

**EVALUASI PELAKSANAAN KERJA SAMA
OPERASIONAL ALAT RADIODIAGNOSTIK
DI RSUP DR. SARDJITO TAHUN 2014-2016**

TESIS



Diajukan Oleh
Srie Hapsari Ekanova
162103307

**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA
YOGYAKARTA
2018**

**EVALUASI PELAKSANAAN KERJA SAMA
OPERASIONAL ALAT RADIODIAGNOSTIK
DI RSUP DR. SARDJITO TAHUN 2014-2016**

TESIS

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Dalam mencapai derajat sarjana S2/gelar Magister
Pada Program Magister Manajemen
STIE WIDYA WIWAHA



STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

Diajukan Oleh
Srie Hapsari Ekanova
162103307

**PROGRAM MAGISTER MANAJEMEN
STIE WIDYA WIWAHA
YOGYAKARTA
2018**

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam tesis ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu Perguruan Tinggi, dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain , kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam daftar pustaka.

Yogyakarta, Oktober 2018

Penulis

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah SWT, atas limpahan rahmat dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis ini dengan judul “Evaluasi Pelaksanaan Kerja Sama Operasional Alat Radiagnostik di RSUP Dr. Sardjito Tahun 2014-2016”. Penyusunan tesis ini untuk memenuhi sebagian syarat dalam memperoleh derajat Sarjana S-2 Program Studi Magister Manajemen Widya Wiwaha.

Penyusunan tesisi ini dapat selesai atas bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. Drs. John Suprihanto, MIM., Ph.D selaku Direktur Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha, serta selaku Dosen Pembimbing I yang telah memberikan dorongan, bimbingan, dan petunjuk kepada Penulis dalam penyusunan tesis ini.
2. Dra. Sulastiningsih, M.Si. selaku Dosen Pembimbing II yang telah memberikan dorongan dan bimbingan kepada Kami, serta menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran demi mengarahkan Penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
3. Dewan Penguji yang telah memberikan masukan pada siding tesis Penulis.
4. Ketua Program Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha.
5. Bapak, Ibu Dosen, dan seluruh karyawan Magister Manajemen STIE Widya Wiwaha.
6. Pihak-pihak yang telah membantu di RSUP dr. Sardjito Yogyakarta
7. Keluarga atas segala *supportnya*.

8. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu atas bantuannya selama ini.

Atas segala bantuan dan dukungan semua pihak, Penulis mengucapkan terima kasih. Dengan kerendahan hati, Penulis menerima kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penulisan tesis ini. Semoga dapat bermanfaat bagi semua pihak.

Yogyakarta, September 2018

SRIE HAPSARI EKANOVA

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

DAFTAR ISI

	halaman
HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PENGESAHAN.....	ii
PERNYATAAN	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
DAFTAR ISI.....	vi
ABSTRACT	viii
BAB I. PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Perumusan Masalah.....	5
C. Pertanyaan Penelitian.....	5
D. Tujuan Penelitian.....	5
E. Manfaat Penelitian	6
BAB II. LANDASAN TEORI	
A. Kerja Sama Operasional (KSO).....	7
B. Penelitian Evaluasi.....	12
C. Rumah Sakit	18
D. Badan Layanan Umum.....	21
E. Mutu Layanan Kesehatan.....	25
F. Alat Radiodiagnostik.....	30

BAB III. METODA PENELITIAN

A. Rancangan/Disain Penelitian.....	33
B. Definisi Operasional.....	34
C. Teknik Pengumpulan Data.....	35
D. Instrumen Penelitian.....	37
E. Analisis Data.....	37

BAB IV. HASIL PENELITIAN

A. Hasil Penelitian.....	40
B. Hasil Evaluasi KSO.....	41
C. Pembahasan.....	48

BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan.....	63
B. Saran.....	63

DAFTAR PUSTAKA.....	64
---------------------	----

LAMPIRAN

ABSTRACT

This study has a purpose to evaluate the conditions of input, process, and output of the implementation of operational cooperation of radiodiagnostic devices in RSUP Dr. Sardjito in 2014-2016. Operational cooperation is an alternative funding for activities that are very needed but the Hospital has limited funds and other considerations. High pricing the tools and maintenance, repairs that require time and spare parts that must be indent are conditions that can hinder health services so that the quality of health services to the public can be disrupted, this needs to be evaluated for the effectiveness of the implementation of operational cooperation. This study uses a qualitative descriptive method with comparative, and the analysis used is logic models, namely by comparing the conditions of input, process, and output of the implementation of operational cooperation with the agreement. From the results of the study, it can be concluded that in general the implementation of operational cooperation has been running effectively, but in the process constraints conditions that sometimes arise are maintenance and repair of equipment that takes longer when compared to those stated in the Letter of operational cooperation agreement. If the length of time the repair interferes with health services, it would be better if the agreement letter added with the hospital can refer patients to other hospitals with the costs borne jointly by the hospital and investors.

Keywords: operational cooperation, evaluation, hospital.

STIE Widya Nusantara
Jangan Plagiat!

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit sebagai penyedia jasa merupakan institusi penyedia pelayanan kesehatan yang tersedia di masyarakat. Sebagai institusi penyedia jasa, rumah sakit tidak lepas dari persaingan di bidang pelayanan kesehatan. Oleh karena itu rumah sakit harus mampu untuk meningkatkan pelayanan mutu pelayanan kesehatan guna menjamin kepuasan pelanggan. Menurut Muninjaya (2018: 10), kepuasan pengguna layanan kesehatan adalah tanggapan terhadap kesesuaian tingkat kepentingan atau harapan (ekspektasi) pengguna sebelum mereka menerima jasa pelayanan dengan sesudah pelayanan yang diterima. Kepuasan pengguna jasa layanan kesehatan dapat disimpulkan sebagai selisih kinerja institusi pelayanan kesehatan dengan harapan pelanggan (pasien atau kelompok masyarakat). Jasa pelayanan kesehatan akan dirasakan berkualitas oleh para pelanggannya jika hal-hal yang disampaikan kepada penggunanya melebihi harapan.

Muninjaya (2018: 15) menyatakan bahwa menurut Kemenkes RI mutu pelayanan kesehatan yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk, tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Tipe A, sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1174/Menkes/SK/2204 tanggal 18 Oktober 2004

tentang Penetapan Kelas Rumah Sakit Dr. Sardjito Yogyakarta sebagai Rumah Sakit Umum Kelas A yang merupakan rujukan untuk daerah Propinsi DIY dan Jawa Tengah Bagian Selatan, RS Dr. Sardjito selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanannya. Kemudian dalam perkembangannya, terbitlah PP RI No. 23 Tahun 2005 tanggal 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), maka RS Sardjito termasuk salah satu dari tiga belas rumah sakit dengan status yang berganti menjadi BLU.

Sebagai Rumah Sakit Rujukan RSUP Dr. Sardjito memiliki kunjungan pasien yang semakin meningkat, khususnya untuk radiodiagnostik. Pada Laporan Tahunannya tahun 2017 disebutkan Layanan Radiodiagnostik sebagai layanan penunjang memiliki data jumlah kunjungan tahun 2015 sebanyak 7334, 2016 sebanyak 33,919, dan tahun 2017 sebanyak 34.542. Melihat dari banyaknya jumlah pasien tersebut, maka sangat dituntut bagi RSUP Dr. Sardjito untuk semakin meningkatnya kualitas dan mutu pelayanannya.

Laporan Tahunan RSUP Dr. Sardjito Tahun 2017 menyebutkan sebagai salah satu sasaran strategis dan kegiatan guna mewujudkan, tujuan, sasaran, dan target dari program yang harus dicapai oleh RSUP Dr. Sardjito adalah dilakukannya kegiatan Kerja Sama Operasional (KSO) alat laboratorium dan radiologi. Keberadaan alat-alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito secara kepemilikan dibedakan sebagai peralatan investasi Rumah Sakit dan KSO dengan pihak lain. KSO merupakan suatu bentuk kerja sama yang dilakukan oleh Satuan Kerja Badan Layanan Umum (BLU), dalam hal ini RSUP Dr. Sardjito, dengan mitra kerja sama dalam mendayagunaan aset dan/atau SDM yang dimiliki Satuan

Kerja BLU dan/atau mitra kerja sama dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi BLU. KSO dipandang sebagai alternatif pendanaan bagi pengadaan/kegiatan yang sangat dibutuhkan namun Rumah Sakit memiliki keterbatasan dana maupun pertimbangan lainnya.

Terkait KSO pada BLU kebijakan-kebijakannya adalah sebagai berikut:

1. PP No. 23/2005, tentang Pengelolaan Keuangan BLU pasal 1 ayat 2

“Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, yang selanjutnya disebut PPK-BLU, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah ini, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya”.

2. PMK No. 8/2006, tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada BLU, pasal (4) ayat (1), dan ayat (2) poin c.

(1) Terhadap BLU dengan status BLU secara penuh dapat diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian atau seluruhnya dari ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 bila terdapat alasan efektivitas dan/atau efisiensi.

(2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan terhadap pengadaan barang/jasa yang sumber dananya berasal dari:

c. hasil kerjasama BLU dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya.

3. PMK 136/PMK.05/2016, tentang Pengelolaan Aset pada BLU Pasal (26)

“KSO terhadap aset pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 dilakukan dengan cara BLU mendayagunakan peralatan dan mesin milik mitra, untuk selanjutnya digunakan dalam pemberian pelayanan umum BLU sesuai jangka waktu tertentu yang disepakati”.

KSO merupakan pelaksanaan manajemen operasi/produksi. Menurut Sofjan Assauri (2004: 11) mengemukakan bahwa manajemen produksi adalah kegiatan untuk mengatur dan mengkoordinasikan penggunaan sumber daya yang berupa sumber daya manusia, sumber daya alat dan sumber dana serta bahan, secara efektif dan efisien untuk menciptakan dan menambah kegunaan (*utility*) suatu barang atau jasa.

KSO juga merupakan pelaksanaan manajemen strategi. Menurut Awan Hayu, (2013: 1) manajemen strategi merupakan seni dan ilmu penyusunan, penerapan, dan pengevaluasian keputusan-keputusan lintas fungsional yang dapat memungkinkan suatu perusahaan mencapai sasarannya. Manajemen strategis merupakan penetapan tujuan organisasi, pengembangan kebijakan dan perencanaan untuk mencapai sasaran tersebut, serta mengalokasikan sumber daya untuk menerapkan kebijakan dan merencanakan pencapaian tujuan organisasi. Manajemen strategis mengkombinasikan aktifitas-aktifitas dari berbagai bagian fungsional suatu bisnis untuk mencapai tujuan.

Kerja sama antara BLU dengan pihak investor dalam KSO juga sebagai *strategic partner*. Menurut Nindiyarahmah (2017: 1) *strategic partnership* atau biasa disebut *aliansi strategis* adalah hubungan formal antara dua atau lebih

kelompok untuk mencapai satu tujuan yang disepakati bersama ataupun memenuhi bisnis kritis tertentu yang dibutuhkan masing-masing organisasi secara independen. Aliansi strategis pada umumnya terjadi pada rentang waktu tertentu, selain itu pihak yang melakukan aliansi bukanlah pesaing langsung, namun memiliki kesamaan produk atau layanan yang ditujukan untuk target yang sama.

B. Perumusan Masalah

Sehubungan dengan hal tersebut di atas, maka pada penelitian ini dirumuskan masalah penelitiannya adalah pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016 belum efektif.

C. Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana kondisi *input* dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016?
2. Bagaimana kondisi proses dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016?
3. Bagaimana kondisi *output* dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016?

D. Tujuan Penelitian

1. Mengevaluasi kondisi *input* dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016
2. Mengevaluasi kondisi proses dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016
3. Mengevaluasi kondisi *output* dari pelaksanaan KSO untuk alat radiodiagnostik di RSUP Dr. Sardjito tahun 2014-2016

E. Manfaat Penelitian

Manfaat yang diharapkan dari penelitian ini adalah:

1. Secara praktis, yaitu untuk memberikan kontribusi kepada pihak Rumah Sakit mengenai efektifitas pelaksanaan KSO
2. Secara teoritis, yaitu menambah referensi di bidang manajemen kesehatan.

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB II

LANDASAN TEORI

A. Kerja Sama Operasional (KSO)

Berdasarkan Peraturan Menteri Keuangan Republik Indonesia Nomor 136/PMK.05/2016 tentang Pengelolaan Aset Pada Badan Layanan Umum yang dimaksud dengan Kerja Sama Operasional yang selanjutnya disingkat KSO adalah pendayagunaan aset BLU dan/atau aset milik pihak lain dalam rangka tugas dan fungsi BLU melalui kerja sama antara BLU dengan pihak lain yang dituangkan dalam naskah perjanjian. Sedangkan KSO menurut Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan nomor 39 adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih dimana masing-masing sepakat untuk melakukan suatu usaha bersama dengan menggunakan aset dan atau hak usaha yang dimiliki dan secara bersama menanggung resiko usaha tersebut.

Beberapa istilah yang digunakan pada KSO antara lain:

1. Pemilik Aset adalah pihak yang memiliki aset atau hak penyelenggaraan usaha tertentu yang dipakai sebagai obyek atau sarana Kerjasama Operasi. Misalnya orang yang memiliki tanah untuk dibangun gedung perkantoran di atasnya dalam perjanjian KSO, atau PT Jasa Marga yang memiliki hak penyelenggaraan jalan tol.
2. Investor adalah pihak yang menyediakan dana, baik seluruh atau sebagian, untuk memungkinkan aset atau hak usaha pemilik aset diberdayakan atau dimanfaatkan dalam KSO.

3. Aset KSO adalah aset tetap yang dibangun atau yang digunakan dibangun atau yang digunakan untuk menyelenggarakan kegiatan KSO.
4. Pengelola KSO adalah pihak yang mengoperasikan aset KSO. Pengelola KSO mungkin pemilik aset, mungkin investor, mungkin juga pihak lain yang ditunjuk.
5. Masa Konsesi adalah jangka waktu dimana investor dan pemilik aset masih terikat dengan perjanjian bagi hasil atau bagi pendapatan atau bentuk pembayaran lain yang tercantum di dalam perjanjian KSO.

Adapun kebijakan-kebijakan terkait dengan KSO adalah sebagai berikut:

4. PP No. 23/2005, tentang Pengelolaan Keuangan BLU pasal 1 ayat 2
“Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum, yang selanjutnya disebut PPK-BLU, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa, sebagaimana diatur dalam Peraturan Pemerintah ini, sebagai pengecualian dari ketentuan pengelolaan keuangan negara pada umumnya”.
5. PMK No. 8/2006, tentang Kewenangan Pengadaan Barang/Jasa pada BLU, pasal (4) ayat (1), dan ayat (2) poin c.
 - (1) Terhadap BLU dengan status BLU secara penuh dapat diberikan fleksibilitas berupa pembebasan sebagian atau seluruhnya dari ketentuan

sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 bila terdapat alasan efektivitas dan/atau efisiensi.

(2) Fleksibilitas sebagaimana dimaksud pada ayat (1) diberikan terhadap pengadaan barang/jasa yang sumber dananya berasal dari:

c. hasil kerjasama BLU dengan pihak lain dan/atau hasil usaha lainnya.

6. PMK 136/PMK.05/2016, tentang Pengelolaan Aset pada BLU Pasal (26)

“KSO terhadap aset pihak lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 dilakukan dengan cara BLU mendayagunakan peralatan dan mesin milik mitra, untuk selanjutnya digunakan dalam pemberian pelayanan umum BLU sesuai jangka waktu tertentu yang disepakati”.

Keuntungan pemanfaatan KSO bagi Rumah Sakit antara lain:

- a. Tidak dibutuhkan investasi awal yang mahal
- b. Dapat meningkatkan pelayanan Rumah Sakit dengan alat kesehatan pengadaan alat kesehatan yang modern
- c. Biaya pemeliharaan alat akan ditanggung investor

Sejauh ini belum ada dasar hukum yang pasti untuk mengatur keseragaman dalam menggunakan format perjanjian KSO, sehingga norma hukum yang digunakan adalah kesepakatan antara pihak Rumah Sakit dan Investor yang tertuang dalam Surat Perjanjian. KSO RSUP Sardjito atas alat *CT Scan* ini dilakukan dengan PT. Sinabung Jaya Abadi sebagai Investor. Model KSONya yaitu dengan membayarkan biaya operasional kepada pihak investor. Perjanjian KSO ini tertuang dalam perjanjian no. KS.01.03.9.19943, no. 018/KSO/RSUP-PERSA/SJA/XII/2007.

Adapun tahapan pelaksanaan Kerja Sama Operasional adalah sebagai berikut:

1. Manajemen Rumah Sakit membentuk tim khusus yang terdiri dari dokter spesialis sebagai calon operator dari alat yang akan dibeli, bagian pengadaan dari rumah sakit yang bertugas sebagai seleksi akan nama supplier ataupun penyedia alat yang akan dibeli dan yang terakhir bagian keuangan rumah sakit yang berfungsi sebagai pencari pola pembiayaan yang akan dipakai dan seleksi terhadap calon mitra KSO pada alat tersebut.
2. *Medical Decision*, yaitu Tim dokter operator bersama manajemen rumah sakit (dalam hal ini diwakili oleh bidang marketing) akan menentukan kebutuhan alat yang akan dibeli termasuk kondisi kompetisi pasar yang akan dimasuki dengan alat tersebut, pada tahap ini dibutuhkan data dari marketing rumah sakit atas kondisi keberadaan alat sejenis pada rumah sakit kompetitor di daerah yang sama sehingga didapat suatu *feasibility study* yang valid akan tingkat keberhasilan dari alat yang akan dibeli.
3. *Screening Decision*, yaitu pada tahap ini hasil dari pemetaan pasar serta hasil dari kebutuhan alat yang akan dibeli sudah masuk ke dalam tim pengadaan rumah sakit dan tim ini menindaklanjuti dengan menyeleksi (*screening*) terhadap nama *supplier* (minimal tiga nama) agar mereka memberikan penawaran dan presentasi akan kelebihan alat yang akan diadakan, sehingga didapat nama alat yang akan dibeli.

4. *Financing Decision*, yaitu setelah didapat nama *supplier* dan alat yang akan dibeli maka tugas bagian keuangan rumah sakit akan mencari mitra KSO yang layak dan mampu untuk membantu pembiayaan pada pembelian alat tersebut .
5. *Legal Decision*, yaitu pada tahap ini tim legal dari rumah sakit akan membuat suatu kontrak kesepakatan perjanjian dengan mitra KSO demi keamanan dari pelaksanaan kontrak KSO ini. (biasanya lama kontrak ditentukan dari perhitungan bagi hasil dan nilai pengembalian investasi pada alat yang akan dibeli).

Bentuk-bentuk KSO (Bimoprasetio, 2013: 1) antara lain:

1. KSO dengan entitas hukum yang terpisah (*separate legal entity*) dari entitas hukum para partisipan KSO, berbentuk badan hukum
2. KSO tanpa pembentukan entitas hukum yang terpisah, berbentuk Pengendalian Bersama Operasi (PBO) dan Pengendalian Bersama Aset (PBA)

Dilihat dari pihak yang berwenang untuk mengoperasikan/mengelola KSO (Bimoprasetio, 2013: 1) adalah:

1. Aset KSO dikelola oleh investor yang mendanai pembangunannya sampai berakhir masa konsesi. Di akhir masa konsesi investor akan menyerahkan aset KSO dan pengelolaannya kepada pemilik aset. Pola ini lazim disebut pola Bangun, Kelola, Serah (BKS) atau *Build, Operate, Transfer (BTO)*
2. Pola pengoperasian yang kedua adalah apabila investor mendanai pembangunan aset KSO sampai siap dioperasikan. Begitu aset KSO siap

dioperasikan, aset tersebut diserahkan kepada pemilik aset untuk dikelola.

Pola ini lazim disebut pola Bangun, Serah, Kelola (BSK) atau *Build, Transfer, Operate (BTO)*.

Pola bagi hasil pada KSO antara lain:

(1) *Revenue Share* (bagi pendapatan);

Revenue Sharing berasal dari bahasa Inggris yang terdiri dari dua kata yaitu, *revenue* yang berarti; hasil, penghasilan, pendapatan. *Sharing* adalah bentuk kata kerja dari *share* yang berarti bagi atau bagian. *Revenue sharing* berarti pembagian hasil, penghasilan atau pendapatan.

(2) *Profit Share* (bagi keuntungan)

Profit sharing adalah perhitungan bagi hasil didasarkan kepada hasil bersih dari total pendapatan setelah dikurangi dengan biaya-biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh pendapatan tersebut. Keuntungan yang didapat dari hasil usaha tersebut akan dilakukan pembagian setelah dilakukan perhitungan terlebih dahulu atas biaya-biaya yang telah dikeluarkan selama proses usaha.

B. Penelitian Evaluasi

Penelitian evaluasi merupakan bagian dari evaluasi dan juga merupakan bagian dari penelitian. Sebagai bagian dari evaluasi, penelitian evaluasi juga berfungsi sebagai evaluasi, yaitu proses untuk mengetahui seberapa jauh perencanaan dapat dilaksanakan, dan seberapa jauh tujuan program tercapai (Sugiyono, 2017: 740).

Weiss (1973) menyatakan “*a specific method of evaluation is evaluation research*”, (metode evaluasi yang spesifik adalah penelitian evaluasi). (Dikutip dari Sugiyono, 2017: 740).

Beberapa pengertian evaluasi menurut beberap ahli seperti dikutip dari Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 2-3) antara lain:

- a. Fitzpatrick, Sanders, dan Worthen (2011: 7) evaluasi adalah: “*identification, clarification, and application of defensible criteria to determine an evaluation object’s value (worth or merit) in relation those criteria*”. Artinya evaluasi adalah proses identifikasi, klarifikasi, dan penerapan kriteria untuk menentukan nilai suatu objek evaluasi (nilai/manfaat) berkaitan dengan kriteria tersebut.
- b. Gronlund & Linn (1990: 5) menyatakan bahwa evaluasi adalah “*the systematic process of collecting, analyzing, and interpreting information to determine the extent to which pupils are achieving instructional objectives*”. Artinya suatu proses yang sistematis dari pengumpulan, analisis, dan penafsiran data atau informasi untuk menentukan tingkat ketercapaian tujuan pelajaran yang diterima oleh peserta didik.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut, dalam Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 3), dapat dipahami bahwa kegiatan evaluasi adalah membandingkan apa yang telah dicapai dari suatu program dengan apa yang seharusnya dicapai berdasarkan standar/kriteria yang telah ditetapkan. Dalam konteks pelaksanaan program, kriteria yang dimaksud adalah kriteria keberhasilan pelaksanaannya, sedangkan hal yang dinilai adalah proses dan hasilnya untuk diambil suatu keputusan.

Evaluasi dapat digunakan untuk melihat tingkat keberhasilan program, kemudian diambil suatu keputusan apakah program tersebut diteruskan, ditunda, ditingkatkan, dikembangkan, diterima, atau ditolak.

Menurut Sugiyono (2018: 742) penelitian evaluasi (*evaluation research*) atau evaluasi program adalah merupakan cara ilmiah (rasional, empiris, dan sistematis) untuk mendapatkan data untuk mengetahui efektifitas dan efisiensi proyek, kebijakan, dan program. Penelitian evaluasi dilakukan dengan menggunakan standar dan orang-orang yang terlibat dalam suatu kegiatan yang dievaluasi. Hasil dari penelitian evaluasi dapat digunakan sebagai bahan pertimbangan untuk meningkatkan kualitas perumusan, implementasi, dan hasil dari suatu proyek, kebijakan, dan program. Penelitian evaluasi dapat menggunakan metode kuantitatif, kualitatif, atau metode kombinasi. Penelitian evaluasi atau evaluasi program dilaksanakan berdasarkan tujuan suatu program.

Menurut Kidder (1981) terdapat dua jenis penelitian evaluasi yaitu: (1) evaluasi formatif; dan (2) evaluasi sumatif. Evaluasi formatif lebih menekankan untuk memperbaiki obyek yang akan diteliti, dengan cara menilai kualitas pelaksanaan program dan konteks organisasi, seperti personil, prosedur kerja, input, dan sebagainya. Evaluasi formatif digunakan untuk endapatkan *feedback* dari suatu aktifitas dalam bentuk proses, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas program atau produk yang berupa barang atau jasa. Evaluasi sumatif digunakan untuk mengetahui hasil/*outcome* dari suatu program. Evaluasi dilakukan dengan cara mendiskripsikan apa yang terjadi sebagai akibat dari pelaksanaan program, mendeskripsikan seluruh dampak baik yang

ditargetkan maupun tidak, dan mengestimasi biaya yang terkait dengan program yang telah dilaksanakan. Evaluasi sumatif menekankan pada efektifitas pencapaian program. (Dikutip dalam Sugiyono, 2018: 745).

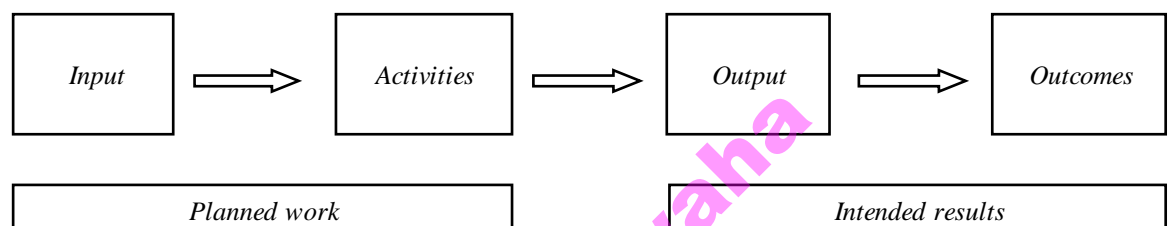
Menurut Sugiyono (2018: 749-756) ruang lingkup penelitian evaluasi mencakup:

1. Evaluasi program, yaitu evaluasi yang meliputi empat tingkatan, antara lain:
 - a. Evaluasi konteks, yaitu evaluasi yang terkait dengan tujuan dari suatu program.
 - b. Evaluasi input, yaitu evaluasi yang terkait dengan berbagai input yang akan digunakan untuk proses selanjutnya.
 - c. Evaluasi proses, yaitu evaluasi yang terkait dengan kegiatan pelaksanaan rencana program dengan input yang telah disediakan.
 - d. Evaluasi produk *output*, yaitu evaluasi dengan evaluasi terhadap hasil yang dicapai dari suatu program.
2. Evaluasi kebijakan, yaitu evaluasi yang memiliki ruang lingkup penelitian pada: profil pembuatan kebijakan, implementasi kebijakan, *output* kebijakan, dan *outcome* kebijakan.
3. Evaluasi program diklat, yaitu evaluasi yang meliputi ruang lingkup evaluasi reaksi, evaluasi belajar, evaluasi *behavior* (perilaku), evaluasi *result* (dampak).

Sedangkan menurut Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 21), evaluasi memiliki beberapa model, antara lain *logic model*. *Logic model* adalah suatu penggambaran program yang logis dan tepat menurut kondisi tertentu dalam

rangka memecahkan problem. Kekhasan dari *logic model* adalah penggunaan tabel dan grafik alir yang berisi input, aktivitas, dan hasil.

Menurut W.K. Kellogg Foundation (2004: 4), dikutip dari Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 22), *logic model* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1

Logic Model Sederhana

Sumber: Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 22)

Logic model terbangun dari komponen-komponen yang menurut Suryanto (2014: 46) disebutkan:

- a. *Resources* program merupakan komponen-komponen atau subkomponen-subkomponen program yang diperlukan untuk operasional program yang meliputi uang, orang, peralatan, fasilitas, pengetahuan, dan sebagainya.
- b. Aktifitas program merupakan kegiatan mengolah *resources program* sehingga dapat menghasilkan hasil yang diharapkan
- c. *Output* program merupakan hasil program *resources program*. *Output* program selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi kualitas aktivitas dan *resources* program.

Logic models menurut McDavid dan Hawthorn (2006: 41-45) menyatakan bahwa *logic models* merupakan representasi dari suatu program yang menunjukkan bagaimana *resources* dari sebuah program dapat diolah dalam aktifitas program

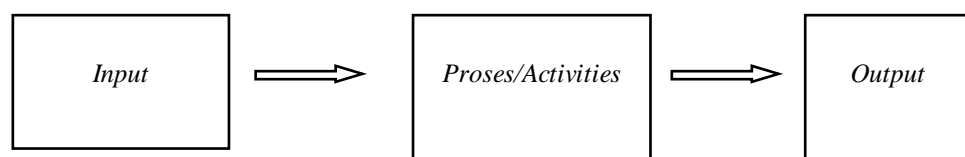
sehingga dapat menghasilkan hasil yang diinginkan. Secara umum *logic models* dapat digambarkan sebagai suatu model yang berisi aktifitas-aktifitas yang dilakukan secara berurutan (logis). Dalam suatu program, *logic models* sering digambarkan bahwa *resources* merupakan komponen yang terjadi di awal, dilanjutkan dengan aktivitas program, dan diakhiri dengan *output* program. (Dikutip dari Adi Suryanto: 45-46).

Menurut Nurhasan (2001: 3) evaluasi adalah suatu alat atau prosedur yang digunakan untuk mengetahui dan mengukur sesuatu dalam suasana dengan cara dan aturan-aturan yang sudah ditentukan. Dari hasil evaluasi biasanya diperoleh tentang atribut atau sifat-sifat yang terdapat pada individu atau objek yang bersangkutan. Selain menggunakan tes, data juga dapat dihimpun dengan menggunakan angket, observasi, dan wawancara atau bentuk instrumen lainnya yang sesuai. (dikutip oleh Muryadi, 2017: 3).

Kerangka Teori

Menurut Sugiyono (2018: 471) ruang lingkup penelitian evaluasi mencakup evaluasi program secara umum, evaluasi kebijakan, dan evaluasi program diklat. Pada penelitian ini mengemukakan mengenai evaluasi program secara umum.

Salah satu model dari evaluasi program adalah *logic model*. Pada penelitian ini digunakan *logic model*, dengan kerangka penelitian sebagai berikut:



Gambar 2.2. Kerangka Teori

Keterangan dari kerangka tersebut adalah sebagai berikut:

- a. Evaluasi input terkait dengan berbagai input yang akan digunakan untuk terpenuhinya proses untuk mencapai tujuan, yaitu terdiri dari SDM, dana/uang, mesin
- b. Evaluasi proses/*activities* terkait dengan kegiatan melaksanakan rencana program dengan input yang telah disediakan, terdiri dari: perencanaan, pelaksanaan, pemantauan, dan evaluasi
- c. Evaluasi output terkait terhadap hasil yang dicapai dari suatu program, meliputi target KSO.

C. Rumah Sakit

Rumah Sakit sebagai suatu institusi memiliki beberapa pengertian, antara lain:

1. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/MENKES/PER/III/2010 “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”.
2. Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1204/Menkes/SK/X/2004 tentang Persyaratan Kesehatan Lingkungan Rumah Sakit, dinyatakan bahwa “Rumah sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan, tempat berkumpulnya orang sakit maupun orang sehat, atau dapat

menjadi tempat penularan penyakit serta memungkinkan terjadinya pencemaran lingkungan dan gangguan kesehatan”.

3. Menurut Undang-undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, yang dimaksudkan dengan rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.340/Menkes/Per/III/2010, rumah sakit dapat diklasifikasikan berdasarkan kepemilikan, jenis pelayanan, dan kelas.

1. Berdasarkan kepemilikan

Rumah sakit yang termasuk ke dalam jenis rumah sakit berdasarkan kepemilikan adalah Rumah Sakit pemerintah (pusat, provinsi, dan kabupaten), rumah sakit BUMN (ABRI), dan Rumah Sakit yang modalnya dimiliki oleh swasta (BUMS) ataupun Rumah Sakit milik luar negeri (PMA).

2. Berdasarkan Jenis Pelayanan.

Yang termasuk ke dalam rumah sakit jenis pelayanan adalah rumah sakit umum, rumah sakit jiwa, dan rumah sakit khusus (misalnya rumah sakit jantung, ibu dan anak, rumah sakit mata, dan lain-lain).

3. Berdasarkan Kelas.

Rumah sakit berdasarkan kelasnya dibedakan atas rumah sakit kelas A, B (pendidikan dan non-pendidikan), kelas C, kelas D.

- a. Rumah sakit umum kelas A, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik luas dan subspecialistik luas.
 - b. Rumah sakit umum kelas B, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik sekurang-kurangnya sebelas spesialisik dan sub spesialisik terbatas.
 - c. Rumah sakit umum kelas C, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar.
 - d. Rumah sakit umum kelas D, adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar
4. Dilihat dari pengelolaannya, Rumah Sakit dibedakan menjadi:
- a. Rumah Sakit Publik

Rumah Sakit Publik adalah rumah sakit yang dikelola oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan badan hukum yang bersifat nirlaba. Rumah Sakit Publik yang dikelola oleh pemerintah pusat diselenggarakan berdasarkan Pengelolaan Badan Layanan Umum (BLU).
 - b. Rumah Sakit Privat

Rumah sakit privat adalah rumah sakit yang dikelola oleh badan hukum dengan tujuan profit, berbentuk Perseroan terbatas atau Persero. Laba yang diperoleh menjadi milik dan digunakan oleh para pemilik modal sebagai investor.

D. Badan Layanan Umum (BLU)

Badan Layanan Umum adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas. Tujuan BLU untuk meningkatkan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan bangsa dengan memberikan fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan berdasarkan prinsip ekonomi dan produktivitas, dan penerapan praktek bisnis yang sehat. Praktek bisnis yang sehat adalah penyelenggaraan fungsi organisasi berdasarkan kaidah-kaidah manajemen yang baik dalam rangka pemberian layanan yang bermutu dan berkesinambungan.

Dasar hukum dari BLU adalah :

1. PP RI No 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Badan Layanan Umum. Menurut Peraturan Pemerintah RI No. 23 Tahun 2005, pengertian dari Badan Layanan Umum (BLU) adalah instansi di lingkungan pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktifitas.
2. Pasal 69 ayat (7) UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara.
3. UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 Pasal (7) ayat 3: Rumah Sakit yang didirikan oleh Pemerintah dan Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud

pada ayat (2) harus berbentuk Unit Pelaksa Teknis dari Instansi yang bertugas di bidang kesehatan, Instansi tertetu, atau Lembaga Teknis Daerah dengan pengelolaan Badan Layanan Umum atau Badan Layanan Umum Daerah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan

4. UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara

Asas badan layanan umum adalah:

1. Pelayanan umum yang pengelolaannya berdasarkan kewenangan yang didelegasikan, tidak terpisah secara hukum dari instansi induknya.
2. Pejabat BLU bertanggungjawab atas pelaksanaan kegiatan layanan umum kepada pimpinan instansi induk,
3. BLU tidak mencari laba,
4. Rencana kerja, anggaran dan laporan BLU dan instansi induk tidak terpisah,
5. Pengelolaan sejalan dengan praktik bisnis yang sehat.

Persyaratan BLU sebagai berikut:

1. Persyaratan substantif BLU, yaitu apabila instansi pemerintah yang bersangkutan menyelenggarakan layanan umum yang berhubungan dengan:
 - a. Peyediaan barang dan/atau jasa layanan umum
 - b. Pengelolaan wilayah/kawasan tertentu untuk tujuan meningkatkan perekonomian masyarakat atau layanan umum
 - c. Pengelolaan dana khusus dalam rangka meningkatkan ekonomi dan/atau pelayanan kepada masyarakat
2. Persyaratan Teknis sebagai berikut:

- a. Kinerja pelayanan di bidang tugas pokok dan fungsinya layak dikelola dan ditingkatkan pencapaiannya melalui BLU sebagaimana direkomendasikan oleh menteri/pimpinan lembaga/kepala SKPD sesuai dengan kewenangannya
 - b. Kinerja keuangan satuan kerja instansi yang bersangkutan adalah sehat sebagaimana ditunjukkan dalam dokumen usulan penetapan BLU
3. Persyaratan keuangan/administratif, yaitu jika dapat menyajikan seluruh dokumen sebagai berikut:
- a. Pernyataan kesanggupan untuk meningkatkan kinerja pelayanan, keuangan, dan manfaat bagi masyarakat
 - b. Pola tata kelola
 - c. Rencana strategis bisnis
 - d. Laporan keuangan pokok
 - e. Standar pelayanan minimum
 - f. Laporan audit terakhir atau pernyataan bersedia untuk diaudit secara independen

Dari penjelasan di atas, dapat disebutkan bahwa karakteristik BLU terdiri dari:

1. Berkedudukan sebagai instansi pemerintah (bukan kekayaan negara yang dipisahkan);
2. Menghasilkan barang dan/atau jasa yang seluruhnya/sebagian dijual kepada publik;
3. Tidak bertujuan mencari keuntungan;

4. Dikelola secara otonom dengan prinsip efisiensi dan produktivitas ala korporasi
5. Rencana kerja, anggaran, dan pertanggungjawaban dikonsolidasikan pada instansi induk;
6. Pendapatan operasional dan sumbangan dapat digunakan langsung;
7. Pegawai dapat terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) atau Non-PNS.

Keuntungan BLU bagi rumah sakit antara lain :

1. Tata kelola keuangan RS lebih baik dan transparan karena menggunakan pelaporan standar akuntansi keuangan yang memberi informasi tentang laporan aktivitas, laporan posisi keuangan, laporan arus kas dan catatan laporan keuangan.
2. RS masih mendapat subsidi dari pemerintah seperti biaya gaji pegawai, biaya operasional, dan biaya investasi atau modal.
3. Pendapatan RS dapat digunakan langsung tidak disetor ke kantor kas Negara, hanya dilaporkan saja ke Departemen Keuangan.
4. RS dapat mengembangkan pelayanannya karena tersedianya dana untuk kegiatan operasional RS.
5. Membantu RS meningkatkan kualitas SDM nya dengan perekrutan yang sesuai kebutuhan dan kompetensi.
6. Adanya insentif dan honor yang bisa diberikan kepada karyawan oleh pimpinan RS

E. Mutu Layanan Kesehatan

Mutu pelayanan kesehatan dapat semata-mata dimaksudkan adalah dari aspek teknis medis yang hanya berhubungan langsung antara pelayanan medis dan pasien saja, atau mutu kesehatan dari sudut pandang social dan system pelayanan kesehatan secara keseluruhan, termasuk akibat-akibat manajemen administrasi, keuangan, peralatan, dan tenaga kesehatan lainnya. (Djoko Wijono, 1999: 25)

Menurut Djoko Wijono (1999: 7) dalam peningkatan mutu, kegiatan-kegiatan yang dapat dilakukan antara lain:

1. Mengadakan infrastruktur yang diperlukan bagi upaya peningkata mutu
2. Identifikasi apa yang perlu ditingkatkan pada proyek peningkatan mutu
3. Menetapkan tim proyek
4. Menyediakan tim dengan sumber daya, pelatihan, motivasi untuk:
 - a. Mendiagnosa penyebab
 - b. Merangsang perbaikan
 - c. Mengadakan pengendalian agar tetap trcapai perolehan

Mutu produk dan jasa pelayanan secara langsung dipengaruhi oleh Sembilan area fundamental (Djoko Wijono, 1999: 10), antara lain:

1. *Men*, kemajuan teknologi, computer dan lain-lain memerlukan pekerja-pekerja spesialis yang makin banyak
2. *Money*, meningkatnya kompetisi di segala bidang memerlukan penyesuaian pembiayaan yang luar biasa termasuk untuk mutu
3. *Materials*, bahan-bahan yang semakin terbatas dan berbagai jenis material yang dibutuhkan

4. *Machines and mechanization*, selalu ada penyesuaian-penyesuaian seiring dengan kebutuhan kepuasan pelanggan
5. *Modern information methods*, yaitu kecepatan kemajuan teknologi dan komputer yang selalu harus diikuti
6. *Markets*, yaitu tuntutan pasar yang semakin tinggi dan luas
7. *Management*, yaitu tanggung jawab manajemen mutu oleh perusahaan
8. *Motivation*, peningkatan mutu yang kompleks memerlukan motivasi dan kesadaran akan mutu bagi pekerja-pekerja
9. *Mounting product requirement*, meningkatnya persyaratan produk yang diminta pelanggan perlu penyesuaian mutu.

Rumah Sakit merupakan institusi yang menghasilkan suatu produk jasa bagi pelanggannya atau bagi masyarakat. Menurut Muninjaya (2018: 3-5) karakteristik produk jasa adalah:

1. *Intangibility*

Intangibles adalah produk jasa yang tidak dapat dilihat, tidak dapat diraba, tidak dapat dirasa, tidak dapat dicium, didengar atau dicoba sebelum dibeli.

Untuk mengurangi ketidakpastian bagi pengguna jasa, calon pengguna jasa layanan kesehatan harus benar-benar memperhatikan bukti tentang mutu jasa pelayanan yang ditawarkan kepadanya sesuai dengan standar mutu yang umum berlaku.

2. *Inseparability*

Pelayanan kesehatan diproduksi jika ada permintaan pihak pengguna jasa pelayanan (pasien), atau akan ditunjukkan pelayanannya pada saat ada masyarakat yang memintanya.

3. *Variability*

Jasa pelayanan kesehatan memiliki sifat-sifat yang sangat bervariasi. Oleh karena itu, memang tidak mudah menentukan standar *output* setiap jasa pelayanan, kondisi jasa seperti ini disebut *nonstandardized output*

4. *Perishability*

Salah satu sifat khas jasa adalah tidak tahan lama dan juga tidak dapat disimpan.

Salah satu persamaan antara produk jasa dengan barang kesehatan terletak pada pemasarannya. Jasa pelayanan kesehatan akan laku dijual kepada pasar jika strategi pemasarannya dipersiapkan dengan tepat. Kiat sukses pemasaran jasa ditentukan oleh tiga aspek:

1. Janji institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan tentang jasa yang dijual kepada pelanggannya seperti pesan yang disampaikan lewat berbagai media promosi
2. Kemampuan institusi penyedia jasa layanan kesehatan membuat stafnya wajib memenuhi janji yang disampaikan lewat media promosi.
3. Kemampuan staf menyampaikan janji tersebut kepada pelanggannya.

Sebagai penyedia jasa tidak lepas dari tujuannya yaitu untuk kepuasan pelanggan.

Menurut Muninjaya (2018: 9-10) tingkat kepuasan pelanggan institusi pelayanan

kesehatan adalah *added value* bagi dokter, paramedis, perusahaan farmasi, pemasok alat-alat kedokteran, termasuk pimpinan institusi penyedia jasa pelayanan kesehatan. *Value* berasal berasal dari jenis pelayanan yang diberikan kepada pelanggan, atau sistem manajemen institusi tersebut, atau sesuatu yang bersifat emosional, jika *value* mereka adalah pelayanan kesehatan yang bermutu maka kepuasan pelanggan adalah mutu pelayanan kesehatan.

Menurut Muninjaya (2018: 14-15) berbagai batasan mutu produk pelayanan kesehatan dijelaskan sebagai berikut:

1. Avedis Donabedian (1998), mutu pelayanan kesehatan adalah: *“The quality of technical care consist of the application of medical science and technology in a way that maximizes its benefit to health without correspondingly increasing its risks. The degree of its quality is, therefore, the extent to which the care provided is expected the most favourable balance of risks and benefit.”* Dalam hal ini, mutu pelayanan kesehatan harus dikaitkan dengan penerapan ilmu dan teknologi kedokteran untuk memaksimalkan manfaatnya bagi kesehatan penggunaannya dengan memperhatikan resiko yang ditimbulkan.
2. WHO (1988) menjelaskan mutu produk layanan kesehatan *“proper performance (according to standards) of interventions that are known to be safe, that are affordable to the society in question, and that have the ability to produce an impact on mortality, disability, and malnutrition.”* Mutu pelayanan harus sesuai dengan dengan standar intervensi yaitu aman,

terjangkau oleh masyarakat yang membutuhkan, dan diproduksi untuk mengurangi kematian, ketidakmampuan, dan gangguan gizi.

3. Philip Crosby memberikan penjelasan tentang mutu dari konteks yang berbeda: “*conforming to requirement and zero defect*”, yaitu sesuai dengan kebutuhan dan tanpa cacat.
4. Josep Juran: mutu adalah kondisi yang diharapkan dan ditentukan oleh konsumen, dilakukan dengan benar, langsung, sejak awal sampai akhir. “*Quality is fitness for the used defined by consumers. Quality is doing the thing right, right away. Quality is doing thing right, the first time and all the times.*”
5. Kemenkes RI: memberikan pengertian tentang mutu pelayanan kesehatan yang meliputi kinerja yang menunjukkan tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, tidak saja yang memberikan kepuasan kepada pasien dan keluarganya sesuai dengan kepuasan rata-rata penduduk, tetapi juga sesuai dengan standar dan kode etik profesi yang telah ditetapkan.

Menurut Muninjaya (2018:15) kualitas jasa pelayanan sangat ditentukan oleh kebutuhan atau eskpektasi pengguna yang sudah terpenuhi dan diterima tepat waktu. Para penyedia jasa pelayanan kesehatan harus mampu memenuhi harapan pengguna jasa. Menurut Wyckof, kualitas jasa merupakan tingkat keunggulan yang selalu dirancang dengan baik dan dikendalikan keunggulannya untuk dapat memenuhi harapan para penggunanya. Ada dua hal yang mempengaruhi kualitas jasa yaitu *expected seervices* dan *perceived services*. Jika *perceived services*

sesuai dengan *expected services*, jasa pelayanan kesehatan dianggap berkualitas dan memuaskan para penggunanya.

F. Alat Radiodiagnostik

Radiodiagnostik adalah cabang ilmu radiologi yang memanfaatkan sinar pengion (sinar-x) untuk membantu diagnosis dalam bentuk foto yang didokumentasikan. Alat radiodiagnostik adalah piranti yang digunakan untuk pelaksanaan radiodiagnostik, antara lain: rontgen konvensional, *Ultrasonografi (USG)*, *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, *Computed Tomography (CT-Scan)*, *Positron Emission Tomography (PET)*.

Pada penelitian ini kerja sama operasional akan dikhususkan pada alat *CT Scan (Computed Tomography Scanner) 64 slices*. *CT scan* adalah suatu prosedur yang digunakan untuk mendapatkan gambaran dari berbagai sudut kecil dari tulang, tenggorokan, rongga perut. Prinsip kerja *CT Scan* mirip dengan perangkat radiografi pada umumnya, yaitu memanfaatkan intensitas radiasi terusan setelah melewati suatu objek untuk membentuk citra/gambar. Perbedaannya adalah pada teknik yang digunakan untuk memperoleh citra dan pada citra yang dihasilkan.

Citra yang dihasilkan oleh *CT Scan* tidak tumpang tindih, sehingga citra yang diperoleh adalah citra pada bidang tegak lurus berkas sinar (seperti pada foto *rontgen*) dan tampak lintang objek yang diperiksa. Citra yang dihasilkan ini dapat memberikan sebaran kerapatan struktur internal objek sehingga lebih mudah dianalisis dari pada citra yang dihasilkan oleh pesawat radiografi konvensional. *CT Scan* dihubungkan dengan komputer yang berfungsi memproses hasil *scan*.

Pada proses pemeriksaan/*scanning* pasien dibaringkan di atas meja, dan tidak menimbulkan rasa sakit.

Menurut Refa (2018: 9-10), *CT-Scan* memiliki kelebihan sebagai berikut:

1. Gambar yang dihasilkan memiliki resolusi yang baik dan akurat.
2. Tidak *invasive* (tindakan non-bedah).
3. Waktu perekaman cepat.
4. Gambar yang direkonstruksi dapat dimanipulasi dengan komputer sehingga dapat dilihat dari berbagai sudut pandang

CT-Scan memiliki kekurangan sebagai berikut:

1. Paparan radiasi akibat sinar X yang digunakan yaitu sekitar 4% dari radiasi sinar X saat melakukan foto *rontgen*. Jadi ibu hamil wajib memberitahu kondisi kehamilannya sebelum pemeriksaan dilakukan
2. Munculnya artefak (gambaran yang seharusnya tidak ada tapi terekam). Hal ini biasanya timbul karena pasien bergerak selama perekaman, pasien menggunakan tambalan gigi amalgam atau sendi palsu dari logam, atau kondisi jaringan tubuh tertentu.
3. Reaksi alergi pada zat kontras yang digunakan untuk membantu tampilan gambar.

Alat Radiodiagnostik di rumah sakit merupakan investasi yang mahal, akan tetapi mengingat bahwa radiodiagnostik memegang peranan yang penting bagi pemeriksaan, sehingga keberadaannya sangat dibutuhkan. Investasi alat kesehatan tidak harus mengharapkan pembiayaan dari keuangan negara, tetapi juga dapat ditempuh melalui pelaksanaan kerja sama dengan berbagai pihak,

termasuk pengelolaan asetnya, atau yang dikenal dengan Kerja Sama Operasional (KSO). Sebagai bentuk kerja sama salah satu prinsip dilaksanakannya KSO ada kerja sama yang saling menguntungkan bagi kedua belah pihak.

G. Pengadaan Barang dan Jasa

Peraturan Presiden No. 54 tahun 2010 menyebutkan bahwa Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah yang selanjutnya disebut dengan Pengadaan Barang/Jasa adalah kegiatan untuk memperoleh Barang/Jasa oleh Kementerian/Lembaga/Satuan Kerja Perangkat Daerah/Institusi lainnya yang prosesnya dimulai dari perencanaan kebutuhan sampai diselesaikannya seluruh kegiatan untuk memperoleh Barang/Jasa. Pada Pasal 19 huruf f mengemukakan bahwa dalam hal Penyedia Barang/Jasa akan melakukan kemitraan, Penyedia Barang/Jasa harus mempunyai perjanjian kerja sama operasi/kemitraan yang memuat persentase kemitraan dan perusahaan yang mewakili kemitraan tersebut. Ketentuan mengenai porsi (persentase) pekerjaan *lead firm* dan *member firm* KSO tidak diatur dalam Perpres No. 54 tahun 2010.

BAB III

METODA PENELITIAN

A. Rancangan/Disain Penelitian

Pada penelitian ini metode penelitian yang digunakan adalah deskriptif kualitatif dengan komparatif, penelitian yang bersifat membandingkan domain satu dibandingkan dengan yang lain secara deskriptif kualitatif, yaitu membandingkan antara standar KSO dalam hal ini berupa Surat Perjanjian KSO dengan pelaksanaan KSO di lapangan.

Sugiyono (2018: 24) metode penelitian pada dasarnya merupakan cara ilmiah untuk mendapatkan data dengan tujuan dan kegunaan tertentu. Berdasarkan hal tersebut terdapat empat kata kunci yang perlu diperhatikan, yaitu cara ilmiah, data, tujuan, dan kegunaan.

Sudaryono (2018: 69) metode penelitian adalah suatu cara atau prosedur untuk memperoleh pemecahan terhadap permasalahan yang sedang dihadapi. Sedangkan metodologi penelitian adalah suatu cabang ilmu pengetahuan yang membicarakan atau mempersoalkan cara-cara melaksanakan penelitian berdasarkan fakta-fakta atau gejala-gejala secara ilmiah.

Menurut Strauss dan Corbin (1997) sebagaimana dikutip oleh Sujarweni (2015: 21) penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang menghasilkan penemuan-penemuan yang tidak dapat dicapai (diperoleh) dengan menggunakan prosedur-prosedur statistik atau cara-cara lain dari kuantifikasi (pengukuran). Penelitian kualitatif secara umum dapat digunakan untuk penelitian tentang

kehidupan masyarakat, sejarah, tingkah laku, fungsionalisasi organisasi, aktifitas sosial, dan lain-lain.

Menurut Sudaryono (2018: 91), penelitian Kualitatif (*Qualitative Research*) merupakan penelitian yang berupaya menganalisis kehidupan sosial kehidupan sosial dengan menggambarkan dunia sosial dari sudut pandang atau interpretasi individu (informan) dalam latar alamiah

Menurut Sugiyono (2018: 354-355) bentuk rumusan masalah pada metode kualitatif salah satunya adalah deskriptif, yaitu suatu rumusan masalah yang memandu peneliti untuk mengeksplorasi dan atau memotret situasi sosial yang akan diteliti secara menyeluruh, luas, dan mendalam.

B. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian. Pada penelitian ini definisi operasionalnya adalah sebagai berikut:

Tabel 2.1
Definisi Operasional

Jenis	Nama Variabel	Definisi
Input	a. SDM b. Mesin c. Dry film d. Bagi hasil	a. SDM yang bekerja b. Alat CT-Scan d. Bahan untuk mencetak citra e. model bagi hasil KSO
Proses	a. Perencanaan b. Pelaksanaan ✓ SDM ✓ <i>dryfilm</i> ✓ Mesin c. Pemantauan	a. Perencanaan yang dilakukan sebelum pelaksanaan KSO b. Pelaksanaan ✓ Pelatihan SDM ✓ Ketersediaan <i>dryfilm</i> dari investor ✓ Pemeliharaan mesin, c. Pemantauan yang dilakukan setiap hari
Output	a. Mutu layanan	a. Peningkatan mutu layanan

C. Teknik Pengumpulan Data

Kualitas hasil suatu penelitian tidak lepas dari teknik pengumpulan data, sebab tujuan penelitian adalah untuk mengumpulkan data. Data yang dibutuhkan pada penelitian ini adalah:

1. Data primer, diperoleh melalui:

a) Wawancara

Wawancara adalah suatu cara pengumpulan data yang digunakan untuk memperoleh informasi langsung dari sumbernya. Wawancara ini digunakan bila ingin mengetahui hal-hal dari responden secara lebih mendalam serta jumlah responden sedikit. (Sudaryono, 2018: 212).

Pada penelitian ini penulis menggunakan wawancara bebas yang tidak berstruktur. Informan sebagai objek wawancara dari RSUP Dr. Sardjito antara lain: (a) teknisi (alat kesehatan, AC, dan listrik), (b) Operator alat. Sedangkan dari pihak luar informannya adalah administrasi dari investor dan teknisi alat.

Menurut (Donald Ary, 2004) jenis wawancara berdasarkan sifat pertanyaan salah satunya adalah wawancara bebas. Pada wawancara ini, terjadi tanya jawab bebas antara pewawancara dan responden, tetapi pewawancara menggunakan tujuan penelitian sebagai pedoman. Kebaikan dari wawancara ini adalah responden tidak menyadari sepenuhnya bahwa ia sedang diwawancarai. (Dikutip dari Sudaryono, 2018: 213).

Sedangkan menurut Esterberg (2002) salah satu jenis wawancara adalah wawancara tak berstruktur. Wawancara tak berstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah tersusun secara sistematis dan lengkap untuk pengumpulan datanya. Pedoman wawancara yang digunakan hanya berupa garis-garis besar permasalahan yang akan ditanyakan. (Dikutip dari Sugiyono, 2018: 387).

b) Observasi

Pengamatan atau observasi adalah aktifitas terhadap suatu proses atau objek dengan maksud merasakan dan memahami pengetahuan dan gagasan

yang sudah diketahui sebelumnya, untuk mendapatkan informasi-informasi yang dibutuhkan untuk melanjutkan suatu penelitian.

2. Data sekunder, diperoleh dengan dokumentasi data.

Dokumentasi data adalah suatu cara pengumpulan data yang diperoleh dari dokumen-dokumen yang ada atau catatan-catatan yang tersimpan, baik berupa catatan transkrip, buku, surat kabar, dan sebagainya.

D. Instrumen Penelitian

Menurut Sugiyono (2018: 178) instrumen penelitian adalah suatu alat yang digunakan mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian.

Dalam penelitian kualitatif, yang menjadi instrumen atau alat penelitian adalah peneliti itu sendiri. Peneliti kualitatif sebagai *human instrument*, berfungsi menetapkan fokus penelitian, memilih informan sebagai sumber data, melakukan pengumpulan data, menilai kualitas data, analisis data, menafsirkan data, dan membuat kesimpulan atas temuannya. (Sugiyono, 2018: 372-373).

E. Analisis Data

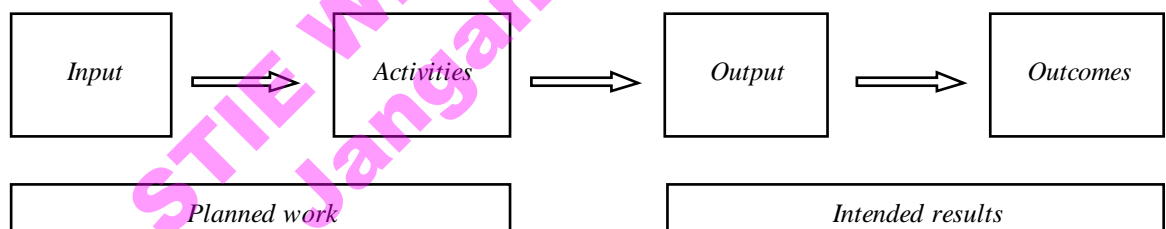
Pada penelitian ini dianalisis secara deskriptif kualitatif. Analisis data deskriptif kualitatif digunakan untuk mengembangkan teori yang ada dari data yang diperoleh di lapangan.

Menurut Sugiyono (2018: 174) analisis data adalah suatu cara yang dilakukan untuk mengolah data menjadi informasi sehingga karakteristik data tersebut dapat dipahami dan bermanfaat untuk mencari solusi permasalahan, terutama masalah yang berkaitan dengan penelitian, dengan kata lain analisis data

merupakan suatu kegiatan yang dilakukan untuk mengubah data hasil penelitian menjadi informasi yang dapat ditarik kesimpulannya. Tujuan dari analisis data adalah untuk mendiskripsikan data sehingga mudah dipahami untuk kemudian dapat menarik kesimpulan.

Sebagai alat analisis Penulis menggunakan teori *logic models*. menurut Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 21), evaluasi memiliki beberapa model, antara lain *logic model*. *Logic model* adalah suatu penggambaran program yang logis dan tepat menurut kondisi tertentu dalam rangka memecahkan problem. Kekhasan dari *logic model* adalah penggunaan tabel dan grafik alir yang berisi input, aktivitas, dan hasil.

Menurut W.K. Kellogg Foundation (2004: 4), dikutip dari Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 22), *logic model* dapat digambarkan sebagai berikut:



Gambar 1

Logic Model Sederhana

Sumber: Darodjat dan Wahyudhiana (2015: 22)

Logic model terbangun dari komponen-komponen yang menurut Suryanto (2014: 46) disebutkan:

- d. *Resources* program merupakan komponen-komponen atau subkomponen-subkomponen program yang diperlukan untuk operasional program yang meliputi uang, orang, peralatan, fasilitas, pengetahuan, dan sebagainya.

- e. Aktivitas program merupakan kegiatan mengolah *resources program* sehingga dapat menghasilkan hasil yang diharapkan
- f. *Output* program merupakan hasil program *resources program*. *Output* program selanjutnya digunakan sebagai dasar untuk mengevaluasi kualitas aktivitas dan *resources* program.

Logic models menurut McDavid dan Hawthorn (2006: 41-45) menyatakan bahwa *logic models* merupakan representasi dari suatu program yang menunjukkan bagaimana *resources* dari sebuah program dapat diolah dalam aktifitas program sehingga dapat menghasilkan hasil yang diinginkan. Secara umum *logic models* dapat digambarkan sebagai suatu model yang berisi aktifitas-aktifitas yang dilakukan secara berurutan (logis). Dalam suatu program, *logic models* sering digambarkan bahwa *resources* merupakan komponen yang terjadi di awal, dilanjutkan dengan aktivitas program, dan diakhiri dengan *output* program.

STIE Widya Wivana
Jangan Plagiat

BAB IV

HASIL PENELITIAN

A. Gambaran Umum RSUP Dr. Sardjito

Sebagai Rumah Sakit Pendidikan Tipe A, sesuai dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 1174/Menkes/SK/2204 tanggal 18 Oktober 2004 tentang Penetapan Kelas Rumah Saki Dr. Sardjito Yogyakarta yang beralamat di Jl. Kesehtatan No. 1, Kab. Sleman, DIY, sebagai Rumah Sakit Umum Kelas A yang merupakan rujukan untuk daerah Propinsi DIY dan Jawa Tengah Bagian Selatan, RS Dr. Sardjito selalu berusaha meningkatkan mutu pelayanannya. Kemudian dalam perkembangannya, terbitlah PP RI No. 23 Tahun 2005 tanggal 13 Juni 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), maka RS Sardjito termasuk salah satu dari tiga belas rumah sakit dengan status yang berganti menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Sebagai satuan kerja instansi pemerintah dengan status BLU, Rumah Sakit diizinkan untuk mengelola keuangan sendiri.

Sebagai Rumah Sakit type A tidak lepas dari tuntutan kelengkapan fasilitas yang dimilikinya, termasuk di dalamnya adalah fasilitas penunjang pemeriksaan, antara lain alat laboratorium, alat radiologi, HD, dan sebagainya. Keberadaan alat-alat kesehatan di RSUP Dr. Sardjito secara kepemilikan dibedakan sebagai peralatan investasi Rumah Sakit dan KSO dengan pihak lain. KSO merupakan suatu bentuk kerja sama yang dilakukan oleh Satuan Kerja Badan Layanan Umum (BLU), dalam hal ini RSUP Dr. Sardjito, dengan mitra kerja sama dalam

mendayagunakan aset dan/atau SDM yang dimiliki Satuan Kerja BLU dan/atau mitra kerja sama dalam rangka pelaksanaan tugas dan fungsi BLU. KSO dipandang sebagai alternatif pendanaan bagi pengadaan/kegiatan yang sangat dibutuhkan namun Rumah Sakit memiliki keterbatasan dana maupun pertimbangan lainnya.

Salah satu alat Rumah Sakit yang menggunakan KSO adalah alat radiodiagnostik *CT-Scan*. Sebagai suatu program penunjang dengan fungsi diagnostik pada pelaksanaan KSO ini juga dibutuhkan evaluasi. Pada penelitian ini dilakukan penelitian evaluasi dengan *logic model*.

B. Hasil Evaluasi KSO

1. Input

a. Sumber Daya Manusia (SDM)

Pada Surat Perjanjian Pasal (2) ayat (1) berbunyi:

“Pihak Pertama berkewajiban menyediakan sumber daya manusia sebagai operator dan dokter ahli yang melakukan pengoperasian alat”.

Sesuai dengan pasal tersebut pihak Rumah Sakit menyediakan Sumber Daya Manusia antara lain: (a) Operator/radiographer, merupakan tenaga ahli dengan latar belakang pendidikan minimal D3; dan (b) Dokter ahli, merupakan dokter spesialis radiologi.

Sedangkan pada Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (10) berbunyi:

“Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari *join team* dengan Pihak Pertama”.

Sesuai dengan pasal tersebut pihak Investor menyediakan tenaga pengawas dan teknisi untuk melakukan pemeliharaan/*maintenance*, perbaikan, dan penggantian *software*, *hardware*, dan jaringan yang menjamin alat berjalan dengan baik selama masa perjanjian berlangsung.

b. Mesin

Pada Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (1), (3), (4), dan (5) berbunyi:

- (1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar* Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat
- (3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)
- (4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.
- (5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

Pada pelaksanaannya mesin atau alat yang disediakan oleh pihak Investor sesuai dengan Surat Perjanjian berikut kelengkapan pendukungnya, yaitu:

1. Satu unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar* Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat.

2. Satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)
3. Empat unit AC @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.
4. Sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

c. *Dry Film*

Pada Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (2) berbunyi:

“Pihak Kedua berkewajiban menyediakan *dryfilm* Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama”.

Dry film tersedia sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit setiap bulannya.

d. Biaya Operasional Alat

Pada Surat Perjanjian Pasal (6) ayat (1), berbunyi:

“Pihak Pertama akan melakukan pembayaran pengoperasian alat unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar* Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad, dengan rincian sebagai berikut:

Tabel 4.1
Biaya Operasional Alat
Sumber: Surat Perjanjian

Tahun ke	Per Bulan	Per Tahun
1	260.000.000	3.120.000.000
2	280.000.000	3.360.000.000
3	300.000.000	3.600.000.000
4	320.000.000	3.840.000.000
5	340.000.000	4.080.000.000
6	360.000.000	4.420.000.000
7	380.000.000	4.560.000.000

2. Proses

a. Perencanaan

KSO ini dilakukan karena adanya usulan kebutuhan yang disampaikan oleh Kepala Instalasi Radiologi kepada Direktur Utama, kemudian dilakukan proses sesuai dengan birokrasi yang berlaku.

b. Pelaksanaan

Sesuai dengan surat perjanjian KSO ini kewajiban dari investor yang sudah dilaksanakan sesuai dengan pasal (3) ayat:

- (1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar Printer 5300* Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat
- (2) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan *dryfilm* Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama
- (3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)
- (4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.
- (5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

- (6) Pihak Kedua berkewajiban melakukan pemeliharaan alat dan perbaikan serta penggantian suku cadang alat tersebut selama masa perjanjian kerja sama ini sehingga alat tersebut akan selalu siap pakai
- (7) Pihak Kedua menanggung biaya renovasi ruangan yang memenuhi aspek standar proteksi radiasi.
- (8) Pihak Kedua berkewajiban memberikan *training* kepada sumber daya manusia Pihak Pertama sebelum pengoperasian alat
- (9) Pihak Kedua berkewajiban untuk melakukan kalibrasi alat secara rutin
- (10) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari join team dengan pihak pertama
- (11) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan biaya untuk menyempurnakan instalasi listrik sistem *automatic emergency* untuk mengcover alat *CT-Scan 64 slice*, *Drystar* printer 5300 dan *CT Injector* serta biaya lain termasuk saat uji coba
- (12) Pihak Kedua melakukan pemeliharaan, perbaikan, dan penggantian *software, hardware*, dan jaringan yang menjamin alat berjalan dengan baik
- (13) Pihak Kedua bertanggung jawab dan berkewajiban atas *maintenance* dan semua biaya yang dikeluarkan selama Perjanjian Kerja Sama ini agar alat berjalan dengan baik, serta melampirkan bukti jaminan *maintenance* alat dari PT. Philips.

Sesuai dengan pasal-pasal di atas telah dilakukan kegiatan sebagai berikut:

a). SDM

Telah dilakukan *training* alat yang dibutuhkan bagi SDM Rumah Sakit sebelum pengoperasian alat. *Training* dilakukan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan bagi radiografer dan dokter.

b). *Dryfilm*

Dryfilm dipesan sesuai dengan kebutuhan setiap bulannya, dan disesuaikan dengan pada pasal (2) ayat (4) Surat Perjanjian disebutkan: “Pihak Pertama bersedia membeli *dryfilm* Agfa, minimal sepuluh box setiap bulan dari Pihak Kedua, namun jika tidak terpenuhi, tidak menutup untuk mencari pihak lain yang dapat menyediakan Agfa *Dryfilm*”.

c). Mesin

Sebagaimana layaknya suatu mesin/alat, *CT-Scan 64 slice*, dan semua kelengkapannya wajib untuk dipelihara agar alat selalu dalam kondisi laik pakai. Investor wajib melakukan melakukan *maintenance*, perbaikan, dan kalibrasi secara rutin. Perbaikan alat diharapkan tidak lebih dari 2x24 jam segera dilakukan setelah pemberitahuan dari pihak Rumah Sakit. Pada prinsipnya respon time dari investor sudah cukup, namun masih ada beberapa hal yang menjadi kendala dalam perbaikan alat ini adalah:

- 1). Kendala jarak dengan kantor pusat PT. Philips yang berkedudukan di Jakarta saat itu, sehingga teknisi membutuhkan waktu untuk datang ke Rumah Sakit dan melakukan perbaikan (bisa lebih 2x24 jam)

2). *Maintenance* dan perbaikan yang memerlukan penggantian suku cadang/*spare part* membutuhkan waktu, terutama bagi *spare part* yang *indent*.

c. Pemantauan

Pemantauan yang dilakukan adalah dengan laporan yang dibuat setelah pelaksanaan kegiatan pelayanan setiap harinya. Juga dilakukan pemantauan terhadap penggunaan dan ketersediaan *dryfilm* dan kebutuhan lainnya. Pemantauan harian juga dilakukan terhadap kondisi kondisi alat dan keakuratan citra/gambar.

Keakuratan gambar dilakukan dengan kalibrasi setiap hari, sehingga alat benar-benar dalam kondisi yang laik pakai. Segala keluhan atau kesalahan pada alat maupun lingkungan pendukungnya, misalnya suhu, kelembaban, listrik, sebisa mungkin dilakukan perbaikan kurang dari 24 jam, sehingga tidak mengganggu jalannya pelayanan.

Sedangkan untuk pembayaran merupakan realisasi dari dari pihak RS kepada investor terhadap tagihan pembayaran *dryfilm* dan biaya operasionalnya.

3. *Output*

Dengan menggunakan alat *CT Scan* ini, dapat meningkatkan mutu layanan RS. *CT Scan* dapat memeriksa dengan lebih akurat, sehingga diagnosa lebih tepat. Layanan terhadap pasien juga semakin meningkat.

C. Pembahasan

Dari hasil penelitian diketahui bahwa pelaksanaan KSO jika dibandingkan dengan klausul perjanjian yang tertuang pada Surat Perjanjian Kerja Sama Pengoperasian Alat *CT-Scan 64 slice, Drystar Printer dan CT Injector* No. KS.01.03.9.19943, No. 018/KSO/RSUP-PERSA/SJA/XII/2007 tanggal 17 November 2008.

adalah sebagai berikut:

1. Kondisi *input*

Kondisi input pada pelaksanaan KSO ini terdiri dari variable (a) SDM; (b) Mesin; (c) Dryfilm; dan (d) biaya operasional alat.

(a) SDM

Pada Surat Perjanjian Pasal (2) ayat (1) berbunyi:

“Pihak Pertama berkewajiban menyediakan sumber daya manusia sebagai operator dan dokter ahli yang melakukan pengoperasian alat”.

Sesuai dengan pasal tersebut pihak Rumah Sakit menyediakan Sumber Daya Manusia antara lain: (a) Operator/radiographer, merupakan tenaga ahli dengan latar belakang pendidikan minimal D3; dan (b) Dokter ahli, merupakan dokter spesialis radiologi.

Sedangkan pada Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (10) berbunyi:

“Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari join team dengan Pihak Pertama”.

Sesuai dengan pasal tersebut pihak Investor menyediakan tenaga pengawas dan teknisi untuk melakukan pemeliharaan/*maintenance*,

perbaikan, dan penggantian *software*, *hardware*, dan jaringan yang menjamin alat berjalan dengan baik selama masa perjanjian berlangsung.

(b) Mesin

Pada Surat Perjanjian Pasal (3) berbunyi:

- (1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin *CT-Scan* 64 slice produksi Philips dengan satu unit *Drystar* Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat
- (3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)
- (4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.
- (5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

Pada pelaksanaannya mesin atau alat yang disediakan oleh pihak Investor sesuai dengan Surat Perjanjian berikut kelengkapan pendukungnya, yaitu:

1. Satu unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar Printer 5300* Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat.
2. Satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere). UPS ini sangat penting keberadaannya mengingat bahwa alat *CT-Scan* tersebut membutuhkan daya listrik yang stabil agar selalu laik operasi.
3. Empat unit AC @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya. Alat *CT-Scan* ini memerlukan suhu yang dingin agar semua komponen terjaga kualitasnya.
4. Sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

c. *Dry Film*

Pada Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (2) berbunyi:

“Pihak Kedua berkewajiban menyediakan *dryfilm* Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama”.

Dry film tersedia sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit setiap bulannya. Pada awal-awal tahun berlangsungnya KSO kebutuhan akan *dryfilm* belum terlalu banyak sesuai dengan jumlah pasien saat itu. Berikut hasil wawancara dengan salah satu Informan internal:

“Pada awal-awal KSO pasien belum terlalu banyak, sehingga kebutuhan *dryfilm* juga belum banyak. Tetapi semakin meningkatnya

jumlah pasien, kurang lebih menginjak tahun ke tiga, maka kebutuhan *dryfilm* semakin banyak. Menurut Kami akan lebih menguntungkan jika pembelian *dryfilm* itu dibebaskan, artinya tidak harus ke investor, karena harga lebih bersaing’.

d. Biaya Operasional Alat

Pada Surat Perjanjian Pasal (6) ayat (1), berbunyi:

“Pihak Pertama akan melakukan pembayaran pengoperasian alat unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar Printer 5300* Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad, dengan rincian sebagai berikut”.

Tabel 4.1
Biaya Operasional Alat
Sumber: Surat Perjanjian

Tahun ke	Per Bulan	Per Tahun
1	260.000.000	3.120.000.000
2	280.000.000	3.360.000.000
3	300.000.000	3.600.000.000
4	320.000.000	3.840.000.000
5	340.000.000	4.080.000.000
6	360.000.000	4.420.000.000
7	380.000.000	4.560.000.000

2. Kondisi Proses

Kondisi proses terkait dengan kegiatan melaksanakan rencana program dengan input yang telah disediakan meliputi perencanaan, pelaksanaan, dan pemantauan.

a) Perencanaan

Proses KSO diawali dengan adanya usulan kebutuhan akan alat radiagnostik guna menunjang pemeriksaan yang disampaikan oleh

Kepala Instalasi Radiologi. Kemudian usulan ini berproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku, dan menghasilkan terbitnya Surat Perjanjian Kerja Sama Pengoperasian Alat *CT-Scan 64 slice*, *Drystar* Printer dan *CT Injector*.

b) Pelaksanaan

Sesuai dengan surat perjanjian KSO ini kewajiban dari investor yang tertuang pada pasal (3) ayat:

- (1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin *CT-Scan 64 slice* produksi Philips dengan satu unit *Drystar* Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit *CT Injector* produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat
- (2) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan *dryfilm* Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama
- (3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan *isolated grounding* minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)
- (4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.
- (5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.

- (6) Pihak Kedua berkewajiban melakukan pemeliharaan alat dan perbaikan serta penggantian suku cadang alat tersebut selama masa perjanjian kerja sama ini sehingga alat tersebut akan selalu siap pakai
- (7) Pihak Kedua menanggung biaya renovasi ruangan yang memenuhi aspek standar proteksi radiasi.
- (8) Pihak Kedua berkewajiban memberikan *training* kepada sumber daya manusia Pihak Pertama sebelum pengoperasian alat
- (9) Pihak Kedua berkewajiban untuk melakukan kalibrasi alat secara rutin
- (10) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari *join team* dengan pihak pertama
- (11) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan biaya untuk menyempurnakan instalasi listrik sistem *automatic emergency* untuk mengcover alat *CT-Scan 64 slice, Drystar printer 5300 dan CT Injector* serta biaya lain termasuk saat uji coba
- (12) Pihak Kedua melakukan pemeliharaan, perbaikan, dan penggantian *software, hardware, dan jaringan* yang menjamin alat berjalan dengan baik
- (13) Pihak Kedua bertanggung jawab dan berkewajiban atas *maintenance* dan semua biaya yang dikeluarkan selama Perjanjian Kerja Sama ini agar alat berjalan dengan baik, serta melampirkan bukti jaminan *maintenance* alat dari PT. Philips.

Sesuai dengan pasal-pasal di atas telah dilakukan kegiatan sebagai berikut:

a). Telah dilakukan *training* alat yang dibutuhkan bagi SDM Rumah Sakit sebelum pengoperasian alat. *Training* dilakukan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan bagi radiografer dan dokter.

b). *Dryfilm* dipesan sesuai dengan kebutuhan setiap bulannya, dan disesuaikan dengan pada pasal (2) ayat (4) Surat Perjanjian disebutkan:

“Pihak Pertama bersedia membeli *dryfilm* Agfa, minimal sepuluh box setiap bulan dari Pihak Kedua, namun jika tidak terpenuhi, tidak menutup untuk mencari pihak lain yang dapat menyediakan Agfa *Dryfilm*”.

c). Sebagaimana layaknya suatu mesin/alat, *CT-Scan 64 slice*, dan semua kelengkapannya wajib untuk dipelihara agar alat selalu dalam kondisi laik pakai. Investor wajib melakukan melakukan *maintenance*, perbaikan, dan kalibrasi secara rutin. Perbaikan alat diharapkan tidak lebih dari 2x24 jam segera dilakukan setelah pemberitahuan dari pihak Rumah Sakit.

Kendala yang timbul pada proses perbaikan adalah karena letak kantor pusat penyedia alat adalah di Jakarta, sehingga membutuhkan waktu bagi teknisi alat untuk segera datang untuk perbaikan jika ada kerusakan alat. Selain itu faktor jumlah teknisi yang terbatas dan harus

melayani pelanggan yang tersebar di seluruh Indonesia. Berikut adalah petikan wawancara dengan informan:

“ Jumlah teknisi memang banyak, tapi harus melayani se Indonesia, jadi ya kadang butuh waktu untuk teknisi waktu. Tapi ya tetap secepat mungkin datang. Kalau tentang *spare part*, ya kalau tidak ada stok di gudang dan harus *indent*, ya harus tunggu juga.”

3. Kondisi *Output*

Pasal 1 Surat Perjanjian menyebutkan:

“Kerja sama ini dimaksudkan sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan pada masyarakat, khususnya yang memerlukan pelayanan *CT Scan* secara cepat dan tepat. Tujuannya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUP Dr. Sardjito”.

Tujuan keberadaan *CT-Scan 64 slice* beserta kelengkapannya yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan RS, utamanya di bidang radiodiagnostik. Adanya KSO merupakan suatu langkah yang dapat dilakukan karena keterbatasan dana, sementara fasilitas alat kesehatan sangat dibutuhkan guna meningkatkan mutu layanan Rumah Sakit.

Kondisi input dan proses berlaku efektif dan sesuai dengan Surat Perjanjian Kerja Sama Pengoperasian Alat *CT-Scan 64 slice, Drystar Printer* dan *CT Injector* No. KS.01.03.9.19943, No. 018/KSO/RSUP-PERSA/SJA/XII/2007 tanggal 17 November 2008.

Pelaksanaan KSO ini juga mencakup mengenai penanganan terhadap pasien yang tidak mapu. Dalam salah satu klausul perjanjian disebutkan

bahwa: pasien tidak mampu dibebaskan dari pembayaran, dimana keseluruhan pembayaran ditanggung oleh pihak Rumah Sakit dan Investor masing-masing sebesar 50%. Akan tetapi pasien yang ditanggung oleh pihak investor ini tidak lebih 2% dari total pasien tidak mampu yang menggunakan alat tersebut.

Kopetensi SDM di Rumah Sakit juga meningkat dengan adanya pelatihan/training yang diikuti. *Respon time* dari pihak Investor juga berjalan baik. Bagi Rumah Sakit ketersediaan *dryfilm* dapat terjamin, demikian juga dengan kondisi alat yang selalu laik pakai, pemeliharaan alat yang mahal dapat diakomodir oleh pihak investor, sehingga tidak mengganggu pelayanan pasien.

Keuntungan yang didapat dari investor diperoleh dari biaya operasional dari pihak Rumah Sakit serta dari penjualan *dryfilm*. Besaran biaya operasional sesuai dengan yang tercantum pada Surat Perjanjian Kerja Sama Pengoperasian Alat *CT-Scan 64 slice, Drystar Printer dan CT Injector*.

Secara ringkas hasil penelitian dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 4.4. Tabel Ringkasan Hasil Penelitian

	Surat Perjanjian	Hasil Penelitian	Analisis
<i>Input</i> a. SDM	Pasal (2) ayat (1): Pihak Pertama berkewajiban menyediakan sumber daya manusia sebagai operator dan dokter ahli yang melakukan pengoperasian alat.	a. Operator/radiographer, merupakan tenaga ahli dengan latar belakang pendidikan minimal D3; dan dokter ahli, merupakan dokter spesialis radiologi.	Pelaksanaan di lapangan sudah sesuai dengan yang tertera pada Surat Perjanjian

<p>b. Mesin</p>	<p>Pasal (3) ayat (10): Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari <i>join team</i> dengan Pihak Pertama</p> <p>Pada Surat Perjanjian Pasal (3) berbunyi:</p> <p>(1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin <i>CT-Scan 64 slice</i> produksi Philips dengan satu unit <i>Drystar</i> Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit <i>CT Injector</i> produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat</p> <p>(3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan <i>isolated grounding</i> minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)</p> <p>(4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi</p>	<p>b. tenaga pengawas dan teknisi untuk melakukan pemeliharaan/ <i>maintenance</i></p> <p>a. Satu unit mesin <i>CT-Scan 64 slice</i> produksi Philips dengan satu unit <i>Drystar</i> Printer 5300 Produksi Agfa dan satu unit <i>CT Injector</i> produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat.</p> <p>b. Satu unit UPS dengan kemampuan <i>isolated grounding</i> minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere). UPS ini sangat penting keberadaannya mengingat bahwa alat <i>CT-Scan</i> tersebut membutuhkan daya listrik yang stabil agar selalu laik operasi.</p> <p>c. Empat unit AC @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya. Alat <i>CT-Scan</i> ini</p>	<p>Pelaksanaan di lapangan sudah sesuai dengan yang tertera pada Surat Perjanjian</p>
-----------------	--	--	---

<p>c. <i>Dryfilm</i></p>	<p>dengan baik serta pemeliharaannya.</p> <p>(5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.</p> <p>Surat Perjanjian Pasal (3) ayat (2) berbunyi: “Pihak Kedua berkewajiban menyediakan <i>dryfilm</i> Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama”</p>	<p>memerlukan suhu yang dingin agar semua komponen terjaga kualitasnya.</p> <p>d. Sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.</p> <p><i>Dry film</i> tersedia sesuai dengan kebutuhan Rumah Sakit setiap bulannya. Pada awal-awal tahun berlangsungnya KSO kebutuhan akan <i>dryfilm</i> belum terlalu banyak sesuai dengan jumlah pasien saat itu. Petikan wawancara dengan informan: “Pada awal-awal KSO pasien belum terlalu banyak, sehingga kebutuhan <i>dryfilm</i> juga belum banyak. Tetapi semakin meningkatnya jumlah pasien, kurang lebih menginjak tahun ke tiga, maka kebutuhan <i>dryfilm</i> semakin banyak. Menurut Kami akan lebih menguntungkan jika pembelian <i>dryfilm</i> itu dibebaskan, artinya tidak harus ke investor, karena harga lebih bersaing”.</p>	<p>Pelaksanaan di lapangan sudah sesuai dengan yang tertera pada Surat Perjanjian, hanya saja jika pembelian <i>dryfilm</i> ini tidak terikat hanya pada satu penyedia, akan dapat diperoleh harga yang lebih menguntungkan. Akan lebih baik jika pada klausul Surat Perjanjian mengenai kewajiban pihak kedua untuk menyediakan <i>dryfilm</i> dihilangkan.</p>
--------------------------	--	---	--

<p>Proses</p> <p>a. Perencanaan</p>		<p>Adanya usulan kebutuhan alat diagnosa/radiodiagnosa <i>CT-Scan</i> dari pengguna.</p>	
<p>b. Pelaksanaan</p>	<p>Pasal (3) ayat:</p> <p>(1) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit mesin <i>CT-Scan 64 slice</i> produksi Philips dengan satu unit <i>Drystar Printer 5300</i> Produksi Agfa dan satu unit <i>CT Injector</i> produksi Medrad yang 100% baru dan dibuktikan dengan sertifikat</p> <p>(2) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan <i>dryfilm</i> Agfa sesuai dengan kebutuhan Pihak Pertama setiap bulan selama masa kerja sama</p> <p>(3) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan satu unit UPS dengan kemampuan <i>isolated grounding</i> minimum 1 KVA (1000 Volt Ampere)</p> <p>(4) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan pendingin ruang (AC) sebanyak empat unit @ 1,5 PK, menginstalasikannya sampai beroperasi dengan baik serta pemeliharannya.</p>	<p>a). Telah dilakukan <i>training</i> alat yang dibutuhkan bagi SDM Rumah Sakit sebelum pengoperasian alat. <i>Training</i> dilakukan secara bertahap sesuai dengan kebutuhan bagi radiografer dan dokter.</p> <p>b). <i>Dryfilm</i> dipesan sesuai dengan kebutuhan setiap bulannya, dan disesuaikan dengan pada pasal (2) ayat (4) Surat Perjanjian disebutkan:</p> <p>“Pihak Pertama bersedia membeli <i>dryfilm</i> Agfa, minimal sepuluh box setiap bulan dari Pihak Kedua, namun jika tidak terpenuhi, tidak menutup untuk mencari pihak lain yang dapat menyediakan Agfa <i>Dryfilm</i>”.</p> <p>c). Sebagaimana layaknya suatu mesin/alat, <i>CT-Scan 64 slice</i>, dan semua kelengkapannya wajib untuk dipelihara agar alat selalu dalam kondisi laik pakai. Investor wajib melakukan <i>maintenance</i>, perbaikan, dan kalibrasi secara rutin. Perbaikan alat diharapkan tidak</p>	<p>Pelaksanaan di lapangan sudah sesuai dengan yang tertera pada Surat Perjanjian. Menurut Penulis sebaiknya kalibrasi alat seperti yang tertera pada ayat (9):</p> <p>“Pihak Kedua berkewajiban untuk melakukan kalibrasi alat secara rutin”</p> <p>tidak menyebutkan standar kalibrasi serta siapa/institusi mana yang harus melakukan kalibrasi alat. Akan lebih baik jika kalibrasi alat selain dilakukan sesuai standar pabrikan juga melibatkan institusi yang ditunjuk oleh Pemerintah untuk menjaga kualitas alat, misalnya oleh Badan Pengamanan Fasilitas</p>

	<p>(5) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan sertifikat kelaikan alat, ijin pengoperasian dari Bapeten Jakarta, beserta prosedur penggunaan alat dalam bahasa asli dan bahasa Indonesia.</p> <p>(6) Pihak Kedua berkewajiban melakukan pemeliharaan alat dan perbaikan serta penggantian suku cadang alat tersebut selama masa perjanjian kerja sama ini sehingga alat tersebut akan selalu siap pakai</p> <p>(7) Pihak Kedua menanggung biaya renovasi ruangan yang memenuhi aspek standar proteksi radiasi.</p> <p>(8) Pihak Kedua berkewajiban memberikan <i>training</i> kepada sumber daya manusia Pihak Pertama sebelum pengoperasian alat</p> <p>(9) Pihak Kedua berkewajiban untuk melakukan kalibrasi alat secara rutin</p> <p>(10) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan tenaga pengawas sebagai salah satu bagian dari join team dengan</p>	<p>lebih dari 2x24 jam segera dilakukan setelah pemberitahuan dari pihak Rumah Sakit.</p> <p>Kendala yang timbul pada proses perbaikan adalah karena letak kantor pusat penyedia alat adalah di Jakarta, sehingga membutuhkan waktu bagi teknisi alat untuk segera datang untuk perbaikan jika ada kerusakan alat. Selain itu faktor jumlah teknisi yang terbatas dan harus melayani pelanggan yang tersebar di seluruh Indonesia. Berikut adalah petikan wawancara dengan informan: “Jumlah teknisi memang banyak, tapi harus melayani se Indonesia, jadi ya kadang butuh waktu untuk teknisi waktu. Tapi ya tetap secepat mungkin datang. Kalau tentang <i>spare part</i>, ya kalau tidak ada stok di gudang dan harus <i>indent</i>, ya harus tunggu juga.”</p>	<p>Kesehatan (BPFK)</p>
--	--	--	-------------------------

	<p>pihak pertama</p> <p>(11) Pihak Kedua berkewajiban menyediakan biaya untuk menyempurnakan instalasi listrik sistem <i>automatic emergency</i> untuk mengcover alat <i>CT-Scan 64 slice</i>, <i>Drystar</i> printer 5300 dan <i>CT Injector</i> serta biaya lain termasuk saat uji coba</p> <p>(12) Pihak Kedua melakukan pemeliharaan, perbaikan, dan penggantian <i>software</i>, <i>hardware</i>, dan jaringan yang menjamin alat berjalan dengan baik</p> <p>(13) Pihak Kedua bertanggung jawab dan berkewajiban atas <i>maintenance</i> dan semua biaya yang dikeluarkan selama Perjanjian Kerja Sama ini agar alat berjalan dengan baik, serta melampirkan bukti jaminan <i>maintenance</i> alat.</p>		
<i>Output</i>	<p>Pasal 1: “Kerja sama ini dimaksudkan sebagai upaya untuk meningkatkan pelayanan pemeliharaan kesehatan pada masyarakat, khususnya yang memerlukan pelayanan</p>	<p>Keberadaan alat CT-Scan 64 slice sesuai dengan kebutuhan dan sejalan dengan tujuan keberadaan <i>CT-Scan 64 slice</i> beserta kelengkapannya yaitu</p>	<p>Keberadaan alat CT-Scan 64 slice sesuai dengan kebutuhan dan sejalan dengan tujuan keberadaan <i>CT-Scan 64 slice</i></p>

	<p><i>CT Scan</i> secara cepat dan tepat. Tujuannya untuk meningkatkan mutu pelayanan di RSUP Dr. Sardjito”.</p>	<p>untuk meningkatkan mutu pelayanan RS, utamanya di bidang radiodiagnostik.</p>	<p>beserta kelengkapannya yaitu untuk meningkatkan mutu pelayanan RS, utamanya di bidang radiodiagnostik</p>
--	--	--	--

STIE Widya Wiwaha
Jangan Plagiat

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Kondisi input yang meliputi SDM, mesin, *dryfilm*, dan model bagi hasil KSO berjalan sesuai dengan Surat Perjanjian.
2. Kondisi proses yang meliputi perencanaan dan pelaksanaan *input*, telah dilakukan kewajiban-kewajiban sesuai dengan Surat Perjanjian, diantaranya telah dilakukan kalibrasi, *maintenance*/perbaikan alat. Namun terkadang karena terkendala pada lokasi teknisi jauh serta kebutuhan *spare part* yang kadang harus *indent*, sehingga membutuhkan waktu untuk perbaikan.
3. Kondisi *Output* yang bertujuan meningkatkan mutu layanan tercapai.

B. Saran

1. *Dryfilm* sebaiknya tidak perlu diwajibkan untuk membeli pada investor, pihak Rumah Sakit dapat menentukan sendiri penyedia *dryfilm* yang dapat memberikan yang lebih menguntungkan.
2. Pada klausul perjanjian ditambahkan bahwa: jika alat *Ct-Scan* rusak dan menunggu perbaikan selesai, pihak Rumah Sakit berhak untuk merujuk pasien ke Rumah Sakit lain yang menyediakan fasilitas *CT-Scan*, dan biaya pemeriksaannya ditanggung bersama oleh Rumah Sakit dan Investor, serta kalibrasi alat sebaiknya dilakukan juga oleh BPFK.
3. Untuk selalu menjaga mutu layanan, penting untuk dilakukan *preventive maintenance* bagi alat sehingga kualitas alat dan hasil pemeriksaan selalu baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Assauri, Sofjan (2004), *Manajemen Produksi dan Operasi*, Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia”
- Bimoprasetio. (2013). *Mengenal Kerja Sama Operasi dalam Investasi (1)*. Jakarta: <http://strategihukum.net/mengenal-kerjasama-operasi-dalam-investasi-1>
- Bimoprasetio. (2013). *Mengenal Kerja Sama Operasi dalam Investasi (2)*. Jakarta: <http://strategihukum.net/mengenal-kerjasama-operasi-dalam-investasi-2>
- Darodjat D, Wahyudhiana W (2015), *Model Evaluasi Program Pendidikan, Jurnal Islamadina*, Vol. XIV, hal 1-28
- Hayun, Awan (2013), *Manajemen Strategis*, http://www.academia.edu/35016158/Manajemen_Strategi.pdf
- Kementerian Kesehatan. (2008) SK Menkes RI, No. 129/SK/II/2008, *Tentang Pelayanan Minimal Rumah Sakit*. Jakarta: Kemkes RI
- Kementerian Kesehatan. (2010) Permenkes RI, No. 340/Menkes/Per/III/2010, *Tentang Klasifikasi Rumah Sakit*. Jakarta: Kemkes RI
- Kementerian Kesehatan. (2012) (KSO) Pemanfaatan Barang Milik Negara (BMN) dan Badan Layanan Umum (BLU). Jakarta: Kemkes RI
- Kementerian Kesehatan. (2015) Permenkes RI, No. 45/Menkes/Per/III/2015, *Tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Elektromedis*. Jakarta: Kemkes RI
- RSUP Dr Sardjito. (2018) Laporan Tahunan RSUP Dr Sardjito Tahun 2017. Yogyakarta: RSUP Dr Sardjito
- Martatiana, Refa (2018). *CT-Scan*, <http://academia.edu/10017930/ct-scan>
- Meikaruniawati, Sri (2017), *Evaluasi Kerja Sama Operasional Pengadaan Alat Laboratorium Otomatisasi di RSUP Nasional DR. Cipto Mangunkusumo Tahun 2009-2015*. Yogyakarta: 2017
- Muryadi, Dwi (2017), *Model Evaluasi Program dalam Penelitian Evaluasi*, *Jurnal Ilmiah Penjas*, vol 3, hal 2442-3874
- Muninjaya, Gde (2018), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Edisi. 2, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC

- Nindyarahmah (2017), *Strategic Partnership*, <https://www.dictio.id/t/apa-yang-dimaksud-dengan-strategic-partnership/>
- Peraturan Presiden RI No. 23 Thun 2005 *Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum*. 13 Juni 2005. Lembaran Negara RI Tahun 2005 No. 48. Jakarta
- Peraturan Presiden RI No. 54 Thun 2010 *Pengadaan Barang/Jasa Pemerintah.. 6* Agustus 2010. Jawa Barat
- Peraturan Presiden RI No. 136 Thun 2016 *Pengelolaan Aset pada Badan Layanan Umum*. 13 September 2016. Lembaran Negara RI Tahun 2016 No. 1377. Jakarta
- Pernyataan Standar Akuntansi Keuangan No. 39 (1997) Akuntansi Kerja Sama Operasi. Dewan Standar Akuntansi Keuangan-Ikatan Akuntan Indonesia. Jakarta
- Sudaryono (2018), *Metodologi Penelitian*, Edisi 2. Depok: PT. Raja Grafindo Persada
- Sugiyono (2018), *Metode Penelitian Manajemen*, Edisi 6. Bandung: Alfabeta
- Sujarweni, V. Wiratna (2015), *Metodologi Penelitian Bisnis&Ekonomi*, Edisi.1. Yogyakarta: Pustaka Baru Press
- Suryanto, Adi (2014), *Pengembangan Instrumen Evaluasi Program Tutorial Tatap Muka Universitas Terbuka*, http://repository.ut.ac.id/5645/1/2014_233.pdf
- Wijono, Djoko (1999), *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*, Surabaya:Airlangga University Press.