

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)**

##### **2.1.1 Pengertian Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)**

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah “sistem yang diterapkan oleh unit pelaksanaan teknis dinas/badan daerah dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai fleksibilitas dalam pengelolaan keuangan sebagai pengecualian dalam ketentuan pengelolaan keuangan daerah pada umumnya. Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, yang selanjutnya disebut PPK-BLUD, adalah pola pengelolaan keuangan yang memberikan fleksibilitas berupa keleluasaan untuk menerapkan praktek-praktek bisnis yang sehat untuk meningkatkan kualitas pelayanan kepada masyarakat dalam rangka memajukan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan” bangsa.

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah, “yang dimaksud dengan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) adalah Satuan Kerja Perangkat Daerah di lingkungan pemerintah daerah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa yang dijual dengan tidak mengutamakan

mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas.”

### **2.1.2 Manfaat Badan Layanan Umum Daerah (BLUD)**

Menurut Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 79 Tahun 2018 tentang Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) mempunyai manfaat sebagai berikut:

1. Untuk meningkatkan layanan umum untuk meningkatkan kesejahteraan umum dan mencerdaskan kehidupan masyarakat dengan memperhatikan prinsip keadilan, kepatutan, dan keuntungan sejalan dengan praktik bisnis yang sehat, untuk membantu pencapaian tujuan pemerintah daerah, yang pengelolaannya dilakukan berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh kepala daerah.
2. Untuk memberikan layanan umum secara lebih efektif, efisien, ekonomis, transparan, dan bertanggungjawab dengan memperhatikan prinsip keadilan, kepatutan, dan keuntungan.

### **2.1.3 Karakteristik Badan Layanan Umum Daerah**

Dalam artikel yang berjudul Rumah Sakit pemerintah daerah sebagai Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) dalam santi (2009), menyatakan bahwa karakteristik BLU adalah:

1. Berfungsi sebagai entitas pemerintah yang integral dengan kekayaan Negara;
2. Memproduksi barang atau jasa yang diperlukan oleh masyarakat;

3. Tidak memiliki tujuan untuk mencari keuntungan finansial;
4. Dielola secara mandiri dengan prinsip efisiensi dan produktivitas;
5. Rencana kerja, anggaran, dan pertanggungjawaban dikonsolidasikan di tingkat instansi induk;
6. Penerimaan, baik dari pendapatan maupun sumbangan, dapat digunakan secara langsung;
7. Kepegawaian dapat terdiri dari Pegawai Negeri Sipil (PNS) dan non-PNS.

## **2.2 Rumah Sakit**

### **2.2.1 Pengertian Rumah Sakit**

Rumah sakit, sebagai sarana kesehatan, dapat dioperasikan oleh pemerintah dan/atau masyarakat, menurut Departemen Kesehatan RI. Rumah sakit adalah pusat pelayanan yang menyediakan layanan medis dasar dan spesialis, layanan penunjang medis, serta layanan perawatan seperti rawat jalan, rawat inap, dan layanan instalasi.

Rumah sakit didefinisikan oleh Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit sebagai institusi kesehatan yang memberikan layanan kesehatan lengkap kepada individu, seperti rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit umum daerah adalah salah satu badan pemerintahan daerah di sektor publik yang berfokus pada layanan kesehatan dan menjalankan kegiatan usaha dengan tujuan sosial dan ekonomi dengan mengutamakan penyediaan layanan kesehatan terbaik bagi masyarakat. Sebagai entitas pemerintah, rumah sakit umum daerah bertanggung jawab kepada pemerintah daerah

dan masyarakat sebagai penerima layanan, baik dalam hal keuangan maupun non-keuangan.

### **2.2.2 Manfaat Rumah Sakit**

Berdasarkan UU Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, rumah sakit mempunyai fungsi sebagai:

- 1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- 2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan paripurna.
- 3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- 4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penafsiran teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

## **2.3 Kinerja Keuangan**

### **2.3.1 Pengertian Kinerja Keuangan**

Kinerja keuangan mencerminkan kondisi keuangan suatu perusahaan pada periode tertentu, mencakup aspek penghimpunan dan penyaluran dana. Parameter yang umumnya digunakan untuk mengukur kinerja keuangan termasuk kecukupan modal, likuiditas, dan profitabilitas, seperti dijelaskan oleh Jumingan (2006:29). “Kinerja keuangan perusahaan mencerminkan pencapaian prestasi perusahaan

dalam periode tertentu, yang mencerminkan tingkat kesehatan perusahaan tersebut,” sebagaimana diutarakan oleh Sutrisno (2009:5).

Analisis kinerja keuangan dilakukan untuk mengevaluasi sejauh mana perusahaan telah mematuhi aturan-aturan pelaksanaan keuangan dengan benar. Kinerja perusahaan mencerminkan kondisi keuangan dengan menggunakan alat analisis keuangan, yang membantu menilai baik buruknya keadaan keuangan perusahaan dalam suatu periode. Tujuan analisis kinerja keuangan ini adalah “agar sumber daya perusahaan dapat digunakan secara optimal, terutama dalam menghadapi perubahan lingkungan,” sebagaimana dijelaskan oleh Fahmi (2011:2).

### **2.3.2 Analisis Kinerja Keuangan**

Analisis kinerja keuangan merupakan “evaluasi suatu organisasi, bertujuan untuk menilai apakah organisasi tersebut dalam kondisi yang baik atau tidak. Salah satu metode evaluasi yang digunakan adalah analisis rasio,” sebagaimana dijelaskan oleh Yasin & Fisabilillah (2021:145).

Menurut Sujarweni (2019:7), analisis kinerja keuangan merupakan “suatu tinjauan terhadap keadaan keuangan perusahaan, melibatkan evaluasi pencapaian keberhasilan perusahaan pada masa lalu, saat ini, dan proyeksi untuk masa mendatang. Hasil analisis laporan keuangan ini menjadi dasar pengambilan keputusan oleh para pemangku kepentingan.” Rasio keuangan, seperti Rasio Likuiditas, Rasio Rentabilitas, Rasio Aktivitas, dan Rasio Solvabilitas, digunakan sebagai alat untuk mengukur kinerja keuangan, sesuai dengan penjelasan Purwanti dan Noviyanti (2021:2).

Penggunaan rasio keuangan sebagai metode analisis laporan keuangan dijelaskan oleh Awani dan Hariani (2021:97). Rasio keuangan diperoleh dari perbandingan antara satu pos dengan pos lainnya dalam laporan keuangan.

Penilaian kinerja keuangan Badan Layanan Umum (BLU) dalam bidang layanan kesehatan, sesuai dengan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016, melibatkan analisis data laporan keuangan BLU dan evaluasi terhadap kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan yang mengatur pengelolaan keuangan BLU. Penilaian ini dapat menggunakan beberapa rasio yang diatur dalam peraturan tersebut.

1. Rasio Kas (*Cash Ratio*), digunakan untuk melihat perbandingan antara kas dan setara kas dengan kewajiban jangka pendek.

Rumus:

$$\text{Cash Ratio} = \frac{\text{Kas dan Setara Kas}}{\text{Kewajiban Jangka Pendek}} \times 100\%$$

**Tabel 2.1**  
**Skor Rasio Kas**

Rasio Kas (%) (RK)	Skor
RK > 480	0,25
420 < RK ≤ 480	0,5
360 < RK ≤ 420	1
300 < RK ≤ 360	1,5
240 < RK ≤ 300	2
180 < RK ≤ 240	1,5
120 < RK ≤ 180	1
60 < RK ≤ 120	0,5
0 < RK ≤ 60	0,25
RK = 0	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

2. Rasio Lancar (*Current Ratio*), digunakan untuk melihat perbandingan antara aset lancar dengan kewajiban jangka pendek.

Rumus:

$$Current\ Ratio = \frac{Aset\ Lancar}{Kewajiban\ Jangka\ Pendek} \times 100\%$$

**Tabel 2.2**  
**Skor Rasio Lancar**

Rasio Lancar %) (RL)	Skor
RL > 600	2,5
480 < RL ≤ 600	2
360 < RL ≤ 480	1,5
240 < RL ≤ 360	1
120 < RL ≤ 240	0,5
0 < RL ≤ 120	0,25
RL = 0	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

3. Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*), digunakan untuk melihat perbandingan antara piutang usaha dengan pendapatan usaha dalam satu tahun.

Rumus:

$$Collection\ Period = \frac{Piutang\ Usaha \times 360}{Pendapatan\ Usaha} \times 1\ Hari$$

**Tabel 2.3**  
**Skor Periode Penagihan Piutang**

Periode Penagihan Piutang (Hari) (PPP)	Skor
PPP < 30	2
30 ≤ PPP < 40	1,5
40 ≤ PPP < 60	1
60 ≤ PPP < 80	0,5
80 ≤ PPP < 100	0,25
PPP ≥ 100	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

4. Perputaran Aset Tetap (*Fixed Asset Turnover*), digunakan untuk melihat perbandingan antara pendapatan operasional dengan aset tetap.

Rumus:

$$\text{Fixed Asset Turnover} = \frac{\text{Pendapatan Operasional}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$$

**Tabel 2.4**  
**Skor Rasio Perputaran Aset Tetap**

Perputaran Aset Tetap (%) (PAT)	Skor
PAT > 20	2
15 < PAT ≤ 20	1,5
10 < PAT ≤ 15	1
5 < PAT ≤ 10	0,5
0 < PAT ≤ 5	0,25
PAT = 0	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

5. Imbalan atas Aset Tetap (*Return on Fixed Asset*), digunakan untuk melihat perbandingan antara surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, tidak termasuk pendapatan investasi yang bersumber dari APBN, ditambah biaya penyusutan, dengan nilai perolehan aset tetap tidak termasuk konstruksi dalam pengerjaan.

Rumus:

$$\text{ROA} = \frac{\text{Surplus atau Defisit Sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Aset Tetap}} \times 100\%$$

**Tabel 2.5**  
**Skor Rasio Imbalan Atas Aset Tetap**

Return On Fixed Asset (%) (ROFA)	Skor
ROFA > 6	2
5 < ROFA ≤ 6	1,7
4 < ROFA ≤ 5	1,4
3 < ROFA ≤ 4	1,1
2 < ROFA ≤ 3	0,8
1 < ROFA ≤ 2	0,5
0 ≤ ROFA ≤ 1	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER- 36/PB/2016



6. Imbalan Ekuitas (*Return On Equity*), digunakan untuk melihat perbandingan antara surplus/defisit sebelum pos keuntungan/kerugian, tidak termasuk pendapatan investasi yang bersumber dari APBN, ditambah biaya penyusutan, dengan ekuitas setelah dikurangi surplus/defisit tahun berjalan.

Rumus:

$$ROE = \frac{\text{Surplus atau Defisit Sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}}{\text{Ekuitas} - \text{Surplus atau Defisit Sebelum Pos Keuntungan atau Kerugian}} \times 100\%$$

**Tabel 2.6**  
**Skor Rasio Imbalan Ekuitas**

<i>Return On Equity (%) (ROE)</i>	Skor
ROE > 8	2
7 < ROE ≤ 8	1,8
6 < ROE ≤ 7	1,6
5 < ROE ≤ 6	1,4
4 < ROE ≤ 5	1,2
3 < ROE ≤ 4	1
2 < ROE ≤ 3	0,8
1 < ROE ≤ 2	0,6
0 < ROE ≤ 1	0,4
ROE = 0	0

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

7. Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*), digunakan untuk melihat perbandingan antara jumlah total persediaan dengan pendapatan usaha.

Rumus:

$$\text{Inventory Turnover} = \frac{\text{Total Persediaan} \times 365}{\text{Pendapatan BLU}} \times 1 \text{ Hari}$$

**Tabel 2.7**  
**Skor Rasio Perputaran Persediaan**

Perputaran Persediaan (Hari) (PP)	Skor
PP > 35	2
30 < PP ≤ 35	1,75
25 < PP ≤ 30	1,5
20 < PP ≤ 25	1,25
15 < PP ≤ 20	1
10 < PP ≤ 15	0,75
5 < PP ≤ 10	0,5
1 < PP ≤ 5	0,25
0 ≤ PP ≤ 1	0

Sumber: *Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016*

8. Rasio Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap Biaya Operasional, yang digunakan untuk melihat perbandingan antara penerimaan PNBP dengan biaya operasional.

Rumus:

$$PNBP \text{ terhadap } B. \text{ Operasional} = \frac{\text{Pendapatan PNBP}}{\text{Biaya Operasional}} \times 100\%$$

**Tabel 2.8**  
**Skor Rasio Pendapatan PNBP terhadap Biaya Operasional**

Rasio PNBP terhadap Biaya Operasional (%) (PB)	Skor
PB > 65	2,5
57 < PB ≤ 65	2,25
50 < PB ≤ 57	2
42 < PB ≤ 50	1,75
35 < PB ≤ 42	1,5
28 < PB ≤ 35	1,25
20 < PB ≤ 28	1
12 < PB ≤ 20	0,75
4 < PB ≤ 12	0,5
0 ≤ PB ≤ 4	0

Sumber: *Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016*

9. Rasio Subsidi Biaya Pasien, digunakan untuk melihat perbandingan antara jumlah subsidi biaya pasien dengan pendapatan BLU.

Rumus:

$$\text{Rasio biaya Subsidi} = \frac{\text{Jumlah Subsidi Biaya Pasien}}{\text{Pendapatan BLU}} \times 100\%$$

**Tabel 2.9**  
**Skor Rasio Subsidi Biaya Pasien**

Rasio Subsidi Biaya Pasien (%) (SBP)	Skor
$SBP \leq 1$	0
$1 < SBP \leq 3$	0,5
$3 < SBP \leq 5$	1
$5 < SBP \leq 10$	1,5
$10 < SBP \leq 15$	2
$15 < SBP \leq 18$	1,5
$18 < SBP \leq 20$	1
$SBP > 20$	0,5

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

Hasil penilaian kinerja BLUD di tentukan berdasarkan TS yang diperoleh BLUD. Hasil penilaian kinerja BLUD berdasarkan Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 dikelompokkan dalam kriteria BAIK, SEDANG, dan BURUK. Untuk lebih jelasnya terdapat pada tabel di bawah ini:

**Tabel 2.10**  
**Kriteria/Standar Penilaian Kinerja Keuangan Rumah Sakit BLU**

KRITERIA	KATEGORI	SKOR
<b>BAIK</b>	AAA	$TS > 95$
	AA	$80 < TS \leq 95$
	A	$68 < TS \leq 80$
<b>SEDANG</b>	BBB	$56 < TS \leq 68$
	BB	$45 < TS \leq 56$
	B	$35 < TS \leq 45$
<b>BURUK</b>	CC	$15 < TS \leq 35$
	C	$TS \leq 50\%$

Sumber: Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016

### **2.3.3 Manfaat Kinerja Keuangan**

Menurut Munawir (2012:31) menyatakan bahwa manfaat dari pengukuran kinerja keuangan perusahaan adalah sebagai berikut :

#### **1. Mengetahui tingkat likuiditas.**

Likuiditas menunjukkan kemampuan suatu perusahaan untuk memenuhi kewajiban keuangan yang harus segera diselesaikan pada saat ditagih.

#### **2. Mengetahui tingkat solvabilitas.**

Solvabilitas menunjukkan kemampuan perusahaan untuk memenuhi kewajiban keuangannya apabila perusahaan tersebut dilikuidasi, baik keuangan jangka pendek maupun jangka panjang. Menurut Sawir (2008:13) debt ratio merupakan rasio yang memperlihatkan proporsi antara kewajiban yang dimiliki dan seluruh kekayaan yang dimiliki.

#### **3. Mengetahui tingkat rentabilitas.**

Rentabilitas atau yang sering disebut profitabilitas menunjukkan kemampuan perusahaan untuk menghasilkan laba selama periode tertentu.

#### **4. Mengetahui tingkat stabilitas.**

Stabilitas menunjukkan kemampuan perusahaan untuk melakukan usahanya dengan stabil, yang diukur dengan mempertimbangkan kemampuan perusahaan untuk membayar hutang-hutangnya serta membayar beban bunga atas hutang-hutangnya tepat pada waktunya.

## **2.4 Kinerja Pelayanan**

### **2.4.1 Pengertian Kinerja Pelayanan**

Kinerja merujuk pada gambaran pencapaian tingkat pelaksanaan suatu kegiatan atau program, terkait dengan kebijaksanaan dalam mencapai sasaran, tujuan, visi, dan misi organisasi yang tercantum dalam skema strategis suatu organisasi (Bastian, 2011). Kinerja, dalam konteks umum, mencerminkan prestasi yang dapat dicapai oleh organisasi dalam periode tertentu. Evaluasi keberhasilan atau kegagalan suatu organisasi memerlukan pengukuran seluruh aktivitas organisasi. Bastian (2011) juga mengemukakan bahwa pengukuran atau penilaian kinerja merupakan alat manajemen yang dapat meningkatkan kualitas pengambilan keputusan dan akuntabilitas. Kinerja sektor publik bersifat multidimensional, sehingga tidak dapat diukur dengan indikator tunggal untuk mencapai penilaian yang komprehensif (Julia, 2016:3).

Pengertian kinerja sektor publik memiliki tiga tujuan utama, yaitu: a) membantu meningkatkan kinerja pemerintah dengan meningkatkan efisiensi dan efektivitas organisasi sektor publik dalam memberikan pelayanan publik; b) memberikan dukungan untuk pengalokasian sumber daya dan pengambilan keputusan; dan c) menciptakan pertanggungjawaban publik serta meningkatkan komunikasi lembaga. Pengukuran kinerja di sektor publik menjadi penting untuk menilai akuntabilitas organisasi dan manajemen dalam memberikan pelayanan publik yang lebih baik. Akuntabilitas tidak hanya sebatas kemampuan untuk menunjukkan penggunaan uang publik secara ekonomis, efektif, dan efisien (Julia, 2016:4).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 209/Menkes/SK//2011 tanggal 31 Januari 2011, yang mengubah Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 550/Menkes/SK/VII/2009 tanggal 15 Juli 2009, tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis Anggaran Badan Layanan Umum Rumah Sakit Umum, kinerja diukur untuk mengevaluasi tingkat pencapaian hasil pengelolaan rumah sakit BLU, meliputi kinerja keuangan, kinerja pelayanan, dan kinerja mutu pelayanan serta manfaat bagi masyarakat.

#### **2.4.2 Indikator Kinerja Pelayanan Rumah Sakit**

Penilaian kinerja di rumah sakit, seperti yang ditetapkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik tahun 2005 yang masih berlaku hingga kini, dan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1164/MENKES/SK/X/2007 mengenai Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Badan Layanan Umum, memegang peranan penting. Penggunaan indikator ini bertujuan utama untuk mengukur taraf kualitas pelayanan, yang memiliki dampak signifikan terutama dalam peningkatan mutu layanan dan perbaikan kinerja keuangan rumah sakit. Kinerja pelayanan rumah sakit, khususnya rumah sakit pemerintah, merujuk pada pencapaian kerja atau hasil pelaksanaan tugas di rumah sakit pemerintah (Irawan 2021:44).

Sejumlah indikator kinerja pelayanan rumah sakit, sebagaimana dijabarkan dalam Petunjuk Teknik Sistem Informasi Rumah Sakit Kementerian Kesehatan (2011), mencakup:

- a. Tingkat Pemanfaatan Tempat Tidur (Bad Occupancy Rate/BOR) berfungsi sebagai indikator untuk menggambarkan sejauh mana tempat tidur telah dimanfaatkan. Sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011, Bad Occupancy Rate (BOR) didefinisikan sebagai persentase penggunaan tempat tidur selama periode waktu tertentu. Standar atau nilai ideal dari parameter BOR adalah berkisar antara 60-85%.

Rumus:

$$BOR = \frac{\text{Jumlah hari perawatan di RS}}{\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Jumlah hari dalam 1 periode}} \times 100\%$$

- b. Rata-rata Lama Perawatan (Average Length of Stay/ALOS) berfungsi sebagai indikator untuk mencerminkan tingkat efisiensi dan kualitas pelayanan. Sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011, Average Length of Stay (ALOS) didefinisikan sebagai lama rata-rata rawat inap yang diterima oleh seorang pasien. Secara umum, nilai ALOS yang dianggap ideal berkisar antara 3-9 hari.

Rumus:

$$ALOS = \frac{\text{Jumlah Lama Dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}$$

- c. Tingkat Pemakaian Tempat Tidur (Bed Turn Over/BTO) berfungsi sebagai indikator untuk menggambarkan seberapa sering tempat tidur digunakan dalam suatu periode waktu tertentu. Secara umum, idealnya, satu tempat tidur diharapkan dipakai sebanyak 40-50 kali dalam satu tahun.

Rumus:

$$BTO = \frac{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}{\text{Jumlah Tempat Tidur}}$$

- d. Interval Pergantian Tempat Tidur (Turn Over Interval/TOI) berperan dalam memberikan gambaran efisiensi penggunaan tempat tidur. Sesuai dengan Standar Kesehatan, periode ideal untuk TOI adalah 1-3 hari. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011, TOI diukur sebagai rata-rata hari antara saat tempat tidur tidak ditempati (kosong) hingga terisi kembali. Keadaan idealnya adalah tempat tidur tidak terisi selama 1-3 hari.

Rumus:

$$TOI = \frac{(\text{Jumlah Tempat Tidur} \times \text{Periode}) - \text{Hari Perawatan}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}}$$

- d. Tingkat Kematian Netto (Net Death Rate/NDR) digunakan untuk memberikan gambaran angka kematian bersih, yang merupakan jumlah kematian dalam 48 jam setelah perawatan untuk setiap 1000 pasien yang keluar. Menurut Peraturan Kementerian Kesehatan Nomor 1171 Tahun 2011, NDR diukur sebagai angka kematian 48 jam setelah pasien keluar,



dihitung per 1000 pasien yang keluar. Indikator ini memberikan gambaran mengenai mutu pelayanan di rumah sakit, dan standar atau angka NDR yang diinginkan adalah kurang dari 25 per 10000.

Rumus:

$$NDR = \frac{\text{Jumlah Pasien Mati} > 48 \text{ Jam dirawat}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}} \times 1000\%$$

e. *Gross Date Rate* (GDR), digunakan untuk memberikan gambaran angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Berdasarkan Permenkes Nomor 1171 Tahun 2011, GDR adalah angka kematian umum untuk setiap 1000 penderita keluar. Standar atau idealnya angka GDR adalah < 45/1000.

Rumus:

$$GDR = \frac{\text{Jumlah Meninggal Seluruhnya}}{\text{Jumlah Pasien Keluar (Hidup + Mati)}} \times 1000\%$$

**Tabel 2.11**  
**Kriteria/Standar Penilaian Kinerja Pelayanan Rumah Sakit BLU**

No	Indikator Pelayanan	Standar Depkes RI Tahun 2005	Kriteria
1	BOR	60 - 85%	<b>Ideal</b>
2	ALOS	6 - 9 Hari	<b>Ideal</b>
3	BTO	40 - 50 Kali	<b>Ideal</b>
4	TOI	1 - 3 Hari	<b>Ideal</b>
5	NDR	Kurang dari 25/1.000 penderita keluar (2,5/100 penderita keluar)	<b>Ideal</b>
6	GDR	Tidak lebih dari 45/1.000 penderita keluar (4,5/100 penderita keluar)	<b>Ideal</b>

Sumber: *Direktur Jenderal Bina Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 2005.*

## 2.5 Penelitian Terdahulu

Penelitian sebelumnya berperan sebagai pendukung dan acuan dalam menjalankan penelitian, memungkinkan peneliti untuk memperkaya kerangka teoritis yang digunakan untuk menyelidiki topik penelitian. Melalui tinjauan literatur, peneliti telah merujuk beberapa penelitian sebelumnya sebagai referensi, memperkaya landasan teoretis yang melandasi penelitian ini. Berikut adalah penelitian terdahulu yang memiliki relevansi dengan penelitian yang sedang dilakukan oleh peneliti.

**Tabel 2.12**  
**Penelitian Terdahulu**

<b>No</b>	<b>Nama dan Tahun</b>	<b>Judul Penelitian</b>	<b>Metode Penelitian</b>	<b>Hasil Penelitian</b>
1	Ni Made Diah Agung Padma Dewi (2014)	“Penilaian Kinerja Berdasarkan Keuangan dan Non Keuangan Rumah Sakit Umum Daerah Wangaya”	Deskriptif Kualitatif.	“Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja dari aspek finansial diperoleh pengukuran kinerja efektif di RSUD Wangaya. Dari pengakuan menunjukkan hasil yang tidak ekonomis di RSUD Wangaya. Penilaian dari aspek pelanggan menunjukkan kepuasan pelanggan hasilnya baik di RSUD Wangaya. Dari aspek proses bisnis internal diperoleh SCE RSUD Wangaya kurang baik, dan tingkat kunjungan rawat jalan RSUD Wangaya memadai. Dari aspek pertumbuhan dan

				pembelajaran RSUD Wangaya bernilai baik”
2	Khairana Amalia Chrishartoyo, Sri Rahayu (2017)	“Analisis Kinerja Keuangan dan Non Keuangan Rumah sakit Sebelum dan Sesudah Badan Layanna Umum Daerah”	Deskriptif Kuantitatif	“Hasil penelitian menunjukkan bahwa tiga dari empat kelompok rasio keuangan yang diuji menunjukkan nilai Asymp. Sig. (2-tailed) kurang dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan terdapat perbedaan signifikan pada kinerja keuangan RSUD Dr. Moewardi sebelum dan sesudah BLUD, sedangkan pada rasio efisiensi pelayanan hanya dua dari enam rasio yang memiliki nilai Asymp. Sig. (2-tailed) kurang dari 0,05 sehingga dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan signifikan pada kinerja efisiensi pelayanan RSUD Dr. Moewardi sebelum dan sesudah BLUD”
3	Handayani Tri Wijayanti (2015)	“Evaluasi Kinerja Pelayanan dan Keuangan RSUD Yang Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan BLUD di Subosukowonos raten”	Deskriptif Kuantitatif	“Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja pelayanan yang diukur dengan TOI berkorelasi signifikan dengan arah hubungan negatif CRR. Kinerja pelayanan yang diukur dengan AVLOS berkorelasi signifikan dengan tingkat kemandirian rumah sakit dengan arah hubungan positif.

				Kinerja keuangan yang diukur dengan rasio profitabilitas secara statistik terbukti berkorelasi kuat dengan <i>Cost Recovery Rate</i> dan Tingkat Kemandirian dengan arah hubungan yang positif. Terakhir, rasio ketergantungan APBD/N terbukti secara statistik berkorelasi dengan <i>Cost Recovery Rate</i> dan Tingkat Kemandirian dengan arah hubungan positif’
4	Wahyu Yuli Priastuti (2017)	“Efektivitas Kinerja Keuangan dan Non Keuangan Pada Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah (PPK-BLUD) RSUD Ambarawa Kabupaten Semarang”	Deskriptif Kuantitatif	“Hasil penelitian menunjukkan bahwa kinerja keuangan memperoleh nilai bobot dari tahun 2012 ke tahun 2014 sebesar 167:182 dan 187. Hal tersebut menunjukkan bahwa kinerja keuangan RSUD Ambarawa sebagai Badan Layanan Umum Daerah baik. Sedangkan kinerja non keuangan memperoleh nilai bobot dari tahun 2012 ke tahun 2014 masing-masing sebesar 68,25:73,95 dan 74,15. Berdasarkan perhitungan tersebut dalam kategori AA adalah SEHAT. Perhitungan <i>Cost Recovery rate</i> (CRR) pada tahun 2012

				<p>sebesar 104% terus meningkat hingga tahun 2014 sebesar 143%. Hal ini menunjukkan bahwa rumah sakit mampu mendukung operasinya dengan pendapatan yang diterimanya. Adapun tingkat kemandirian RSUD Ambarawa sebagai Badan Layanan Umum Daerah pada tahun 2012 mencapai 104% dan terus meningkat hingga tahun 2014 sebesar 307%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagai Badan Layanan Umum Daerah mampu membiayai biaya operasional dan biaya investasi, namun sebaliknya tingkat ketergantungan subsidi dari APBN terus meningkat dari tahun 2012 hingga 2014”</p>
5	Masnah (2012)	<p>“Analisis Rasio Finansial dan Non Finansial Sebagai Dasar Pengukuran Kinerja RSUP Dr. Muhammad Hoesin Palembang”</p>	Deskriptif Kualitatif	<p>“Hasil penelitian menunjukkan bahwa rasio finansial untuk rasio struktur modal terjadi kecenderungan peningkatan kinerja keuangan rumah sakit disertai dengan tidak adanya kewajiban jangka panjang dalam kurun waktu tiga tahun. Hasil analisis terhadap rasio non finansial diketahui</p>

				bahwa untuk nilai BOR, BTO dan TOI mengalami peningkatan, artinya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit telah dilakukan secara maksimal”
--	--	--	--	---

## 2.6 Kerangka Berpikir

Analisis rasio—rasio yang mengukur kinerja pelayanan dan keuangan—adalah salah satu cara yang dapat digunakan untuk mengukur kinerja. Lestari et al. (2009) menekankan bahwa ada korelasi positif antara kualitas pelayanan dan kinerja keuangan rumah sakit. Mereka juga menekankan bahwa ada korelasi positif antara tingkat kepuasan pasien di ruang rawat inap dan ruang gawat darurat. Kinerja pelayanan dan keuangan harus sejalan dengan efektivitas dan efisiensi operasional rumah sakit.

Peraturan Direktur Jenderal Perbendaharaan Nomor PER-36/PB/2016 mengenai Pedoman Penilaian Kinerja Badan Layanan Umum Bidang Kesehatan mencantumkan beberapa rasio yang dapat digunakan untuk melakukan penilaian kinerja keuangan. Rasio-rasio ini termasuk:

### 1. Rasio Likuiditas

Rasio Likuiditas merupakan kemampuan suatu perusahaan memenuhi kewajiban jangka pendeknya secara tepat waktu (Irham Fahmi, 2014:59). Rasio Likuiditas yang digunakan pada penelitian ini yaitu rasio kas dan rasio lancar.

2. Rasio Rentabilitas digunakan untuk mengukur kemampuan rumah sakit mendapatkan hasil usaha atau hasil kerja (pendapatan) dari layanan yang

diberikan. Menurut Madjid (2009) “rasio rentabilitas diukur dengan kesuksesan rumah sakit dan kemampuan menggunakan aktiva secara produktif, surplus yang besar belum menjadi ukuran rumah sakit itu efisien. Rentabilitas merupakan indikator stakeholder, untuk mengetahui efisiensi maka dapat diketahui dengan membandingkan surplus dengan aktiva dan modal untuk menghasilkan surplus tersebut, maka semakin tinggi rasio rentabilitas maka akan semakin produktif penggunaan aktiva dan berdampak baik pada kemandirian keuangan rumah sakit.” Dalam hal ini peneliti akan mengukur rasio rentabilitas dengan menggunakan *Return On Fixed Assets* (ROFA) dan *Return On Equity* (ROE).

3. Rasio Aktivitas adalah “rasio yang mengukur seberapa efektif perusahaan dalam memanfaatkan semua sumber daya yang ada padanya. Semua rasio aktivitas ini melibatkan perbandingan antar pendapatan bruto pada aktiva tetap. Rasio aktivitas yang peneliti gunakan dalam hal ini adalah rasio Perputaran Aset Tetap (*Fixed Aset Turnover*), Perputaran Persediaan (*Inventory Turnover*), Periode Penagihan Piutang (*Collection Period*), Rasio Pendapatan Negara Bukan Pajak (PNBP) terhadap Biaya Operasional, dan Radio Biaya Subsidi Pasien.”

Beberapa indikator pelayanan rumah sakit dibuat oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia Direktorat Jenderal Pelayanan Medik pada tahun 2005, dan masih digunakan hingga saat ini. Indikator-indikator ini sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1164/MENKES/SK/X/2007 tentang Pedoman Penyusunan Rencana Bisnis dan Anggaran Rumah Sakit Badan Layanan Umum antara lain:

1. BOR (*Bed Occupancy Rate* = Angka penggunaan tempat tidur)

BOR adalah *the ratio of patient service days to inpatient bed count days in a period under consideration* (Huffman, 1994) yaitu “persentase pemakaian tempat tidur pada satuan waktu tertentu. Indikator ini memberikan gambaran tinggi rendahnya pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Nilai parameter BOR yang ideal adalah antara 60-85% (Candrasari, 2018:96). BOR digunakan untuk mengetahui tingkat hunian pasien yang dirawat di rumah sakit, meningkatnya BOR berakibat meningkatnya pendapatan yang berasal dari layanan hari rawat, semakin tinggi BOR maka akan berdampak baik untuk menompang kemandirian keuangan rumah sakit” (Masnah, 2012).

2. ALOS (*Average Length Of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat)

ALOS adalah *the average hospitalization stay of inpatient discharge during the period under consideration* (Huffman, 1994). Menurut Depkes RI (2005) “adalah rata-rata lama rawat seorang pasien. Secara umum nilai ALOS yang ideal antara lain 3-9 hari. Sesuai Masnah (2012) hubungan indikator ini memiliki hubungan positif dengan kemandirian keuangan rumah sakit, artinya semakin tinggi nilai ALOS maka semakin berdampak baik pada kemandirian” keuangan.

3. BTO (*Bed Turn Over* = Angka perputaran tempat tidur)

BTO adalah *the net effect of change in occupancy rate and length of stay* (Huffman, 1994). Menurut Depkes RI (2005) adalah “frekuensi pemakaian tempat tidur pasien pada satu periode, berapa kali tempat tidur dipakai dalam satu satuan waktu tertentu. Idealnya dalam satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali. Menurut Candrasari (2018:99) korelasi



antara BTO dengan tingkat kemandirian keuangan searah.” Dengan kata lain, jika semakin tinggi BTO, maka tingkat kemandirian semakin tinggi.

4. TOI (*Turn Over Interval* = Tenggang perputaran)

TOI menurut Depkes RI (2005) adalah “rata-rata hari dimana tempat tidur tidak ditempati dari telah diisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi penggunaan tempat tidur. Idealnya tempat tidur kosong tidak terisi pada kisaran 1-3 hari.” Menurut Masnah (2012) “semakin rendah nilai TOI maka akan berdampak baik pada pendapatan rumah sakit dan akhirnya berdampak baik pada kemandirian keuangan rumah sakit.”

5. NDR (*Net Death Rate*)

NDR untuk tiap 1.000 pasien keluar adalah angka kematian 48 jam setelah dirawat, menurut Depkes RI (2005). Indikator ini memberikan gambaran tentang kualitas layanan yang diberikan di rumah sakit. Nilai NDR ideal, menurut Candrasari (2018:96), adalah kurang dari 25% penderita keluar. Sangat jelas bahwa tingkat kemandirian keuangan akan menurun dengan peningkatan NDR.

6. GDR (*Gross Death Rate*)

Menurut Depkes RI (2005), GDR adalah angka kematian rata-rata untuk setiap 1.000 orang yang pergi. Namun, menurut Candrasari (2018:96), nilai GDR tidak boleh melebihi 45% dari jumlah orang yang pergi. Tingkat kemandirian keuangan akan menurun seiring dengan peningkatan nilai GDR.

**Gambar 2.1**  
**Kerangka Berpikir**

