesin dan peralatan diantaranya kesesuaian teknologi, harga perolehan, kemampuan, tersedianya pemasok, tersedianya suku cadang,

kualitas dan umur ekonomis. Peralatan kedokteran yang digunakan dalam pelayanan rawat jalan eksekutif harus dengan spesifikasi yang lebih tinggi dibandingkan peralatan kedokteran di rawat jalan reguler. Selain peralatan kedokteran, teknologi lainnya juga harus lebih diatas pelayanan rawat jalan reguler misalnya diadakannya pendaftaran online.

#### 4) Penentuan *layout*

*Layout* merupakan keseluruhan bentuk dan penempatan fasilitas-fasilitas yang diperlukan dalam proses produksi (Suliyanto, 2010). Pengaturan layout pelayanan rawat jalan eksekutif harus memperhatikan aspek ergonomis sehingga memberikan rasa aman dan nyaman bagi dokter spesialis dan perawat.

Letak bangunan pelayanan rawat jalan eksekutif harus terpisah dengan pelayanan rawat jalan reguler yang dimulai dari tempat pendaftaran, pemeriksaan medik, pelayanan penunjang medik dan pelayanan lainnya. Luas ruangan pelayanan disesuaikan dengan jumlah dan ukuran sarana dan prasarana yang ada di setiap poli serta juga disesuaikan dengan aksesibilitas petugas dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

#### e. Aspek manajemen dan sumber daya manusia

Aspek manajemen dan sumber daya manusia terdiri dari dua bahasan penting, yaitu sub aspek manajemen dan sub aspek sumber daya manusia. Analisis sub aspek manajemen lebih menekankan pada proses dan tahap-tahap yang harus dilakukan pada proses pembangunan bisnis, sedangkan

analisis subaspek sumber daya manusia menekankan pada ketersediaan dan kesiapan tenaga kerja, baik jenis/mutu maupun jumlah sumber daya manusia yang dibutuhkan untuk menjalankan bisnis (Suliyanto, 2010:158). Suatu bisnis atau rencana pengembangan pelayanan dikatakan layak berdasarkan aspek manajemen dan sumber daya manusia jika bisnis tersebut terdapat kesiapan tenaga kerja dan bisa dijalankan sesuai dengan waktu yang telah diperkirakan.

Pelayanan rawat jalan eksekutif harus memberikan pelayanan yang berorientasi terhadap kepuasan pasien, sehingga dibutuhkan pelayanan yang handal dan professional. Untuk mendapatkan sumber daya manusia yang langung siap menjalankan pelayanan, Rumah sakit harus melakukan rekrutmen karyawan dengan serius. Hal yang perlu dilakukan sebelum rekrutmen yaitu harus menetapkan analisis pekerjaan, deskripsi jabatan dan spesifikasi pekerjaan yang sesuai dengan kebutuhan rumah sakit (Suliyanto, 2010).

f. Aspek keuangan

Pada umumnya aspek keuangan disusun pada bagian akhir dalam studi kelayakan bisnis karena dalam aspek ini membutuhkan informasi yang berkaitan dengan ke lima aspek sebelumnya. Suatu ide bisnis dikatakan layak atau tidak berdasarkan aspek keuangan jika sumber dana untuk membiayai perwujudan bisnis tersedia dan bisnis tersebut mampu memberikan tingkat pengembalian yang menguntungkan bagi organisasi dengan asumsi yang logis (Suliyanto, 2010).

Biaya adalah besaran nilai ekonomis yang harus dikorbankan oleh rumah sakit atas pemakaian sumber daya untuk menjalankan aktivitas pelayanan dan operasional rumah sakit. Sedangkan biaya dalam bidang kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan dan dikorbankan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan yang diperlukan oleh individu (perorangan), keluarga, kelompok serta masyarakat. Pengorbanan tersebut bisa dalam bentuk uang tunai, waktu, barang, kenyamanan, kesempatan dan lain-lain. Menurut (Suliyanto, 2010:185) pemahaman tentang jenis-jenis biaya usaha dalam studi kelayakan bisnis digunakan untuk memisahkan jenis-jenis biaya dalam perhitungan kelayakan finansial. Untuk menjalankan usaha, diperlukan dua jenis biaya sebagai berikut :

#### 1. Biaya Investasi

Biaya investasi adalah biaya yang kegunaannya dapat berlangsung relatif lama atau lebih dari satu tahun dengan harapan mendapatkan keuntungan di masa yang akan datang seperti biaya gedung, biaya peralatan medik, non medik, biaya kendaraan. Biaya investasi pada umumnya berhubungan dengan pembangunan fisik dan penambahan kapasitas produksi. Nilai barang investasi harus memperhitungkan harga barang, lama pemakaian barang, laju inflasi dan umur ekonomis barang tersebut. Nilai biaya investasi dihitung dari nilai barang yang disetahunkan. Perhitungan tersebut dapat dilakukan dengan metode *Annualized Investment Cost/AIC*. Untuk menghitung AIC dapat menggunakan rumus berikut :

$$AIC = \frac{IIC (1 + i)^t}{L}$$

Keterangan :

AIC = Annualized Investment Cost

IIC = Initial Investment Cost

i = Laju inflasi rata-rata

t = Masa pakai (dalam tahun)

L = Masa hidup barang investasi bersangkutan

Laju infasi yang dipakai merupakan inflasi rata-rata selama 5 tahun terakhir. Nilai L yaitu perkiraan umur ekonomis dari investasi yang dapat dilihat dari spesifikasi barang atau jika investasi gedung dengan berkonsultasi pada pakar bangunan.

## 2. Biaya Operasional

Biaya operasional adalah semua biaya yang harus dikeluarkan agar kegiatan produksi dapat berjalan atau beroperasi dengan lancar. Biaya operasional memiliki sifat habis pakai dalam waaktu yang relatif singkat (kurang dari satu tahun). Biaya dari unsur-unsur sumber daya di rumah sakit yang termasuk dalam biaya operasional meliputi gaji karyawan, biaya obat dan bahan, biaya makan, biaya ATK, biaya umum (listrik, telepon, air dlll.)

Terdapat beberapa metode dapat digunakan untuk menilai kelayakan suatu investasi, yaitu 1) *Payback Period* (PP), 2) *Net present Value* (NPV), 3) *Profitability Indeks* (PI), 4) *Internal Rate of Return* (IRR), 5) *Average Rate of Return* (ARR) (Suliyanto, 2010:195). Dasar perhitungan metode *Payback Period* (PP), *Net Present Value* (NPV), *Profitablity Indeks* (PI), dan *Internal Rate of Return* (IRR) adalah aliran kas (*cash flow*) atau *proceeds*, sedangkan

dasar perhitungan dalam metode *Average Rate of Return* (ARR) adalah keuntungan bersih sesudah pajak yang dilaporkan dalam buku (*reported accounting income*).

## **2.5 Harapan**

### **2.5.1 Harapan Pelanggan**

Setiap orang (pasien dan keluarga pasien) berkunjung ke rumah sakit dengan kondisi yang tidak menyenangkan, sehingga mereka ingin pelayanan yang memuaskan dari rumah sakit. Menurut (Attas, 2014) kepuasan pelanggan merupakan suatu keadaan dimana keinginan, harapan dan kebutuhan pelanggan dipenuhi. Berdasarkan pernyataan tersebut dapat disimpulkan bahwa pasien akan merasa puas apabila rumah sakit memberikan pelayanan sesuai dengan apa yang mereka harapkan.

Harapan atau ekspektasi akan timbul saat konsumen memerlukan barang atau jasa (Rusydi, 2017). Jasa yang ditawarkan oleh Rumah sakit kepada konsumennya merupakan jasa pelayanan kesehatan. Pandangan pasien sebagai konsumen rumah sakit terhadap pelayanan kesehatan sangat bervariasi. (Ristrini, 2005) mengungkapkan perubahan pandangan dari sisi pengguna jasa atau pasien dan masyarakat adalah bahwa suatu rumah sakit haruslah lebih mampu memacu pemberian pelayanan medik dan spesialisik, dalam upaya penyembuhan dan pemulihan yang berkualitas, dan cepat tanggap atas keluhan, serta penyediaan pelayanan kesehatan yang nyaman. Berdasarkan informasi-informasi di atas dapat dijabarkan bahwa pasien terhadap pelayanan kesehatan terutama pada pelayanan rawat jalan meliputi ketepatan jam buka pelayanan, ketepatan waktu datang

dokter, dokter memberikan informasi dan menjawab pertanyaan (konsultasi) pasien dengan baik, dokter mendengarkan keluhan dan memberikan jalan keluar terhadap permasalahan kesehatan pasien, alur pelayanan yang tidak ribet, obat yang diresepkan oleh dokter tersedia apotek di rumah sakit, dokter memeriksa dengan teliti, kenyamanan pasien (ketersediaan lahan parkir di rumah sakit, kebersihan toilet, ketersediaan tempat duduk di ruang tunggu) serta petugas yang ramah.

### **2.5.2 Harapan Dokter Spesialis**

Pelaksana utama rawat jalan eksekutif adalah dokter spesialis, sehingga rumah sakit harus memperhatikan kepuasan kerja dokter spesialis agar memberikan pelayanan yang berkualitas kepada pasien. Menurut (Mathis, Robert L., 2006) kepuasan kerja adalah keadaan emosi yang positif dari mengevaluasi pengalaman kerja seseorang. Ketidakpuasan kerja muncul saat harapan-harapan ini tidak terpenuhi. Dalam hal ini rumah sakit harus mengetahui dan memenuhi harapan-harapan dokter spesialis agar timbul rasa puas dalam menjalankan tugasnya. Hasil penelitian (Bukit, B A., Trisnantoro, Laksono., Meliala, 2003) mengungkapkan banyak masalah yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter spesialis. Masalah-masalah tersebut antara lain hubungan dokter-pasien, fasilitas rumah sakit, hubungan dengan teman sekerja, rasa aman dalam melakukan pekerjaan, pendapatan yang diperoleh, fasilitas yang di terima dari rumah sakit, karakteristik pekerjaan, keberadaan dan pengakuan profesi di rumah sakit, keluarga, hingga ke masalah karier. Beberapa permasalahan tersebut dapat

dijadikan tolok ukur untuk mengetahui harapan-harapan dokter spesialis terhadap pelayanan akan diselenggarakan.

Permasalahan pendapatan yang diperoleh akan menyebabkan dokter tidak tertarik untuk bekerja di daerah sehingga harus adanya standarisasi pendapatan sebagai informasi yang mungkin mampu menarik para dokter spesialis untuk bekerja di daerah (Trisnantoro, 2009). Menurut (Shortell) *The more specific or unique the investments that the hospital as supplier must make to attract physicians*. Sehingga pengembangan pelayanan di rumah sakit yang unik dan dapat memberikan penghasilan yang lebih maka akan menjadi daya tarik kepada dokter spesialis untuk bekerja di rumah sakit tersebut.

## **2.6 Komitmen**

### **2.6.1 Komitmen Organisasi**

Rumah sakit sebagai institusi yang menawarkan jasa pelayanan kesehatan kepada konsumennya, maka harus berupaya untuk memberikan pelayanan yang optimal kepada konsumennya. Jenis tenaga kerja yang mempunyai peran utama dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit adalah dokter, terutama dokter spesialis. Jenis tenaga kerja lainnya di rumah sakit dianggap berfungsi untuk membantu tugas para dokter. Hal tersebut dikarenakan setiap pasien yang berkunjung ke rumah sakit akan langsung berinteraksi dengan dokter spesialis untuk mendapatkan pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan informasi mengenai penyakit yang diderita. Untuk mencapai pelayanan yang optimal, karyawan rumah sakit terutama dokter spesialis harus memiliki komitmen organisasi dalam menjalankan tugasnya.

Salah satu upaya untuk membentuk komitmen organisasi pada dokter spesialis yaitu adanya suatu manajemen tersendiri untuk mengelola perilaku dokter spesialis di rumah sakit agar mutu pelayanan medis yang diberikan kepada pasien menjadi lebih baik. Hubungan dokter dan rumah sakit ada saling ketergantungan, sehingga keduanya harus ada kerja sama yang saling menguntungkan. Hal tersebut dikarenakan dokter spesialis mendapatkan kompensasi jasa pelayanan dari rumah sakit sedangkan rumah sakit memperoleh pendapatan atas pelayanan yang diberikan oleh dokter kepada pasien.

Komitmen karyawan terhadap organisasi sangat penting, karena jika karyawan berkomitmen pada organisasi, mereka akan lebih produktif. Tanpa ada komitmen yang tinggi yang dimiliki oleh karyawan, maka tidak akan ada kinerja yang dihasilkan oleh karyawan tersebut (Busro, 2018:71). (Flynn, Walter J., Robert L Mathis, John H. Jackson, 2016:162) berpendapat *“The degree to which an individual feels a strong connection to a firm, believes in accepts corporate goals, and wants to stay employed with a company is called organizational. job satisfaction influences organizational commitment, which in turn affects employee retention and turnover. thus, it is the interaction of the individual and job that determines levels of job satisfaction and organizational commitment”*. Jadi, dokter dan/ atau dokter spesialis yang memiliki sebuah komitmen organisasi yang tinggi akan mendukung rencana program yang memberikan dampak positif terhadap rumah sakit, timbul rasa ikut memiliki terhadap rumah sakit, memberikan pelayanan yang bermutu kepada pasien dan tidak ingin meninggalkan rumah sakit tempat ia bekerja. Berdasarkan pendapat Flynn, disampaikan bahwa kepuasan

kerja mempengaruhi komitmen organisasi, sehingga untuk menciptakan komitmen organisasi pada dokter spesialis maka manajemen harus memastikan bahwa hak dokter spesialis telah diberikan sesuai dengan kewajibannya sebagai pemberi pelayanan kepada pasien. Hak dokter spesialis yang dimaksud misalnya tersedianya fasilitas dan peralatan medis untuk melakukan pemeriksaan dan tindakan medis kepada pasien.

### **2.6.2 Komitmen Profesional**

Menurut Larkin dalam (Badjuri, 2009) Komitmen profesional adalah tingkat loyalitas individu pada profesinya seperti yang dipersepsikan oleh individu tersebut. Komitmen Profesional menjadi tuntutan bagi dokter spesialis dalam rangka mendukung pelayanan jasa yang bermutu bagi pasien. Komitmen profesional menjadi dasar sikap, perilaku dan tindakan seorang profesi untuk menjalankan tugasnya. Dokter spesialis yang bekerja dengan komitmen profesional tinggi tidak akan merugikan hak dan kepentingan pihak tertentu baik pasien yang dilayani maupun rumah sakit tempat ia bekerja.

Seringkali kita jumpai kasus dokter spesialis bekerja rangkap diberbagai tempat yang akhirnya dapat menurunkan komitmen dokter spesialis dimana tempat dia bertugas. Pada kesimpulan penelitian Lekatompessy dan Trisnantoro dalam (Trisnantoro, 2009:206) bahwa para dokter spesialis di rumah sakit daerah belum tertarik bekerja penuh pada sektor pemerintah karena gaji yang kecil dan insentif yang rendah akibatnya dokter spesialis cenderung bekerja tidak hanya di satu rumah sakit. Untuk mengatasi hal ini, salah satunya ialah dokter membuka praktik pribadi berdasarkan sistem *fee-for-service* dan bekerja di rumah sakit

swasta. Berdasarkan hal tersebut menyebabkan komitmen setiap dokter spesialis berbeda-beda. Komitmen spesialis dapat berupa komitmen ke rumah sakit swasta atau rumah sakit pemerintah seperti pada matriks berikut (Trisnantoro, 2009:226):

Gambar 2. 1 Model komitmen spesialis terhadap rumah sakit

		Keterlekatan kepada rumah sakit swasta	
		<b>Rendah</b>	<b>Tinggi</b>
Keterlekatan kepada rumah sakit pemerintah	<b>Rendah</b>	A. Tidak berkomitmen kemana-mana	B. Berkomitmen kepada RS swasta
	<b>Tinggi</b>	C. Berkomitmen kepada RS pemerintah	D. Berkomitmen kepada keduanya

*Sumber : Buku memahami penggunaan ilmu ekonomi dalam manajemen rumah sakit hal- 226*

Dalam praktiknya dokter spesialis kemungkinan mengalami kesulitan untuk berkomitmen kepada rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta. Salah satu kesulitannya adalah pembagian waktu, mengingat bahwa ada kemungkinan seorang spesialis bekerja lebih dari satu rumah sakit sehingga kesulitan untuk membagi waktu. Sehingga hal yang sering terjadi adalah dokter spesialis datang ke tempat pelayanan tidak sesuai pada waktu yang telah ditetapkan.

## 2.7 Manajemen Operasional

Bagi sebuah organisasi termasuk rumah sakit, manajemen operasional merupakan salah satu fungsi manajemen yang sangat penting. Manajemen operasional adalah suatu usaha pengelolaan secara maksimal penggunaan semua faktor produksi, mulai dari sumber daya manusia, mesin, peralatan, bahan mentah dan faktor produksi lainnya termasuk teknologi dalam rangka proses transformasi menjadi beragam produk barang atau jasa seefisien mungkin untuk memaksimalkan keuntungan organisasi. Jadi, manajemen operasional menangani serangkaian proses perubahan input menjadi output yang bernilai untuk memenuhi kebutuhan pasien. Manajemen operasional juga mengelola penggunaan

bahan baku dan memastikan tidak ada kelebihan pasokan yang sia-sia. Sehingga, apabila rumah sakit melaksanakan manajemen operasional dengan tepat, maka rumah sakit tersebut akan mencapai yang disebut dengan efektif dan efisien dalam memberikan sebuah pelayanan kepada konsumen.

## **2.8 Pemberdayaan Organisasi**

Pengertian pemberdayaan menurut Daft dalam (Veranita, 2012) *“Empowerment is power sharing, the delegation of power or authority to subordinates in the organization. It means giving power to other in the organization so they can act more freely to accomplish their jobs”*. Pemberdayaan merupakan pelimpahan tugas dan wewenang kepada bawahan, memberikan kepercayaan kepada bawahan dan memberikan peluang untuk meningkatkan potensi yang dimiliki karyawan. Hal ini akan menimbulkan rasa tanggung jawab bagi karyawan dalam menjalankan tugasnya.

Berdasarkan penelitian (Tilaar, Mekel, & Tarore, 2014) dan (Debora, 2006) diperoleh hasil bahwa pemberdayaan kerja berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepuasan kerja. Hal tersebut membuktikan pendapat Kanter bahwa bekerja dalam kondisi terberdayakan memiliki suatu dampak yang positif bagi karyawan, yaitu meningkatnya perasaan keyakinan diri dan kepuasan kerja, motivasi yang lebih tinggi, dan kelelahan fisik/mental yang rendah. Jika suatu organisasi berhasil memberikan rasa kepuasan kerja terhadap karyawannya, maka organisasi tersebut akan lebih mudah untuk mencapai tujuannya. Sehingga pemberdayaan merupakan suatu teknik manajemen untuk meningkatkan efektivitas organisasi.

Gagasan *Kanter* tentang pemberdayaan di rumah sakit dalam (Laschinger, Almost, & Tuer-Hodes, 2003) yaitu “*structural empowerment is a plausible precursor to “magnetism” in hospital work environments. Kanter argues that social structures within the work environment that provide employees with access to information, support, resources, strong interpersonal relationships, and opportunities to learn and grow are empowering and allow employees to accomplish their work in meaningful ways*”. Dari definisi tersebut disampaikan bahwa akses pada informasi, dukungan, sumber daya, hubungan antar teman kerja dan peluang pengembangan karir akan memungkinkan karyawan untuk lebih memaknai pekerjaannya.

Pemberdayaan organisasi menurut teori *Kanter* dalam (Jannah, 2018) terdiri dari dua komponen utama yaitu *Opportunity* berkaitan dengan pertumbuhan, mobilitas dan kesempatan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan staf; dan *Structure of Power* yang meliputi kemampuan akses dan mobilisasi sumber daya organisasi, kemudahan akses informasi, dukungan pedoman/SPO, supervisi oleh pimpinan dan umpan balik yang efektif.

Rumah sakit sebagai institusi yang memberi pelayanan kesehatan kepada masyarakat perlu memberdayakan karyawannya terutama kepada dokter spesialis. Hal tersebut dilakukan sebagai upaya untuk memberikan kepuasan kerja bagi dokter spesialis sehingga dapat memberikan pelayanan yang bermutu bagi pasien. Keuntungan yang akan diperoleh rumah sakit adalah pasien merasa senang terhadap pelayanan, timbul rasa loyalitas pasien terhadap rumah sakit dan mungkin saja pasien tersebut akan merekomendasikan teman atau kerabatnya

apabila mengalami gangguan kesehatan untuk berobat ke rumah sakit tersebut. Penelitian ini menggunakan teori pemberdayaan organisasi menurut *Kanter* untuk mengukur tingkat kepuasan kerja dokter spesialis agar dapat dilakukan evaluasi sebagai perbaikan dan/ atau peningkatan kualitas pelayanan di periode selanjutnya.

Pada aspek pemberdayaan organisasi data tidak diperoleh melalui penelitian langsung, akan tetapi diambil dari *roll data* penelitian sebelumnya oleh (Jannah, 2018). Data tersebut akan diolah secara khusus untuk kepentingan penelitian ini, jadi variabel yang diambil hanya yang terkait dalam pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif. sehingga data yang diolah hanya IKK untuk kelompok medis yang terdiri dari dokter umum, dokter gigi, dokter spesialis dan dokter gigi spesialis. Variabel-variabel tersebut diantaranya kenyamanan ruang kerja, arahan kebijakan oleh direktur, Direktur memberi kesempatan pengembangan karir, Ketersediaan peralatan medis, Ketersediaan peralatan Lab/Radiologi/Elektro medik, Ketersediaan APD dari resiko tertular penyakit/kecelakaan kerja, Kerjasama antar staf medis dengan staf keperawatan, Kualitas supervisi pelayanan oleh direksi/manajemen, Kemudahan akses menghubungi/konsultasi Kepala ruangan/poliklinik, Kemudahan akses menghubungi/konsultasi Kepala Instalasi pelayanan, Kemudahan akses menghubungi/konsultasi Kepala ruangan/poliklinik, Pembagian jasa pelayanan dengan sistem remunerasi, Sosialisasi/desiminasi peraturan baru/kebijakan yang harus diketahui oleh seluruh karyawan.