

STRATEGI PENGEMBANGAN PELAYANAN RAWAT INAP PUSKESMAS BERBASIS SERVICE DELIVERY SYSTEM

Nugroho Mardi Wibowo
nugrohomardi@uwp.ac.id
Universitas Wijaya Putra

ABSTRACT

Community Health Center (CHC) is one of the public organization perceived by society, while its resource hasn't sufficient. This lead to inpatient service provided hasn't been maximal. This study purposes to identify the strengths, weaknesses, opportunities and threats and to formulate development strategies inpatient of CHC based on service delivery system in East Java. Analysis method of this study (a) applied interactive, (b) descriptive, (c) internal factors, (d) external factors, (e) external internal matrix and (f) SWOT matrix. Internal factor analysis results show that most indicators of internal factors is the strength. The indicator of quantity, quality and qualifications of non-medical labor force also revenue and expenditure budget of CHC as weaknesses in the inpatient development of CHC. The external analysis factors produce variables of economic, legal, social, cultural, and technology create opportunity in the inpatient development of CHC. However, indicators of people's behavior towards the environment and local government health budget need special attention isn't a threat to the inpatient development of CHC in the future. Strategic position of CHC inpatient development is growth strategy with horizontal integration concentration through variant and quality improvement of inpatient service of CHC in East Java.

Key words: Inpatient Services, Service Delivery System, Strategy, CHC.

ABSTRAK

Puskesmas merupakan salah satu organisasi publik sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat, sedangkan sumber dayanya masih belum memadai. Ini menyebabkan pelayanan rawat inap yang diberikan belum maksimal. Tujuan penelitian ini mengidentifikasi kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman serta merumuskan strategi pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur berbasis *service delivery system*. Metode analisis yang digunakan adalah (a) analisis interaktif; (b) analisis deskriptif; (c) analisis faktor internal; (d) analisis faktor eksternal; (e) analisis matriks internal eksternal; dan (f) analisis matriks SWOT. Hasil analisis faktor internal menunjukkan sebagian besar indikator variabel internal merupakan kekuatan. Hanya kuantitas, kualitas dan kualifikasi tenaga kerja non medis serta anggaran pendapatan dan belanja puskesmas sebagai kelemahan dalam pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Analisis faktor eksternal menghasilkan, variabel ekonomi, hukum, sosial budaya dan teknologi merupakan peluang dalam pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Namun demikian indikator perilaku masyarakat terhadap lingkungan dan anggaran kesehatan pemerintah daerah perlu mendapatkan perhatian supaya kedepannya tidak menjadi ancaman bagi pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Posisi strategis pengembangan puskesmas rawat inap adalah *growth strategy* dengan konsentrasi integrasi horizontal melalui peningkatan varian dan mutu pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur.

Kata kunci: Pelayanan Rawat Inap, Service Delivery System, Strategi, Puskesmas.

PENDAHULUAN

Puskesmas merupakan salah satu organisasi publik yang bertugas melayani

kesehatan yang sangat dirasakan manfaatnya oleh masyarakat umum. Keberadaan kebijakan desentralisasi pelayanan keseha-

tan dan tuntutan akan mutu pelayanan kesehatan, memaksa lembaga pelayanan kesehatan seperti Puskesmas untuk memikirkan mengenai perubahan sistem manajemennya. Perubahan lingkungan dan kebijakan dapat memaksa adanya perubahan paradigma manajemen yang akhirnya akan membawa pula perubahan pada sistem manajemennya.

Salah satu program unggulan layanan kesehatan di Provinsi Jawa Timur adalah upaya pengembangan puskesmas menjadi dua fungsi layanan yakni puskesmas non perawatan dan perawatan (rawat inap). Peningkatan status puskesmas menjadi puskesmas perawatan merupakan salah satu upaya untuk memperluas akses pelayanan kesehatan kepada masyarakat terutama layanan perawatan dan pengobatan. Selain itu puskesmas perawatan juga didesain untuk dijadikan satelit-satelit organisasi kesehatan atau miniatur organisasi kesehatan. Kebijakan tersebut diambil oleh karena dilatarbelakangi oleh semakin meningkatnya kunjungan masyarakat untuk berobat ke puskesmas dan rumah sakit (rujukan) kewalahan menerima rujukan dari puskesmas sehingga dikawatirkan akan berpengaruh terhadap beban petugas kesehatan dan pelayanan terhadap pasien akan mengalami penurunan (Setiawan, 2011).

Puskesmas merupakan ujung tombak pelayanan kesehatan sampai dengan tingkat kecamatan. Berdasarkan Kementerian Kesehatan (2012) bahwa sampai dengan tahun 2011, jumlah puskesmas di Provinsi Jawa Timur sebanyak 956 unit yang terdiri dari 400 puskesmas rawat inap dan 556 non rawat inap yang tersebar di 38 kabupaten/kota. Ada kenaikan jumlah puskesmas rawat inap dari tahun 2010 berjumlah 396 unit menjadi 400 pada tahun 2011 atau naik sebesar 1%. Tahun 2010 jumlah puskesmas rawat inap juga mengalami kenaikan sebesar 8,5% di bandingkan tahun 2009. Realitas ini menunjukkan Pemerintah Kabupaten atau Kota di Jawa Timur telah mengembangkan status puskesmas menjadi puskesmas rawat inap dengan berbagai

varians layanan misalnya puskesmas spesifikasi untuk rujukan persalinan atau PONE (Pelayanan Obstetrik Neonatal Emergensi Dasar), puskesmas plus dengan menghadirkan konsultasi dokter spesialis dan lain-lain. Bentuk-bentuk inovasi layanan program dapat berbentuk puskesmas traumatik, puskesmas online, puskesmas santun susila, puskesmas layanan jiwa dan lain-lain.

Adapun rasio puskesmas terhadap penduduk Jawa Timur pada tahun 2011 sebesar 2,50 per 100.000 penduduk, artinya setiap 100.000 penduduk dilayani oleh 2-3 puskesmas atau 1 puskesmas melayani 40.027 penduduk. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa jumlah puskesmas di Provinsi Jawa Timur masih kurang dari target nasional (1 puskesmas rata-rata melayani 30.000 penduduk) (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). Disisi lain kemampuan dan sumber daya di tingkat puskesmas seperti jumlah dokter, dokter gigi masih belum memadai, bahkan dokter spesialis amatlah minim jumlahnya. Realitas di lapangan pelayanan kesehatan di puskesmas lebih banyak dilakukan oleh tenaga paramedis (perawat dan bidan) sedangkan dokter lebih beralih fungsi menjadi kepala puskesmas yang notabene bergelut dengan aspek administratif manajerial. Keberadaan fasilitas dan sarana kedokteran gigi masih amat terbatas untuk setiap puskesmas (Setiawan, 2011).

Semakin banyak masyarakat memanfaatkan pelayanan rawat inap Puskesmas rawat inap, tidak hanya masyarakat mampu tetapi juga masyarakat yang tidak mampu dengan jumlah yang tidak sedikit. Masyarakat yang tidak mampu memanfaatkan layanan kesehatan gratis dalam bentuk jamkesmas maupun jamkesmasda. Sementara itu kemampuan dan sumber daya di tingkat puskesmas seperti jumlah dokter dan dokter gigi masih juga belum memadai, bahkan dokter spesialis sangat minim jumlahnya. Fasilitas dan sarana kedokteran yang lainpun masih sangat terbatas jumlahnya. Kondisi ini menyebabkan layanan

kesehatan puskesmas rawat inap belum bisa maksimal. Berdasarkan fenomena tersebut maka dipandang perlu segera adanya *redesign* strategi pelayanan kesehatan puskesmas rawat inap di Jawa Timur berdasarkan konsep *service delivery system* (sistem penyampaian jasa) yang sebelumnya belum dilakukan oleh peneliti yang lain.

Penelitian ini dilakukan dengan maksud guna memberikan solusi terkait dengan permasalahan pelayanan kesehatan yang diselenggarakan oleh Puskesmas Rawat Inap di Jawa Timur. Adapun tujuan penelitian ini adalah pertama, mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan pada faktor internal dalam lingkup pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Kedua, mengidentifikasi peluang dan ancaman pada faktor eksternal dalam lingkup pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Ketiga, merumuskan strategi pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur berbasis *service delivery system*.

TINJAUAN TEORETIS

Service Delivery System

Menurut Lovelock dan Wright (2002: 60), organisasi jasa dipandang sebagai suatu sistem terdiri dari sistem operasi jasa (*service operation system*) dan sistem penyampaian jasa (*service delivery system*). Pada sistem operasi jasa (*service operation system*), merupakan komponen yang terdapat dalam sistem organisasi jasa keseluruhan, dimana input diproses dan elemen-elemen produk jasa diciptakan melalui komponen sumber daya manusia dan komponen fisik. Pada sistem penyampaian jasa (*service delivery system*), berhubungan dengan bilamana, dimana, dan bagaimana jasa disampaikan kepada pelanggan, meliputi unsur-unsur sistem dalam operasi jasa dan hal-hal lain yang disajikan kepada konsumen lain.

Organisasi jasa terdiri dari sistem operasi jasa, dan sistem penyampaian jasa yang merupakan bagian-bagian yang dapat dilihat oleh konsumen (*front office*) yaitu

physical support dan *contact personnel* yang saling berhubungan satu sama lainnya, dan bagian yang tidak terlihat oleh konsumen (*back office*), dimana konsumen menganggapnya sebagai kegiatan teknis inti, bahkan yang keberadaannya tidak diketahui oleh konsumen, tapi bisa dirasakan oleh konsumen hasil kegiatannya (Lovelock dan Wright, 2002: 60)

Sementara itu, Heskett *et al.* (1997: 154) menyatakan bahwa sistem penyampaian jasa dibentuk oleh, (1) dukungan sistem informasi, (2) lokasi perusahaan, (3) suasana tempat pelayanan/dekorasi, (4) tata ruang, (5) manajemen penanganan pelanggan, (6) kesopanan petugas, (7) peralatan dan kebijakan perusahaan. Best (2000: 205) juga memaparkan bahwa sistem operasi dan penyampaian jasa sangat berkaitan erat dengan tiga hal yaitu, (1) pelayanan purna jual, (2) ketersediaan, khususnya dihubungkan dengan kecepatan akses untuk memperoleh pelayanan tersebut, dan (3) pelayanan saat transaksi dilakukan, seperti sistem pembayaran secara kredit, jaminan uang kembali, dan lain sebagainya.

Gancalves (1998: 80) mengatakan bahwa ada 3 komponen utama dari *service delivery system* yaitu: (1) *People*, (2) *Physical evidence* dan (3) *Process*. Menurut Nguyen dan Leblanc (2002: 245) lingkungan fisik diukur dengan *ambient conditions*, atmosfer, rancangan eksterior, rancangan interior, dekorasi, fasilitas parkir, penampilan gedung dan taman serta lokasi. *Ambient conditions* terdiri dari bermacam-macam elemen seperti warna, penerangan, temperatur, kebisingan, bau dan musik. Shamdasani dan Balakrishnan (2000: 407) lingkungan fisik diukur dengan *ambient*, simbol dan benda. Pada organisasi kesehatan lingkungan fisik mencakup lokasi, peralatan dan fasilitas, yang dianggap penting oleh pasien rumah sakit (Hutton dan Richardson, 1995: 52). Lokasi merupakan kestrategisan letak organisasi kesehatan baik dihubungkan dengan fasilitas umum maupun kemudahan untuk mencapainya. Hal ini sesuai dengan pendapat Heskett *et al.* (1997: 154)

bahwa salah satu elemen dalam sistem penyampaian jasa adalah lokasi, sedangkan Sabarguna (2004: 12) menyatakan lokasi digunakan untuk mencapai pelanggan yang dituju dan memerlukan waktu yang relatif cepat. Pendapat yang hampir sama disampaikan oleh Al-Hawary (2012) bahwa kemudahan untuk menuju tempat pelayanan kesehatan merupakan indikator penting dari variabel *accessibility* yang merupakan faktor penentu kualitas layanan organisasi penyedia jasa kesehatan. Fasilitas fisik merupakan benda-benda tidak bergerak, nyata dan dapat dirasakan oleh pasien seperti peralatan yang representatif, interior bangunan yang asri, eksterior bangunan, fasilitas parkir, kantin, bank, dan jaminan keamanan. Peralatan organisasi kesehatan merupakan peralatan yang dimiliki organisasi kesehatan yang berkaitan langsung dengan kebutuhan pasien, sedangkan menurut Hutton dan Richardson (1995: 52) makanan yang disediakan dapat dibuat juga sebagai bagian bukti fisik pada organisasi kesehatan. Fasilitas yang dilihat konsumen merupakan bagian dari wujud nyata yang penting atas keseluruhan jasa yang ditawarkan (Lamb *et al.*, 2002: 483). Tingkat kenyamanan dalam organisasi kesehatan juga perlu diperhatikan disamping fasilitas dan peralatan. Hal ini sesuai dengan pendapat Sabarguna (2004: 12) juga menyatakan organisasi kesehatan perlu menjaga kenyamanan disamping peralatan yang memadai. Selain itu tata letak ruangan dan prosedur pelayanan yang diberikan petugas merupakan unsur yang penting dalam penyampaian jasa. Menurut Heskett (1997: 9) juga menyatakan bahwa sistem penyampaian jasa sebagai hal yang penting dan berhubungan tata ruang, tata letak dan prosedur kerja.

Contact personnel merupakan semua unsur manusia yang ikut terlibat dalam penyampaian jasa dan mempunyai kontak langsung dengan pembeli. Menurut Nguyen dan Leblanc (2002: 245) *contact personnel* tersusun dari seluruh karyawan yang berada pada lini depan organisasi dan

mempunyai kontak langsung dengan pelanggan. Menurut Snook (1992: 65) staff medis organisasi kesehatan adalah dokter, dokter gigi, ahli penyakit kaki, dan staf profesional kesehatan yang merawat pasien. Lim *et al.* (2000: 290) menyatakan unsur yang terpenting dalam pelayanan pada organisasi kesehatan adalah Dokter dan perawat. Dokter dan perawat berperan penting dalam menciptakan kualitas pelayanan pada suatu organisasi kesehatan.

Sebagai *high contact service, personnel* pada organisasi kesehatan merupakan sentral dari penyampaian jasa. Sesuai dengan pendapat Lovelock dan Wright (2002: 197) bahwa, "*in high-contact services, service personnel are central to service delivery.*" Lebih lanjut Lovelock dan Wright (2002: 324) menyatakan bahwa, "*in the eyes of their customers, service personnel may also be seen as an integral part of the service experience*". Menurut Nguyen dan Leblanc (2002: 250) *contact personnel* diukur dengan 3 item yaitu, penampilan (*appearance*), kompetensi (*competence*) dan profesionalisme (*professionalism*). Lebih lanjut Nguyen dan Leblanc (2002: 245) menyatakan bahwa penampilan dari *personnel* merupakan kombinasi dari pakaian, gaya rambut, *make up*, dan kebersihan. Kompetensi karyawan didorong dari keahlian dan pengalaman. Zeithaml dan Bitner (2000: 19) juga menjelaskan bahwa semua sikap dan tindakan karyawan, bahkan cara berpakaian karyawan dan penampilan karyawan mempunyai pengaruh terhadap persepsi konsumen atau keberhasilan waktu riil pelayanan. Shamdasani dan Balakrishnan (2000: 402) menggunakan indikator *contact personnel* yaitu, keahlian, *similarity*, pengetahuan, keramahan dan *mutual disclosure*. Kecepatan *personnel* dalam menyelesaikan pekerjaannya akan membuat mereka senang. Menurut Best (2000: 230) menyatakan bahwa dari sisi pelanggan, kecepatan akses untuk memperoleh pelayanan merupakan suatu yang penting pada sistem penyampaian jasa. Hal ini didukung oleh Aschner (1999: 453) menyatakan dalam bidang pelayanan jasa,

hampir semua atribut pelayanan ditentukan oleh penilaian pelanggan terhadap kecepatan dan ketepatan petugas dalam menanggapi keluhan mereka. Gudmundson dan Cristine (2002: 6) menyatakan bahwa *personnel* berfungsi sebagai *service provider* dalam organisasi jasa selayaknya menyadari bahwa mereka sesungguhnya merupakan pemasar dan perilakunya akan berpengaruh pada kesuksesan suatu organisasi dalam jangka panjang. Dengan demikian unsur-unsur baik dari *physical support* maupun *contact personnel* dapat membangun reputasi lembaga kesehatan di mata pasien atau keluarga pasien sebagaimana yang ditemukan dari hasil penelitian Widiastuti (2010).

Pelayanan Rawat Inap Puskesmas

Menurut Pan *et al.* (2006) Puskesmas mempunyai enam fungsi utama. Pertama, pencegahan dan pengendalian penyakit. Dalam situasi bencana, tugas utama Puskesmas adalah untuk melaksanakan pencegahan epidemik dan melakukan langkah-langkah efektif, sedangkan pada kondisi normal, melakukan promosi pencegahan pada warga. Kedua, pelayanan perawatan kesehatan termasuk anggota keluarga, anak-anak, perempuan, orang lanjut usia, dan penderita cacat. Ketiga, pendidikan kesehatan dengan mempromosikan pendidikan kesehatan perempuan dan memperluas pendidikan kesehatan kepada siswa sekolah. Keempat, keluarga berencana, fungsi di sini adalah untuk mengimplementasikan kebijakan keluarga berencana nasional. Hal ini dilakukan dengan pendidikan dan penyuluhan tentang keluarga berencana. Kelima, pelayanan pengobatan dengan memberikan konsultasi, diagnosis dan pengobatan kepada masyarakat terutama pada masyarakat yang sering diserang penyakit kronis. Keenam, rehabilitasi masyarakat termasuk didalamnya pengaturan fasilitas rawat inap bagi penderita sakit dan memberikan pengobatan.

Dalam pelayanan rawat inap dokter memiliki hubungan yang lebih interpersonal dengan pasien sementara perawat

memberikan perawatan kepada pasiennya dengan penuh keramahan dan bersahabat (Tomar dan Dhiman, 2013). Interaksi dokter dengan pasien hanya terbatas untuk diagnosis dan diskusi yang berhubungan dengan pengobatan dan berlangsung selama perawatan. Namun, perawat berinteraksi dengan pasien selama mereka tinggal sebagai pasien rawat inap. Perawat melakukan kunjungan rutin kepada pasien dan membantu pasien sesuai kebutuhan mereka. Pada sektor organisasi kesehatan seperti Puskesmas rawat inap, komponen yang paling efektif dan efisien yang perlu ditekankan adalah sumberdaya dokter dan perawat. Dengan demikian, mempertahankan kualitas layanan rawat inap adalah tanggung jawab utama dari dokter dan perawat. Mereka dipercaya untuk memberikan kepuasan kepada pasien dan memastikan bahwa kebutuhan pasien terpenuhi. Berdasarkan perspektif praktis dan kebijakan SDM, diperlukan kebijakan SDM yang berbeda antara dokter dan perawat karena mereka menciptakan dimensi yang berbeda dalam rantai nilai pelayanan. Dalam kasus dokter, kebijakan seperti pembagian pendapatan akan menjadi lebih penting, sedangkan perawat, diperlukan kebijakan adanya pelatihan dalam rangka membantu mereka meningkatkan pelayanan baik secara kualitas maupun kuantitas.

METODE PENELITIAN

Berdasarkan tujuan, penelitian ini menggunakan rancangan deskriptif kualitatif. Pendekatan deskriptif terutama digunakan untuk mengetahui persepsi pimpinan puskesmas dan dinas kesehatan kabupaten/kota di Jawa Timur terkait dengan identifikasi faktor eksternal dan internal dalam pengembangan pelayanan kesehatan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur, sedangkan pendekatan kualitatif digunakan untuk menggali informasi terkait dengan permasalahan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur termasuk kendala-kendala yang dijumpai di lapangan

serta dimungkinkan memperoleh penemuan yang tidak terduga sebelumnya.

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh Kabupaten atau Kota di Provinsi Jawa Timur yang memiliki Puskesmas rawat inap. Penentuan kabupaten atau kota sebagai sampel penelitian ditentukan berdasarkan teknik *purposive* dengan mempertimbangkan keterwakilan budaya yang ada di Provinsi Jawa Timur, sehingga sampel kabupaten atau kota dalam penelitian ini adalah Kabupaten Lumajang (mewakili budaya Pendalungan), Kota Surabaya (mewakili budaya *arek*), Kabupaten Blitar (mewakili Budaya Mataram), dan Kabupaten Pamekasan (mewakili budaya Madura).

Adapun penentuan puskesmas rawat inap dan responden tentang persepsi terhadap kualitas layanan pada masing-masing kabupaten/kota sampel serta informan, dipilih berdasarkan teknik *purposive* dengan mempertimbangkan *criterion based selection*, dimana jumlah puskesmas rawat inap, responden, dan informan ditetapkan sendiri oleh peneliti dengan pertimbangan tertentu. Pertimbangan utama penentuan responden dan informan adalah penguasaan informasi dan data yang peneliti perlukan. Setiap kabupaten/kota ditetapkan 4 puskesmas sebagai sampel, kecuali Kabupaten Blitar ada 5 puskesmas yang dijadikan sampel. Keseluruhan sampel berjumlah 17 (tujuh belas) puskesmas. Sampel di Kabupaten Blitar dipilih Puskesmas Kesamben, Selopuro, Doko, Nglegok, dan Ponggok. Di Kabupaten Lumajang dipilih Puskesmas Rogotrunan, Sumpersari, Yosowilangun, dan Pasirian. Sampel di Kabupaten Pamekasan ditetapkan Puskesmas Larangan, Waru, Palengaan, dan Teja. Kota Surabaya ada 4 puskesmas yang dipilih yaitu Manukan Kulon, Pakis, Gunung Anyar, dan Tanah Kali Kedinding.

Identifikasi faktor eksternal dalam rangka pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur, penelitian ini menggunakan variabel faktor eksternal meliputi variabel ekonomi, sosial budaya,

hukum, dan teknologi (David, 2004; Hojabri *et al.*, 2013). Sementara itu untuk faktor internal, variabel yang dipertimbangkan dalam pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas, mendasarkan pada dimensi *service delivery system* yang meliputi variabel *people, physical evidence, dan process* sebagaimana dinyatakan oleh Gancalves (1998: 80). Guna mengukur variabel-variabel dari faktor eksternal, penelitian ini menggunakan 14 indikator yang dikembangkan oleh Trisnantoro (2004), sedangkan faktor internal diukur dengan 20 indikator hasil pengembangan dari penelitian Sutiari (2011).

Sumber data yang dipergunakan dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data sekunder diperoleh dengan metode dokumentasi meliputi Data Dasar Puskesmas dari Kementerian Kesehatan, Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah Jawa Timur dari Badan Perencanaan Pembangunan Provinsi Jawa Timur, dan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur dari Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Sumber data primer diperoleh dengan metode pengisian kuesioner dan wawancara secara mendalam (*in-depth interview*). Pengisian kuesioner dilakukan oleh responden yang terdiri dari pimpinan puskesmas (Kepala Puskesmas dan Kepala TU) serta Kepala Bidang Pelayanan Kesehatan Dinas Kesehatan kabupaten/kota di Jawa Timur yang menjadi sampel penelitian. Responden mengisi kuesioner berkaitan dengan faktor internal dan eksternal pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas dengan 2 tahap. Tahap pertama, responden mengisi kuesioner untuk menentukan bobot tingkat kepentingan pada masing-masing indikator dari variabel faktor internal dan eksternal. Jumlah pernyataan kuesioner ada 20 item untuk faktor internal dan 14 item untuk faktor eksternal dengan pengukuran skala Likert empat point mulai dari skor 1=sangat tidak penting sampai dengan 4=sangat penting. Tahap kedua, responden mengisi kuesioner untuk menentukan nilai *rating* pada masing-masing indikator dari variabel faktor internal dan eksternal. Jumlah per-

nyataan kuesioner juga sama ada 20 item untuk faktor internal dan 14 item untuk faktor eksternal dengan pengukuran skala Likert empat point mulai dari skor 1=sangat tidak baik sampai dengan skor 4=sangat

baik. Wawancara secara mendalam dilakukan dengan informan yang terdiri Kepala Puskesmas dan Kepala Tata Usaha Puskesmas sampel penelitian.

Tabel 1
Kriteria Hasil Analisis Faktor Internal dan Eksternal

Rentang Nilai *)	Kriteria	Faktor Internal	Faktor Eksternal
3,25 - 4,00	Sangat Baik	Kekuatan	Peluang
2,50 - 3,24	Baik	Kekuatan	Peluang
1,75 - 2,49	Tidak Baik	Kelemahan	Ancaman
1,00 - 1,74	Sangat Tidak Baik	Kelemahan	Ancaman

Sumber: Sutiari (2011)

*) Interval Kelas = (Rentang Nilai/Banyak Kelas) = (4-1)/4 = 0,75;

Garis Pembatas (*cut point*) = Total Nilai/Banyak Kelas = (4+3+2+1)/4= 2,5

Analisis yang digunakan dalam penelitian adalah menggunakan analisis interaktif, analisis deskriptif, analisis faktor internal, analisis faktor eksternal, analisis matriks internal eksternal dan analisis matriks SWOT. Analisis interaktif digunakan untuk menjelaskan hasil wawancara terkait dengan variabel pada faktor internal dan eksternal. Analisis deskriptif digunakan untuk mendeskripsikan hasil skor responden terhadap indikator faktor internal dan eksternal menggunakan statistisk deskriptif dengan menghitung nilai rata-rata. Analisis faktor internal digunakan untuk mengidentifikasi kelemahan dan kekuatan, sedangkan mengidentifikasi peluang dan ancaman digunakan analisis faktor eksternal. Adapun untuk menentukan posisi peluang dan ancaman untuk faktor eksternal serta kekuatan dan kelemahan untuk faktor internal digunakan kriteria sebagaimana pada tabel 1. Guna menentukan posisi strategis sebagai *grand strategy* pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur digunakan analisis matriks internal eksternal. Analisis matriks internal eksternal mendasarkan pada nilai *rating score* yaitu perkalian antara *rating* dengan bobot pada masing-masing indikator pada faktor internal dan eksternal. Analisis matriks SWOT digunakan untuk merumus-

kan alternatif strategi berdasarkan *grand strategy* yang sudah ditemukan sebelumnya. Matriks SWOT menghasilkan empat set kemungkinan alternatif strategi yaitu strategi SO, WO, ST, dan WT (Wheeler dan Proctor, 1993; Rangkuti, 2001)

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Identifikasi Kekuatan dan Kelemahan Faktor Internal

Tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata penilaian rating lingkungan internal adalah baik. Tidak semua indikator memiliki nilai rating yang baik karena ada beberapa indikator dinilai tidak baik dalam pelaksanaan pelayanan rawat inap Puskesmas di Provinsi Jawa Timur. Kuantitas, kualitas dan kualifikasi SDM non medis dinilai tidak baik. Hal ini disebabkan karena tenaga kerja non medis terutama pada staf administrasi belum dapat melaksanakan operasional pelayanan rawat inap secara maksimal. SDM bidang non medis belum memiliki kesiapan dalam hal kemampuan dalam mengerjakan operasional puskesmas rawat inap secara administratif, sebagaimana yang disimpulkan dari hasil penelitian Sutiari (2011). Keadaan ini diperparah dengan nilai rata-rata rating kualitas SDM bidang medis hanya sebesar 2,619. Walaupun nilai rating tersebut masuk kriteria baik namun belum sampai 3,00.

Temuan ini sejalan hasil wawancara dengan dr. Yudia Suprandini, Kepala Puskesmas Doko Kabupaten Blitar: “Salah satu faktor internal yang menjadi kendala dalam pelayanan rawat inap di Puskesmas adalah masalah SDM. Selama ini pengadaan masih kurang dibandingkan kebutuhan yang diperlukan oleh masyarakat pengguna pelayanan kesehatan rawat inap di puskesmas. SDM yang baru kualitasnya masih kurang.” (Wawancara, 7 Mei 2013)

Kondisi tersebut hampir sama dengan apa yang disampaikan dalam wawancara dengan dr. Wawan Arwijanto Kepala Puskesmas Pasirian Kabupaten Lumajang “Secara kualitas tenaga medis dan paramedis kompetensi cukup baik, tetapi secara kuantitas jumlahnya kurang. Tenaga bidang non medis untuk pekerjaan administrasi sebagian besar masih dirangkap oleh tenaga paramedis. Sebagai contoh seorang bidan merangkap sebagai bendahara yang mengurus keuangan Puskesmas” (Wawancara, 10 Mei 2013).

Mengenai kondisi rangkap jabatan juga ditemui oleh peneliti melalui wawancara dengan Kepala Tata Usaha Puskesmas Nglegok Kabupaten Blitar Bapak Sugeng Widodo. “Tenaga medis perawat, bidan dan lain-lain di sini banyak yang rangkap jabatan. Seperti saya yang sebenarnya kompetensi saya adalah ahli gizi dengan tugas sebagai penanggung jawab klinik gizi, sekarang merangkap jabatan menjadi Kepala Tata Usaha. Justru waktu saya habis saya gunakan untuk urusan administrasi Puskesmas. Tapi bagaimana lagi tenaganya terbatas.... Keterbatasan petugas menyebabkan hampir sebagian besar petugas medis dibebani tugas administrasi. Tugas Administrasi ini sangat banyak menyita waktu saya” (Wawancara, 6 Mei 2013).

Keadaan rangkap jawaban oleh tenaga medis puskesmas rawat inap di Jawa Timur disebabkan terbatas jumlahnya dibandingkan dengan jenis program yang dikerjakan. Akibatnya tenaga kesehatan di Puskesmas rawat inap di Jawa Timur sering kali harus melakukan tugas tambahan selain tugas

pokoknya. Banyaknya pekerjaan administratif di Puskesmas yang dirangkap oleh tenaga medis seperti perawat atau bidan, menunjukkan bahwa tenaga non medis di Puskesmas di Jawa Timur sangat kurang. Perangkapan peran aktivitas administratif di Puskesmas rawat inap oleh tenaga medis seperti perawat dan bidan akan menyebabkan konsentrasi pekerjaan tenaga medis akan menjadi tidak fokus dan terjadi penurunan kinerja pelayanan rawat inap puskesmas kepada masyarakat. Menurut Handayani *et al.* (2010), ada 53,9% tenaga medis puskesmas mendapatkan tugas tambahan dan 56,6% dari 53,9% tersebut menyatakan bahwa tugas tambahan kadang mengganggu tugas pokok dan fungsi dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan di Puskesmas, sedangkan 37,4% menyatakan bahwa tugas tambahan tidak mengganggu tugas pokok dan fungsi.

Penurunan kinerja puskesmas ini bisa jadi akibat aspek kemampuan SDM yang belum siap mengantisipasi perubahan dalam era otonomi daerah. Menurut Stokes (2007), desentralisasi kesehatan adalah reformasi atau perubahan tetapi hasil survey menunjukkan kesiapan SDM masih berkisar 40% sehingga dianjurkan melakukan *capacity building* untuk pengembangan SDM.

Tabel 2 menunjukkan bahwa nilai bobot terbesar pada variabel SDM adalah kuantitas SDM bidang medis, kualitas SDM bidang medis, dan kualifikasi SDM bidang medis yaitu masing-masing mempunyai nilai bobot 0,052. Gambaran ini menunjukkan bahwa kuantitas, kualitas, dan kualifikasi SDM bidang medis merupakan indikator penting dan strategik dalam pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur.

Hal ini mengingat tenaga medis mempunyai peranan penting sebagaimana dikuatkan oleh pendapatnya Toman dan Dhiman (2013) bahwa dokter dan perawat sebagai tenaga medis berperanan mendorong kesembuhan pasien, terutama keramahan dan perhatian khusus kepada pasien.

Dalam pelayanan rawat inap dokter memiliki hubungan yang lebih interpersonal dengan pasien sementara perawat memberikan perawatan kepada pasiennya dengan penuh keramahan dan bersahabat.

Interaksi dokter dengan pasien sangat intensif untuk kegiatan diagnosis dan konsultasi yang berhubungan dengan pengobatan dan berlangsung selama perawatan.

Tabel 2
Internal Factors Analysis Summary (IFAS) Puskesmas Rawat Inap di Provinsi Jawa Timur

Variabel	Indikator	Bobot	Rating	Kriteria	Rating Score (ratingx bobot)
SDM	1 Kuantitas SDM bidang medis	0,052	2,619	Baik	0,137
	2 Kuantitas SDM bidang non medis	0,050	2,381	Tidak Baik	0,120
	3 Kualitas SDM bidang medis	0,052	3,095	Baik	0,160
	4 Kualitas SDM bidang non medis	0,050	2,476	Tidak Baik	0,123
	5 Kualifikasi SDM bidang medis	0,052	3,048	Baik	0,159
	6 Kualifikasi SDM bidang non medis	0,049	2,429	Tidak Baik	0,119
	7 Struktur organisasi puskesmas	0,049	3,095	Baik	0,152
Physical Evidence	8 Infrastruktur yang memadai	0,049	2,905	Baik	0,142
	9 Peralatan medis yang memadai	0,049	2,857	Baik	0,140
	10 Peralatan operasional pelayanan administrasi yang memadai	0,048	2,714	Baik	0,130
	11 Lokasi puskesmas	0,047	3,143	Baik	0,148
Process	12 Standar pelayanan kesehatan	0,050	2,952	Baik	0,149
	13 Anggaran pendapatan dan belanja puskesmas	0,052	2,476	Tidak Baik	0,128
	14 Sistem pengawasan internal keuangan puskesmas	0,049	2,952	Baik	0,145
	15 Sistem pengalokasian dana setiap puskesmas	0,049	2,619	Baik	0,128
	16 Ketersediaan obat-obatan	0,052	3,000	Baik	0,155
	17 Kualitas pelayanan	0,052	3,000	Baik	0,155
	18 Sistem evaluasi kinerja	0,050	2,857	Baik	0,142
	19 Pola tarif	0,049	3,381	Sangat Baik	0,166
	20 Hubungan dengan masyarakat	0,051	3,429	Sangat Baik	0,175
	Total		1,000	57,429	

Sumber: Data primer diolah, 2013

Perawat berinteraksi dengan pasien selama mereka tinggal sebagai pasien rawat inap. Dokter dan perawat melakukan kunjungan rutin kepada pasien dan membantu pasien sesuai kebutuhan mereka.

Dokter mengunjungi pasien untuk memantau penyakit pasien dan mengajarkan makanan apa yang harus dianjurkan termasuk aturan meminum obat-obatan dan menganjurkan pola hidup sehat. Dokter

juga tidak henti-hentinya untuk menyarankan makan dan minum secara teratur dan menanyakan apakah aktivitas kencing dan buang air besar sudah lancar atau belum. Karena hal ini akan berkaitan dengan boleh tidaknya pasien untuk pulang atau masih perlu dirawat di Puskesmas. Pelayanan perawat selain melakukan tugas dan kewajibannya secara rutin, seperti pemeriksaan suhu tubuh, tensi darah, mengganti infus, menyiapkan obat yang harus diminum maupun obat injeksi ataupun obat lainnya, perawat juga harus responsif terhadap kebutuhan pasien ataupun keluarga pasien.

Terkait dengan hasil rating indikator kuantitas SDM bidang medis bernilai 2,619, walaupun masuk kriteria nilai baik namun nilainya kurang dari nilai 3. Ini menunjukkan bahwa jumlah SDM bidang medis seperti dokter dan perawat harus ditingkatkan kuantitasnya. Berdasarkan Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur (2012) bahwa jumlah tenaga medis (dokter, dokter spesialis, dokter gigi) 11.026 orang dengan ratio 29,00 per 100.000 penduduk. Rasio ini masih dibawah angka target yang ditetapkan yaitu sebesar 40 orang dokter per 100.000 penduduk, sedangkan jumlah perawat di Jawa Timur berjumlah 28.198 orang dengan ratio 74,15 per 100.000 penduduk. Rasio ini masih dibawah angka target yang ditetapkan yaitu sebesar 117,5 per 100.000 penduduk. Jumlah tenaga medis dokter dan perawat tersebut yang bekerja di Puskesmas hanya 37%, sedangkan yang lebih banyak tenaga medis bekerja di rumah sakit yaitu sebesar 53%. Kondisi ini memperlihatkan bahwa secara kuantitas, SDM bidang medis di Jawa Timur masih di bawah target yang ditetapkan lebih-lebih tenaga medis dokter maupun perawat yang bekerja di Puskesmas rawat inap tentunya jumlahnya akan jauh lebih sedikit lagi.

Hasil analisis faktor internal sebagaimana pada tabel 2 menunjukkan pada variabel *physical evidence* nampak bahwa indikator infrastruktur dan peralatan medis mempunyai bobot yang lebih tinggi dari

pada yang lain yaitu sebesar 0,49 kemudian disusul indikator peralatan operasional dan lokasi puskesmas masing-masing sebesar 0,048 dan 0,047. Kondisi ini mencerminkan infrastruktur dan peralatan medis mempunyai tingkat kepentingan yang lebih tinggi dibanding indikator yang lain dalam rangka pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur. Temuan ini sejalan dengan hasil penelitian Kristiani *et al.* (2006) yang menyimpulkan bahwa pengembangan desain mutu pelayanan rawat inap Puskesmas dapat dilaksanakan dengan urutan prioritas sarana dan prasarana pelayanan rawat inap yang terpelihara dengan baik menempati urutan prioritas pertama, ketersediaan sarana medis dan penunjang medis yang memadai menempati urutan prioritas ketiga, serta ketersediaan sarana transportasi ambulans 24 jam menempati urutan prioritas kelima.

Nilai rating indikator infrastruktur yang memadai, peralatan medis yang memadai, dan peralatan operasional pelayanan administrasi masing-masing 2,905, 2,857, dan 2,714. Nilai-nilai rating tersebut memberikan gambaran bahwa infrastruktur, peralatan medis dan peralatan penunjang operasional administrasi masih perlu ada perbaikan dan peningkatan karena nilai ratingnya kurang dari tiga. Padahal infrastruktur dan fasilitas penunjang rawat inap tersebut menentukan kualitas layanan, dan akhirnya berdampak terhadap kepuasan dan loyalitas pasien rawat inap puskesmas. Beberapa hasil penelitian seperti yang dilakukan oleh Boller *et al.* (2003), Andaleeb (2000), Baltussen *et al.* (2002) dan Duong *et al.* (2004) berhasil mengidentifikasi bahwa fasilitas medis merupakan bagian dari dimensi kualitas layanan rawat inap. Hasil penelitian Sharma dan Narang (2011) membuktikan bahwa fasilitas medis mempunyai hubungan signifikan dengan kunjungan berulang pasien rawat inap.

Kelemahan sarana dan prasarana yang dibangun oleh pemerintah untuk pelayanan publik termasuk Puskesmas yang digunakan untuk pelayanan rawat inap juga tidak

lepas dari lemahnya aspek pemeliharaan. Tidak sedikit gedung puskesmas dibangun dengan anggaran yang besar tetapi manajemen pemeliharannya tidak diperhatikan. Kondisi ini terlihat pada bangunan yang cepat mengalami kerusakan. Berdasarkan Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan (2012), kondisi Puskesmas rawat inap di Jawa Timur menunjukkan dari 400 unit Puskesmas rawat inap, 125 unit (31,25%) mengalami rusak ringan, 24 unit (6%) mengalami rusak berat dan 1 unit (0,25%) mengalami rusak total. Belum maksimalnya fasilitas medis dan infrastruktur puskesmas rawat inap sejalan dengan hasil penelitian Haryanto dan Suranto (2012) yang menemukan bahwa tempat menunggu pasien sebelum pasien memasuki ruang inap dalam kondisi kurang representatif sebagaimana di tempat-tempat perawatan kesehatan pada umumnya. Puskesmas tidak menyediakan ruang tunggu khusus bagi keluarga pasien ketika pasien belum memasuki ruang inap. Bagi keluarga pasien bisa menunggu di ruang tunggu ketika pasien baru tiba di puskesmas untuk mendaftarkan pasien atau keluarga pasien bisa menunggu di luar ruangan. Beberapa fasilitas dan infrastruktur puskesmas terlihat dalam kondisi agak rusak, seperti jalan yang kurang rata. Disamping itu ruangan bangsal juga sudah harus mulai dibenahi, cat tembok yang sudah mulai kusam dan berkelupas serta kamar mandi yang kurang bersih, menambah kurang nyamannya pasien maupun keluarga pasien untuk menempati ruangan tersebut. Secara umum persoalan pelayanan kesehatan rawat inap yang terjadi di negara berkembang salah satunya adalah permasalahan fasilitas medis (Chudi, 2010). Lebih lanjut Chudi (2010) menyatakan untuk menyelesaikan persoalan pelayanan kesehatan tersebut dalam jangka pendek perlu menyediakan pelayanan kesehatan yang memadai, mudah diakses, tersedia, terjangkau dan *user friendly*, dan pengembangan transportasi, serta ketersediaan fasilitas infrastruktur kesehatan yang memadai

seperti jalan yang baik, dan peralatan medis yang cukup memadai juga.

Pada variabel *process*, beberapa indikatornya memiliki nilai bobot lebih tinggi dari pada yang lain, yaitu anggaran pendapatan dan belanja puskesmas, ketersediaan obat-obatan dan kualitas layanan dengan nilai bobot yang sama yaitu 0,052. Ini artinya anggaran pendapatan dan belanja puskesmas, ketersediaan obat-obatan dan kualitas layanan merupakan indikator yang relatif lebih penting dari pada yang lain dalam pengembangan pelayanan rawat inap pada Puskesmas di Jawa Timur. Namun penilaian obyektif menunjukkan bahwa anggaran pendapatan dan belanja puskesmas menunjukkan kriteria tidak baik (nilai rating 2,476). Lemahnya indikator anggaran pendapatan dan belanja puskesmas dikarenakan tidak efektifnya pengelolaan anggaran dan pendapatan puskesmas dan besar anggaran yang diberikan pemerintah daerah maupun pusat masih kecil. Hal ini menyebabkan anggaran pendapatan dan belanja puskesmas tidak efektif untuk mengembangkan pelayanan rawat inap pada puskesmas di Jawa Timur. Bisa jadi SDM yang melaksanakan pengelolaan anggaran tidak mempunyai kompetensi dalam bidang keuangan dan akuntansi, hal ini ditunjukkan nilai rating kualitas SDM bidang non medis 2,476 (kategori tidak baik) atau anggaran yang diterima dari pemerintah daerah melalui pendanaan DOP (Dana Operasional Puskesmas yang bersumber dari APBD) dan BOK (Biaya Operasional Kesehatan) yang bersumber APBN masih belum cukup untuk mengembangkan pelayanan rawat inap di Puskesmas di Jawa Timur. Besar kecil anggaran akan berdampak pada kualitas layanan puskesmas rawat inap karena dengan besar anggaran yang cukup maka penyediaan fasilitas dan peralatan medis serta pembangunan infrastruktur pendukung pelayanan rawat inap dapat dilakukan dengan efektif.

Berdasarkan hasil analisis lingkungan internal seperti terlihat pada tabel 2 dapat

diketahui bahwa hasil keseluruhan nilai tertimbang IFAS total sebesar 2,871. Hal ini mengindikasikan bahwa, hampir semua indikator faktor internal merupakan kekuatan Puskesmas dalam pengembangan pelayanan rawat inap di Jawa Timur. Terlihat bahwa Indikator kuantitas SDM bidang non medis, kualitas SDM bidang non medis dan kualifikasi SDM bidang non medis dan anggaran pendapatan dan belanja puskesmas mempunyai nilai rating dibawah 2,5 atau berkategori tidak baik. Dengan demikian indikator kuantitas, kualitas, kualifikasi SDM bidang non medis serta anggaran pendapatan dan belanja puskesmas merupakan kelemahan dalam pengembangan

pelayanan rawat inap bagi Puskesmas di Jawa Timur.

Identifikasi Peluang dan Ancaman Faktor Eksternal

Berdasarkan analisis faktor eksternal pada pembobotan indikator diketahui bahwa indikator ketersediaan tenaga kerja medis, implementasi perlindungan hukum pelayanan rawat inap puskesmas, anggaran kesehatan pemerintah daerah dan implementasi sistem perundang-undangan kesehatan publik memiliki nilai bobot yang lebih tinggi dari pada indikator dari variabel eksternal yang lain.

Tabel 3
External Factors Analysis Summary (EFAS) Puskesmas Rawat Inap Di Provinsi Jawa Timur

Variabel	Indikator	Bobot	Rating	Kriteria	Rating Score (ratingx bobot)
Ekonomi	1 Tingkat harga obat-obatan	0,070	2,857	Baik	0,199
	2 Daya beli masyarakat	0,069	2,952	Baik	0,203
	3 Sarana transportasi	0,071	3,000	Baik	0,212
	4 Ketersediaan tenaga kerja medis	0,075	2,905	Baik	0,219
	5 Anggaran kesehatan pemerintah daerah	0,074	2,571	Baik	0,191
Hukum	6 Implementasi sistem perundang-undangan kesehatan public	0,074	3,048	Baik	0,227
	7 Implementasi perlindungan hukum Pelayanan Rawat Inap Puskesmas	0,075	2,857	Baik	0,215
Sosial Budaya	8 Tingkat pendidikan masyarakat	0,069	2,714	Baik	0,187
	9 Jumlah penduduk	0,068	2,810	Baik	0,191
	10 Perilaku masyarakat terhadap lingkungan	0,073	2,524	Baik	0,185
Teknologi	11 Perkembangan ilmu kesehatan	0,069	3,143	Baik	0,216
	12 Perkembangan teknologi alat kesehatan	0,069	3,048	Baik	0,210
	13 Perkembangan teknologi informasi	0,072	3,000	Baik	0,215
	14 Perkembangan teknologi komunikasi	0,072	3,048	Baik	0,221
Total		1,000	40,476		2,890

Sumber: Data Primer diolah, 2013

Artinya ketersediaan tenaga kerja medis, implementasi perlindungan hukum pelayanan rawat inap puskesmas, anggaran kesehatan pemerintah daerah dan implementasi sistem perundang-undangan kesehatan publik memiliki tingkat kepentingan lebih tinggi bagi puskesmas di Jawa Timur dalam rangka mengembangkan pelayanan rawat inap.

Indikator anggaran kesehatan pemerintah daerah walaupun memiliki tingkat kepentingan relatif lebih tinggi dibanding indikator eksternal yang lain namun nilai rating masih di bawah nilai 3,00. Ini menunjukkan bahwa dukungan anggaran kesehatan dari pemerintah daerah terhadap pengembangan pelayanan rawat inap di puskesmas belum maksimal. Hal senada disampaikan oleh Kepala Tata Usaha Puskesmas Ponggok Kabupaten Blitar, Bapak Kamim Asroni pada wawancara dengan peneliti sebagai berikut:

“Anggaran dari pemerintah Kabupaten sangat kurang untuk membiayai operasional puskesmas. Sebagai contoh honorarium untuk pegawai tidak tetap sering tertunda, bahkan pernah 4 bulan belum terbayar. Pengadaan peralatan untuk mendukung operasional dan pengadministrasi puskesmas seperti peralatan komputer tidak ada, padahal komputer tersebut sangat diperlukan untuk kegiatan pengadministrasian dan aktivitas operasional yang lain. Kami terpaksa mengadakan pembelian komputer dengan uang urunan teman-teman dari SPJ” (Wawancara, 9 Mei 2013).

Minimnya anggaran dari pemerintah daerah baik pemerintah kota maupun kabupaten menyebabkan pelayanan rawat inap oleh puskesmas terutama pada fasilitas fisik puskesmas banyak yang belum memadai dan sarana serta peralatan penunjang pelayanan rawat inap banyak yang belum memadai. Hasil penelitian Handayani *et al.* (2006) menunjukkan bahwa sarana pendukung kerja di Puskesmas di Jawa Timur yang dianggap tidak sesuai sebanyak 53%. Dampak lain minimnya anggaran, tempat menunggu pasien sebelum memasuki ruang

inap kurang representatif dan kamar mandi terlihat kurang bersih dan tidak terawat. Kondisi ini sejalan dengan temuan penelitian Haryanto dan Suranto (2012) beberapa fasilitas rawat inap yang masih memerlukan perbaikan, misalnya tembok ruang rawat inap yang masih kelihatan sudah kusam dan cat temboknya sudah hampir mengelupas.

Sebenarnya Pemerintah Kabupaten/Kota dan Provinsi Jawa Timur sudah berkomitmen meningkatkan anggaran kesehatan setiap tahunnya. Berdasarkan hasil rekapitulasi anggaran APBD Kabupaten/Kota dan APBD Provinsi diketahui bahwa anggaran kesehatan di Provinsi Jawa Timur pada tahun 2011 adalah sebesar Rp. 5.805.693.352.012,- meningkat 11,6% dibandingkan anggaran kesehatan di tahun 2010. Sementara bila dijumlahkan dari semua anggaran kesehatan yang ada maka jumlahnya menjadi Rp 7.185.855.226.012,- sehingga total persentase anggaran kesehatan bersumber APBD terhadap total anggaran kesehatan sebesar 80,79%. Dibandingkan tahun 2010, dukungan anggaran kesehatan melalui APBN tahun 2011 meningkat 6,64% karena adanya penambahan dana Jaminan Persalinan (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012). Kenaikan anggaran kesehatan di Provinsi Jawa Timur namun realitas puskesmas di Kabupaten/kota masih terkendala dengan anggaran untuk pengembangan pelayanan rawat inap. Ini mencerminkan bahwa Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota belum secara maksimal mengalokasikan anggaran kesehatan kepada puskesmas guna mengembangkan pelayanan rawat inap.

Tabel 3 menunjukkan seluruh indikator faktor eksternal mencerminkan lingkungan eksternal yang baik, artinya lingkungan eksternal dinilai dapat mendukung puskesmas dalam menjalankan pelayanan rawat inap dengan baik. Perkembangan ilmu kesehatan merupakan indikator yang mempunyai rating paling tinggi yaitu sebesar 3,143. Perkembangan ilmu kesehatan saat ini berkembang dengan pesat sehingga

puskesmas dapat memberikan pelayanan rawat inap yang lebih baik bagi masyarakat melalui tenaga medis yang sudah memiliki ilmu kesehatan yang lebih maju, sedangkan indikator yang mempunyai nilai rating terendah adalah perilaku masyarakat terhadap lingkungan. Perilaku masyarakat terhadap lingkungan dan kebiasaan hidup sehat belum sepenuhnya tertanam pada diri masyarakat. Padahal perilaku masyarakat terhadap lingkungannya berkaitan erat dengan perkembangan penyakit di lingkungan tersebut. Temuan ini sejalan dengan hasil kegiatan pemantauan Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) di Jawa Timur bahwa pada tahun 2011 rumah tangga yang ber PHBS sebesar 36,7%. Prosentase PHBS tersebut bila dibandingkan tahun 2010 sebesar 38,2% mengalami penurunan sebesar 1,5% (Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur, 2012).

Seluruh indikator variabel lingkungan eksternal memberikan peluang yang baik bagi Puskesmas di Jawa Timur saat ini dalam memberikan pelayanan rawat inap. Hasil perkalian bobot dan rating didapatkan hasil keseluruhan jumlah nilai terbobot total sebesar 2,890. Hal ini menunjukkan bahwa Puskesmas rawat inap di Jawa Timur berada pada posisi yang baik untuk lebih mengembangkan puskesmas rawat inap dengan memanfaatkan peluang yang ada.

Strategi Pengembangan Pelayanan Rawat Inap Puskesmas di Jawa Timur

Berdasarkan tabel 2 dan tabel 3 diketahui nilai terbobot total untuk IFAS sebesar 2,871, sedangkan skor nilai EFAS sebesar 2,890. Adapun posisi puskesmas rawat inap di Jawa Timur pada matriks Internal-Eksternal disajikan pada gambar 1.

Total Skor Faktor Strategis Internal (IFAS)

	4,00	Kuat	3,00	Sedang	2,00	Lemah	1,00	
Kuat	3,00	I Pertumbuhan Konsentrasi melalui Integrasi Vertikal	II Pertumbuhan Konsentrasi melalui Integrasi Horizontal	III Penciutan <i>Turn Around</i>	Total Skor Faktor Strategis Eksternal (EFAS)			
		IV Stabilitas Hati-Hati	● V Pertumbuhan Konsentrasi melalui Integrasi Horizontal Stabilitas , Hati-Hati	VI Pinciutan Divestasi				
		VII Pertumbuhan Diversifikasi Konsentrik	VIII Pertumbuhan Diversifikasi Konglomerat	IX Likuidasi Bangkrut atau Likuidasi				
Sedan	2,00							
Lemah	1,00							

Gambar 1

Matriks Internal-Eksternal Puskesmas Rawat Inap di Jawa Timur

Sumber: Hasil Analisis Data Penelitian (2013) dan David (2004)

Keterangan:

● : Posisi Strategi Pengembangan Puskesmas Rawat Inap di Jawa Timur

Gambar 1 memperlihatkan posisi strategis puskesmas rawat inap di Jawa Timur dalam mengembangkan pelayanan kesehatan rawat inap berbasis *service delivery system* adalah posisi *growth strategy* dengan konsentrasi melalui integrasi horizontal pada sel 5.

Rencana strategi pengembangan layanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur harus mangacu pada Rencana Pembangunan Jangka Menengah Daerah (RPJMD) Provinsi Jawa Timur 2009-2014 yang terkait dengan bidang kesehatan yaitu antara lain meliputi pelayanan kesehatan yang murah, terutama bagi masyarakat miskin, meningkatkan jumlah, jaringan, dan kualitas puskesmas, serta mengembangkan pengadaan, peningkatan dan perbaikan sarana, prasarana dan tenaga kesehatan, sedangkan menurut Hambrick dan Fredrickson (2001) dan Berry *et al.* (2002) perusahaan-perusahaan mencapai misi mereka melalui sasaran strategi operasional deferensiasi, kepemimpinan biaya, respon yang cepat, dan fleksibilitas. Ini berarti Kepala Puskesmas dan Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota di Jawa Timur sebagai manajer operasional harus dapat menerjemahkan konsep strategis ini untuk mengembangkan pelayanan rawat inap pada Puskesmas di Jawa Timur. Manajer operasional harus dapat mengembangkan jasa layanan rawat inap yang lebih baik atau paling tidak, berbeda dengan yang lain, lebih murah, lebih cepat tanggap dan lebih fleksibel berdasarkan nilai-nilai lokal masing-masing daerah.

Berkaitan dengan posisi *growth strategy* dengan konsentrasi integrasi horizontal maka *grand strategy* yang dapat diterapkan puskesmas rawat inap di Jawa Timur adalah meningkatkan varian pelayanan dan mutu pelayanan rawat inap berdasarkan *service delivery system*. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Dias (2012) yang menyarankan peningkatan mutu pelayanan kesehatan pada *public health services* disamping mengevaluasi dan memonitor kegiatan *public health services* serta penguatan lembaga

public health services itu sendiri. Perspektif tentang strategi peningkatan mutu pelayanan jasa kesehatan, juga disampaikan oleh Violeta *et al.* (2008), peningkatan kualitas jasa pelayanan kesehatan bisa diapresiasi oleh pasien sebagai pelanggan melalui peningkatan SDM, fasilitas, sarana dan prasarana, serta proses pelayanan.

Pada variabel *people*, alternatif strategi dapat ditempuh dengan meningkatkan kompetensi dokter dengan sertifikasi GELS (*General Emergency Life Support*)/ATLS (*Advance Trauma Life Support*), STR (Surat Tanda Registrasi) dan SIP (Surat Ijin Praktik). Kedua, meningkatkan kompetensi perawat dengan sertifikasi PPGD (Pelatihan Penanggulangan Gawat Darurat), STR dan SIP. Semakin banyak dokter dan perawat berkompeten yang bertugas puskesmas rawat inap akan berdampak semakin baik kualitas pelayanan rawat inap di Puskesmas. Ketiga, penambahan tenaga kerja bidang non medis melalui rekrutmen pola *outsourcing* sebagaimana yang disarankan oleh Sutiarni (2011). Hal ini dilakukan mengingat SDM bidang non medis jumlahnya terbatas sedangkan anggaran yang tersedia terbatas dan terjadi banyak perangkapan jabatan oleh tenaga medis seperti perawat dan bidan. Keempat, melakukan kerjasama dengan dokter praktik swasta untuk melakukan tugas sebagai dokter jaga serta dengan rumah sakit umum daerah untuk penyediaan dokter spesialis. Kelima, pelatihan teknis operasional bagi tenaga non medis sebagai upaya meningkatkan *skill* guna mendukung tugas-tugas manajerial dan administratif.

Alternatif strategi yang mendasarkan pada variabel *physical evidence* dapat dilakukan melalui kerjasama dengan pihak ketiga untuk pemeliharaan sarana dan prasarana pelayanan. Kedua, penambahan sarana dan penunjang medis sesuai dengan tuntutan kebutuhan masyarakat. Pemeliharaan dan penambahan peralatan medis merupakan hal yang prioritas dalam pengembangan pelayanan kesehatan rawat inap. Hal ini sesuai dengan temuan hasil penelitian Yeh (2010) bahwa berdasarkan

analisis *quality function deployment*, faktor pemeliharaan dan penambahan peralatan medis merupakan faktor primer yang harus dipenuhi dalam pelayanan kesehatan, sedangkan untuk alternatif strategi yang mendasarkan pada variabel proses antara lain: meningkatkan Puskesmas rawat inap dengan fasilitas PLUS (Penyedia Layanan Unggulan Spesialis) dengan adanya kunjungan dokter spesialis kandungan dan anak 2 kali seminggu. Kedua, Dinkes kabupaten/kota mendorong dan memfasilitasi seluruh Puskesmas rawat inap untuk mendapatkan sertifikasi ISO. Ketiga mengembangkan sistem informasi manajemen yang terintegrasi mengenai database pasien, keuangan, dan persediaan obat-obatan. Keempat, mengembangkan kepemimpinan puskesmas berbasis peningkatan mutu pelayanan dengan menggunakan model “lelang jabatan”. Kelima mendesain model evaluasi dan pengendalian mutu pelayanan rawat inap yang efektif. Keenam mengembangkan model pelayanan rawat inap *customization* berdasarkan kebutuhan masyarakat masing-masing wilayah. Selanjutnya dapat melakukan peningkatan kecepatan pelayanan rawat inap Puskesmas.

Dalam perspektif yang lebih luas strategi yang dirumuskan dalam penelitian ini yaitu strategi pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur berbasis *service delivery system* sangat sesuai dengan kondisi masyarakat Jawa Timur dan RPJMD Provinsi Jawa Timur 2009-2014. Menurut RPJMD Provinsi Jawa Timur 2009-2014, salah satu agenda pembangunan Provinsi Jawa Timur adalah meningkatkan aksesibilitas pelayanan kesehatan terutama masyarakat miskin. Hasil penelitian ini yang dilaksanakan pada empat kabupaten/kota di Jawa Timur menunjukkan bahwa pasien rawat inap Puskesmas di Jawa Timur sebanyak 45,37% berstatus pasien Jamkesmas/Jamkesda, Jampersal 12,04%, Askes 2,78%, dan pasien umum 39,81%. Ini mencerminkan bahwa sebagian besar pasien rawat inap Puskesmas di Jawa Timur berasal dari masyarakat miskin.

Masyarakat miskin harus memiliki aksesibilitas pelayanan kesehatan yang baik yaitu melalui pelayanan rawat inap Puskesmas yang memadai sebagaimana seperti pada salah satu strategi dasar Propinsi Jawa Timur yaitu *pro poor*.

Masyarakat miskin banyak mengalami kendala ketika harus mengakses pelayanan kesehatan rumah sakit yang jaraknya jauh dari tempat tinggalnya. Tidak jarang juga banyak masyarakat dari kalangan miskin untuk mengakses pelayanan kesehatan di rumah sakit terhambat oleh modal transportasi dari rumah tempat tinggalnya ke lokasi rumah sakit sangat jauh sehingga waktu yang diperlukan untuk mencapai ke rumah sakit sangat menyita waktu yang mestinya dapat digunakan untuk kegiatan yang lain. Kondisi ini sesuai dengan hasil penelitian Adetunji (2013) yang menemukan bahwa pendapatan penduduk, jarak rumah ke rumah sakit, ketersediaan modal transportasi dan waktu perjalanan ke rumah sakit mempunyai kontribusi yang signifikan terhadap daya aksesibilitas masyarakat pada pelayanan kesehatan. Lebih lanjut Adetunji (2013) menyarankan kualitas sumberdaya medis dan non medis tenaga kesehatan harus ditingkatkan, beberapa fasilitas organisasi pelayanan kesehatan harus dilengkapi serta memperluas aksesibilitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan perluasan pelayanan organisasi kesehatan. Strategi pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur berbasis *service delivery system* dirumuskan dengan harapan akan menjadi landasan operasional untuk mengelaborasi strategi dasar provinsi Jawa Timur terutama *pro poor, pro growth* dan *pro environment*.

Dengan model strategi pengembangan pelayanan rawat inap berbasis *service delivery system* tidak hanya menarget peningkatan kuantitas pelayanan kesehatan tetapi juga peningkatan mutu serta mempertimbangkan aspek deferensiasi, efisiensi, fleksibilitas dan kecepatan pelayanan rawat inap Puskesmas.

SIMPULAN, SARAN, DAN KETERBATASAN

Simpulan

Pada sisi faktor internal ada 4 indikator yang teridentifikasi sebagai kelemahan yaitu kuantitas SDM bidang non medis, kualitas SDM bidang non medis, dan kualifikasi SDM bidang non medis pada variabel SDM, serta anggaran pendapatan dan belanja puskesmas pada variabel *process*, sedangkan 16 indikator yang lain teridentifikasi sebagai kekuatan untuk mengembangkan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur. Keenambelas indikator yang merupakan kekuatan tersebut terdistribusi pada variabel SDM ada 4 indikator, *physical evidence* ada 4 indikator dan *process* ada 8 indikator.

Hasil analisis lingkungan eksternal terhadap pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur menunjukkan bahwa semua indikator dari variabel ekonomi, hukum, sosial budaya dan teknologi merupakan peluang dalam pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Namun demikian indikator perilaku masyarakat terhadap lingkungan dan anggaran kesehatan pemerintah daerah perlu mendapatkan perhatian supaya kedepannya tidak menjadi ancaman bagi pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur.

Strategi pertumbuhan dengan konsentrasi integrasi horizontal yang dapat dikembangkan adalah meningkatkan varian dan mutu pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur. Analisis Matriks SWOT dapat menghasilkan alternatif strategi SO dan WO untuk mengembangkan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur dengan mendasarkan sasaran strategi operasional peningkatan mutu, deferensiasi, biaya rendah dan fleksibilitas yang berbasis *service delivery system*.

Saran

Kelemahan yang masih ada dalam pengembangan pelayanan rawat inap puskesmas di Jawa Timur seperti indikator kuantitas, kualitas dan kualifikasi SDM

bidang non medis serta anggaran pendapatan dan belanja puskesmas perlu mendapat perhatian dan segera ditindaklanjuti oleh manajemen puskesmas, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dan Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. Hal tersebut dapat melalui perencanaan perekrutan, penempatan, dan pelatihan pegawai yang diperlukan sesuai dengan peruntukan. Atau dapat pula melalui pemberian kewenangan kepada puskesmas untuk melakukan perencanaan rekrutmen pegawai non medis di tingkat puskesmas dengan pola *outsourcing* yang disesuaikan dengan anggaran pendapatan dan belanja puskesmas serta skala prioritas.

Perlu adanya pemetaan dan analisis kebutuhan (*need analysis*) kesehatan masyarakat pada masing-masing daerah di wilayah Jawa Timur sehingga desain pelayanan rawat puskesmas benar-benar *customized* dan dapat menyesuaikan dengan kondisi lokal dan budaya masyarakat setempat. Pemeliharaan dan peningkatan mutu pelayanan rawat inap Puskesmas menjadi keniscayaan dan keharusan sehingga diperlukan model pengembangan mutu yang sesuai. Salah satu upaya untuk hal tersebut adalah mendorong seluruh Puskesmas rawat inap di Jawa Timur untuk mendapatkan sertifikasi ISO.

Keterbatasan

Penelitian ini memiliki keterbatasan yaitu dalam penggalian faktor internal dan eksternal bersifat deduktif. Sebagai dasar penentuan variabel faktor internal dan eksternal dalam penelitian ini lebih banyak berdasarkan teoritis, belum banyak menggali secara mendalam faktor-faktor internal dan eksternal dalam pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur dari kacamata responden atau informan penelitian. Sangat mungkin banyak variabel-variabel baik pada faktor internal maupun faktor eksternal di luar penelitian ini yang layak dipertimbangkan dalam pengembangan pelayanan rawat inap Puskesmas di Jawa Timur. Seperti variabel perilaku pesaing Puskesmas rawat inap

yang dalam kehidupan sehari-hari bisa dicontohkan seperti klinik-klinik kesehatan yang dikelola swasta, bisa dielaborasi dalam faktor eksternal untuk penelitian yang akan datang.

DAFTAR PUSTAKA

- Adetunji, M. A. 2013. Spatial Distribution, Pattern and Accessibility of Urban Population to Health Facilities in Southwestern Nigeria: The Case Study of Ilesa. *Mediterranean Journal of Social Sciences* 4(2): 425-436.
- Andaleeb, S. S. 2000. Public and Private Hospital in Bangladesh: Service Quality and Predictors of Hospital Choice, *Health Policy and Planning* 15(1): 95-102.
- Al-Hawary, S. I. S. 2012. Health Care Services Quality at Private Hospitals, from Patients' Perspective: A Comparative Study between Jordan and Saudi Arabia. *African Journal of Business Management*, 6(22): 6516-6529.
- Aschner, G. S. (1999) Meeting Customers' Requirements and What Can be Expected. *The TQM Magazine*, 11(6):450-455.
- Baltussen, R. M., Y. Ye, S. Haddad, dan R. S. Sauerborn. 2002. Perceived Quality of Care of Primary Health Care Services in Burkina Faso. *Health Policy Plan* 17: 42-48.
- Berry, L. L., L. P. Carbone, dan S. H. Haeckel. 2002. Managing Total Customer Experience. *MIT Sloan Management Review* (Musim Semi): 85-90.
- Best, R. 2000. *Market Based Management. Strategies for Growing, Customer Value and Profitability*. Prentice Hall. New Jersey
- Boller, C., K. Wyss, D. Mtasiwa, dan M. Tanner. 2003. Quality and Comparison of Antenatal Care in Public and Private Providers in the United Republic of Tanzania. *Bulletin of the World Health Organization* 81(2): 116-122.
- Chudi I. P. 2010. Healthcare Problems in Developing Countries. *Medical Practice and Review* 1(1): 9-11.
- David, F. R. 2004. *Manajemen Strategis*. Edisi ke-tujuh. PT Prenhallindo. Jakarta.
- Departemen Kesehatan R.I. 2003. Keputusan Menteri Kesehatan R.I. Nomor 1457/Menkes/SK/X/2003. Standar Pelayanan Minimal Bidang Kesehatan di Kabupaten/Kota. Jakarta.
- Dias, C. 2012. The Future of Public Health Services in Europe: Strategic Intersection with Healthcare Services. *International Journal of Healthcare Management* 5(2): 69-73.
- Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur. 2012. Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2011. Surabaya.
- Duong, D. V., C. W. Binns, A. H. Lee, dan D. B. Hipgrave. 2004. Measuring Client-Perceived Quality of Maternity Services in Rural Vietnam. *International Journal of Quality Health Care* 6: 447-457.
- Goncalves, K. P. 1998. *Service Marketing a Strategy Approach*. Prentice Hall. New Jersey.
- Gudmundson dan Cristine. 2002. *Internal Marketing: A Way of Improving Service Quality*. Ostersund. Sweden
- Hambrick, D. C. dan J. W. Fredrickson. 2001. Are You Sure You Have a Strategy? *Academy of Management Executive* 15(4): 48-59.
- Handayani, L., N. A. Ma'ruf, dan E. Sopacua. 2010. Peran Tenaga Kesehatan Sebagai Pelaksana Pelayanan Kesehatan Puskesmas. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan* 13(1): 12-20.
- Haryanto, A. T. dan J. Suranto. 2012. Pelayanan Kesehatan (Studi Rawat Inap di Puskesmas Baturetno Kabupaten Wonogiri). *Transformasi* 14(22):1-10.
- Heskett, J. L., W. E. Sasser dan L. A. Schlesinger. 1997. *The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction, and Value*. The Free Press, Simon & Schuster. New York.
- Hojabri, R., M. Manafi, F. Eftekhar, H. Ghassemzadeh, M. Sharifi, dan M. Kaliannan. 2013. Effective Methods for Health Care Organizations: An Evalua-

- tion of Excellence Models. *African Journal of Business Management* 7(27): 2665-2675.
- Hutton, J. D dan L. Richardson. 1995. Healthscapes: The Role of Facility and Physical Environment on Consumer Attitudes, Satisfaction, Quality assessments, and Behaviors. *Health Care Management Review*, 20:48-60.
- Kristiani, Y. R., T. Kuntjoro, dan A. Utarini. 2006. Pengembangan Desain Mutu Pelayanan Rawat Inap Puskesmas Karanganyar Kebumen Menggunakan Quality Function Deployment. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan* 9(4): 209-214.
- Lamb, C. W, J. F.Hair dan C. M. Daniel. 2002. *Marketing*. South Western College Publishing. United States of America.
- Lim, C. P., K. Nielson dan H. Tang. 2000. A Study of Patients Expectation and Satisfaction in Singapore Hospital International. *Journal of Health Care Quality Assurance* 13(7): 290-299.
- Lovelock, C. dan L. Wright. 2002. *Principles of Service Marketing and Management*. Prentice Hall Internasional. Inc. USA.
- Nguyen, N. dan G. Leblanc. 2002. Contact Personnel, Physical Environment and Perceived Corporate Image of Intangible Services by New Clients. *International Journal of Service Industry Management* 13: 242-262.
- Pan, X., H. H. Dib, X. Wang dan H. Zhang. 2006. Service Utilization in Community Health Centers in China: A Comparison Analysis with Local Hospitals. *BMC Health Services Research* 6(93): 1-8.
- Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan R.I. 2012. Data Dasar Puskesmas Kondisi Desember 2011. Jakarta.
- Rangkuti, F. 2001. *Analisis SWOT Teknik Membedah Kasus Bisnis*. Cetakan kedelapan. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Sabarguna, B. 2004. *Pemasaran Rumah Sakit*. Konsorsium RSI. Yogyakarta
- Setiawan, O. 2011. *Mengkritisi Pengembangan Puskesmas Rawat Inap*. Media Online Bhirawa.
- Shamdasani, P. N. dan A. Balakrishnan. 2000. Determinants of Relationship Quality and Loyalty in Personalized Services. *Asia Pacific Journal of the User Perspective*. *Vikalpa* 36(1): 51-60.
- Snook, I. D. 1992. *Hospitals, What They Are and How They Work*. An Aspen Publishers. Gaithersburg, Maryland.
- Stokes, P. 2007. Implementating Decentralization in Health: Sharing Experiences and Ways Forward. Where are we now? Publikasi. <http://whoindonesia.healthrepository.org/handle/123456789/631>. Diakses tanggal 29 September 2013.
- Sutiarini, N. K. 2011. Analisis SWOT Untuk Rencana Strategik Pengembangan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) Puskesmas di Kabupaten Gianyar. Tesis. Program Pasca Sarjana Universitas Udayana. Denpasar.
- Tomar, A. dan A. Dhiman. 2013. Exploring the Role of HRM in Service Delivery in Healthcare Organizations: A Study of an Indian Hospital. *Vikalpa* 38(2): 21-39.
- Trisnantoro, L. 2004. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Gadjah Mada University Press. Yogyakarta.
- Violeta, R., C. Iuliana, B. A. Mihaela. 2008. Improving Quality Strategies in The Health Services Marketing. *Annals of the University of Oradea, Economic Science Series* 17(4): 1159-1163
- Wheeler, P. dan T. Proctor. 1993. Strategy Analysis in Health Service. *Journal of Marketing Management* 9: 287-300.
- Widiastuti, Y. 2010. Sistem Penyampaian Jasa Dan Citra Rumah di Surabaya Barat. *Jurnal Manajemen* 6(1):1-13.
- Yeh, T. 2010. Determining Medical Service Improvement Priority by Integrating The Refined Kano Model, Quality Function Deployment and Fuzzy Integrals. *African Journal of Business Management* 4(12): 2534-2545.

Zeithaml, V. A. and M. J. Bitner. 2000.
Service Marketing. Mc Graw-Hill
Companies Inc. Singapore.