

KOMPOSISI TENAGA DOKTER DAN PERAN STRATEGISNYA PADA KINERJA KEUANGAN RUMAH SAKIT DI JARINGAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Berril Fanny Causari¹, Wiku Bakti Bawono Adisasmito²

Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia^{1,2}

¹ berril.fanny@ui.ac.id

² wiko.adisasmito@gmail.com

Informasi artikel

Diterima :

22 Juni 2026

Direvisi :

28 Juni 2026

Disetujui :

30 September 2026

ABSTRACT

This study examines whether physician workforce composition affects hospital financial performance in an Indonesian hospital corporation. Using Spearman rank correlation on 19 hospital units (2025), we found that a stronger physician resource profile was significantly associated with lower Operating Margin ($\rho = -.623$, $p = .004$) and lower BOPO ratio ($\rho = -.521$, $p = .022$), with a borderline association with Net Profit Margin ($\rho = -.456$, $p = .050$). Return on Assets did not reach significance. Longer average length of stay was strongly associated with higher operating costs ($\rho = +.698$, $p = .001$). These counterintuitive findings, which more specialists correlated with lower margins, were partly attributable to an investment lag effect during the corporation's expansion phase, and were further explained through key informant interviews, which identified three mechanisms: patients following individual doctors rather than the hospital, scheduling instability from part-time specialist arrangements, and specialist underutilization. The study extends Resource-Based View theory to hospital corporations operating under national health insurance, introducing the partner-physician dependency ratio as a construct capturing structural revenue vulnerability.

Keywords: *physician workforce composition, hospital financial performance, resource-based view, partner-physician dependency, Indonesia*

PENDAHULUAN

Korporasi rumah sakit di Indonesia menghadapi tekanan keuangan yang semakin intensif sejak penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014. Sistem pembayaran prospektif melalui tarif INA-CBG membatasi pendapatan per episode perawatan, sementara volume pasien meningkat secara substansial (Sariyani & Saputri, 2025). Di sisi lain, biaya operasional rumah sakit didominasi oleh beban tenaga kerja klinis, sehingga komposisi dan pengelolaan tenaga dokter menjadi variabel kritis dalam menentukan profitabilitas (Beauvais

et al., 2023; Gapenski & Reiter, 2016). Kondisi ini semakin rumit oleh kenyataan bahwa pasokan spesialis di Indonesia yang sangat tidak merata secara geografis (Meliala et al., 2013). Data terbaru menunjukkan bahwa rasio spesialis di wilayah pedesaan hanya 0,08 per 1.000 penduduk, dibandingkan 0,42 di perkotaan, dengan indeks Gini antar-kabupaten untuk spesialis mencapai 0,53 memperlihatkan ketimpangan tertinggi di antara seluruh kategori tenaga kesehatan (Muharram et al., 2024). Akibatnya, sebagian rumah sakit bergantung pada dokter mitra yaitu dokter spesialis yang berpraktik secara paruh waktu di beberapa fasilitas sekaligus alih-alih dokter tetap yang berkomitmen penuh pada satu institusi.

Dalam perspektif Resource-Based View (RBV), dokter spesialis memenuhi kriteria sumber daya strategis: bernilai, langka, sulit ditiru, dan tidak mudah digantikan (Barney, 1991). Namun, RBV juga menegaskan bahwa kepemilikan sumber daya saja tidak cukup; yang menentukan kinerja adalah kapabilitas organisasi untuk mengerahkan sumber daya tersebut secara efektif (Amit & Schoemaker, 1993; Grant, 1991; De Luca et al., 2025). Studi di negara berpenghasilan tinggi secara konsisten menunjukkan hubungan positif antara ketersediaan spesialis dan profitabilitas rumah sakit (Bai & Anderson, 2016; Rosko et al., 2020), sementara literatur ketenagaan klinis membuktikan jalur dari kualitas ketenagaan ke efisiensi operasional ke kinerja keuangan (Aiken et al., 2014; Needleman et al., 2002). Akan tetapi, hampir seluruh bukti penelitian ini berasal dari konteks sistem kesehatan di mana dokter dipekerjakan penuh waktu dan tarif layanan tidak diatur seketat mekanisme INA-CBG. Bagaimana hubungan antara komposisi tenaga dokter dan kinerja keuangan beroperasi dalam konteks korporasi rumah sakit di negara berpenghasilan menengah yang didominasi oleh dokter mitra dan tarif prospektif belum mendapat perhatian empiris yang memadai.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini menguji dua pertanyaan. Pertama, apakah komposisi tenaga dokter berkorelasi secara signifikan dengan kinerja keuangan rumah sakit (Operating Margin, BOPO, Net Profit Margin, dan Return on Assets)? Kedua, apakah unit rumah sakit dengan ketergantungan dokter mitra yang lebih tinggi menunjukkan produktivitas poliklinik yang lebih rendah dan kinerja keuangan yang lebih lemah?

Tujuan penelitian ini adalah menguji secara empiris hubungan antara komposisi tenaga dokter dan kinerja keuangan pada 19 unit dalam satu korporasi rumah sakit di Indonesia, serta mengidentifikasi mekanisme yang menjelaskan pola hubungan tersebut melalui wawancara mendalam dengan informan kunci level manajerial.

Penelitian ini memberikan dua kontribusi. Secara empiris, menyajikan bukti dari korporasi rumah sakit di negara berpenghasilan menengah yang beroperasi di bawah dominasi JKN konteks yang hampir tidak hadir dalam literatur RBV tentang sumber daya kesehatan. Secara konseptual, memperkenalkan rasio ketergantungan dokter mitra (*partner-physician dependency ratio*) sebagai konstruk yang menangkap kerentanan pendapatan struktural yang spesifik pada sistem rumah sakit dengan pasokan spesialis tetap terbatas.

KAJIAN LITERATUR

Sumber Daya Dokter dalam Kerangka *Resource-Based View*

Resource-Based View (RBV) menyatakan bahwa keunggulan kompetitif suatu organisasi berasal dari sumber daya yang bernilai, langka, sulit ditiru, dan tidak mudah digantikan (Barney, 1991). Grant (1991) memperjelas bahwa yang membedakan organisasi bukan sekadar apa yang dimilikinya, melainkan seberapa efektif ia mengerahkan sumber daya tersebut. Perbedaan antara kepemilikan dan penerahan sumber daya inilah yang menjadi inti penelitian ini.

Dokter spesialis memenuhi kriteria sumber daya strategis dalam RBV. Keahlian klinis yang dibangun selama bertahun-tahun pendidikan spesialis menjadikan mereka sulit ditiru dan tidak mudah digantikan, sementara keterbatasan jalur pendidikan menjamin kelangkaannya. Regulasi yang mewajibkan dokter sebagai penanggung jawab medis menambah dimensi

ketidaktergantungan ini (Walston & Chou, 2011). Namun, literatur yang ada cenderung melihat ketersediaan dokter secara biner yaitu ada atau tidak ada dengan tanpa mengkaji apakah dokter yang ada benar-benar dikerahkan secara produktif.

Utilisasi Dokter dan Kinerja Keuangan

Amit dan Schoemaker (1993) membedakan antara kepemilikan aset dan kapabilitas untuk mendayagunakannya. Dalam konteks rumah sakit, perbedaan ini dapat diukur secara langsung: memiliki 30 jenis spesialis berbeda dengan memastikan 30 spesialis tersebut melayani pasien pada volume yang menguntungkan. Cleverley dan Cleverley (2018) menunjukkan bahwa karena sebagian besar biaya rumah sakit bersifat tetap, margin operasional sangat sensitif terhadap volume kunjungan. Spesialis yang berpraktik dua pasien per jam menghasilkan pendapatan jauh lebih kecil dibanding yang melayani lima pasien, meskipun biaya fasilitas yang ditanggung rumah sakit identik.

Needleman et al. (2002) dan Aiken et al. (2014) telah menetapkan jalur empiris dari kualitas ketenagaan klinis ke efisiensi operasional ke kinerja keuangan mula-mula dalam konteks keperawatan. Penelitian ini mengadaptasi jalur tersebut ke konteks tenaga dokter, dengan penambahan dimensi yang khas Indonesia yaitu tingginya ketergantungan pada dokter mitra yang berpraktik di beberapa fasilitas sekaligus.

***Physician Loyalty Asymmetry* sebagai Risiko Pendapatan**

Literatur keuangan rumah sakit umumnya mengasumsikan bahwa pendapatan melekat pada institusi. Namun, pada layanan spesialis, hubungan ini tidak simetris. Berger et al. (2020) menemukan bahwa loyalitas pasien lebih kuat diarahkan kepada dokter individual dibanding institusi. Wu et al. (2021) mengonfirmasi hal ini pada 2.256 pasien di 103 rumah sakit di Tiongkok: kepercayaan pasien pada dokternya lebih kuat memprediksi keputusan kembali berobat dibandingkan dengan reputasi rumah sakit ($\beta = 0,35$ vs. $0,01$).

Implikasinya bagi korporasi yang bergantung pada dokter mitra bersifat langsung: ketika dokter mitra mengurangi jam praktik di satu fasilitas atau pindah ke fasilitas lain, pasiennya ikut berpindah. Pendapatan menjadi tidak terprediksi, dan investasi dalam ruang poliklinik serta peralatan klinis tidak menghasilkan imbal hasil yang stabil. Ini adalah bentuk kerentanan pendapatan struktural yang spesifik pada sistem rumah sakit dengan pasokan spesialis tetap yang terbatas.

Hipotesis

H1: Komposisi tenaga dokter berkorelasi secara signifikan dengan kinerja keuangan rumah sakit yaitu Operating Margin, Biaya Operasional terhadap Pendapatan Operasional, Net Profit Margin dan Return on Assets.

H2: Unit rumah sakit dengan ketergantungan dokter mitra yang lebih tinggi menunjukkan produktivitas poliklinik yang lebih rendah dan kinerja keuangan yang lebih lemah.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan desain kuantitatif (Creswell & Plano Clark, 2018) kemudian wawancara konfirmatif digunakan untuk menjelaskan mekanisme di balik temuan angka.

Objek penelitian adalah satu korporasi rumah sakit yang mengoperasikan puluhan unit di berbagai wilayah Indonesia. Sampel analitik kuantitatif terdiri dari 19 unit yang memiliki data lengkap pada level korporasi untuk periode 2025. Untuk analisis profil tenaga dokter secara deskriptif, digunakan data dari sebagian besar unit rumah sakitnya.

Variabel independen adalah komposisi tenaga dokter (X), yang diukur sebagai skor komposit dari tiga komponen: ketersediaan spesialis (jumlah jenis spesialis aktif), keberadaan *Center of Excellence* (COE), dan produktivitas poliklinik (pasien per spesialis per jam). Ketiganya dinormalisasi dan diagregasi menjadi satu skor yang mencerminkan kekuatan profil sumber daya dokter suatu unit.

Variabel dependen adalah kinerja keuangan (Y), yang diukur melalui empat indikator dari laporan keuangan korporasi: Operating Margin (OM), Net Profit Margin (NPM), Return on Assets (ROA), dan rasio Beban Operasional terhadap Pendapatan Operasional (BOPO). Average Length of Stay (ALOS) dimasukkan sebagai variabel yang menghubungkan penerahan dokter dengan struktur biaya.

Uji statistik yang digunakan adalah korelasi rank Spearman dengan $\alpha = 0,05$ (two-tailed), dipilih karena data melanggar asumsi normalitas dan ukuran sampel kecil. Analisis dilakukan dengan SPSS Statistics. Dari hasil kuantitatif, dilakukan wawancara konfirmatif dilakukan dengan enam informan kunci dari level manajerial menengah hingga senior yang bertanggung jawab atas pengelolaan SDM, operasional, dan pengembangan unit. Seluruh data unit dianonimkan.

ANALISIS DAN PEMBAHASAN

Gambaran Umum: Produktivitas Spesialis di Bawah Potensinya

Dari 35 unit yang dianalisis, produktivitas poliklinik yang diukur sebagai jumlah pasien yang dilayani per spesialis per jam memiliki capaian yang berkisar antara 0,6 hingga 9,1, dengan median 3,3. Sebagian besar unit beroperasi di bawah benchmark minimum 5 pasien per jam, yang mengindikasikan bahwa kapasitas spesialis yang tersedia belum terisi secara optimal.

Tabel 1. Distribusi Produktivitas Poliklinik Antar Unit Rumah Sakit (N = 35)

Kategori Produktivitas	N	%	Konsekuensi Keuangan
< 3 pasien/jam — di bawah ambang	13	38,2%	Biaya tetap tidak tertutupi; setiap kunjungan berkontribusi negatif terhadap margin
3,0–4,9 pasien/jam — sub-optimal	15	44,1%	Pemulihan biaya marginal; efisiensi operasional belum tercapai
≥ 5 pasien/jam — benchmark	7	17,6%	Pemulihan biaya penuh; mampu menghasilkan kontribusi margin positif
Total	35	100%	

Sumber: Data tahun 2025. Benchmark berdasarkan Cleverley & Cleverley (2018).

Pada level korporasi, mayoritas fungsi medis diisi oleh dokter mitra (non-PWTT), yaitu dokter yang berpraktik di lebih dari satu fasilitas. Proporsi ini paling tinggi pada empat spesialisasi dasar sesuai klasifikasi rumah sakit di Indonesia. Pola ini menjadi indikator seberapa besar pendapatan korporasi bergantung pada kehadiran dokter yang komitmennya terbagi.

Temuan Utama: Lebih Banyak Spesialis, Margin Lebih Rendah

Tabel 2 menyajikan hasil uji korelasi Spearman antara skor komposit tenaga dokter (X) dan indikator keuangan. Temuan sentralnya bersifat kontra-intuitif: unit dengan profil tenaga dokter yang lebih kuat justru berkorelasi dengan margin operasi yang lebih rendah.

Tabel 2. Korelasi Spearman: Komposisi Tenaga Dokter dan Kinerja Keuangan (N = 19)

Variabel Independen	Variabel Dependen	ρ	p	Sig.	Arah
Komposisi Tenaga Dokter (X)	Operating Margin (OM)	-.623	.004	**	Negatif

Variabel Independen	Variabel Dependen	ρ	p	Sig.	Arah
Komposisi Tenaga Dokter (X)	BOPO	-.521	.022	*	Negatif
Komposisi Tenaga Dokter (X)	Net Profit Margin	-.456	.050	*	Negatif (borderline)
Komposisi Tenaga Dokter (X)	Return on Assets	-.424	.070	n.s.	Tidak signifikan
ALOS (hari)	BOPO	+.698	.001	**	Positif

Sumber : Diolah penulis

Catatan: ** $p < .01$; * $p \leq .050$; n.s. = tidak signifikan. BOPO = Beban Operasional/Pendapatan Operasional. OM = Operating Margin. NPM = Net Profit Margin. ROA = Return on Assets. ALOS = Rata-rata Lama Rawat.

Pembahasan Hipotesis 1: Komposisi Tenaga Dokter dan Kinerja Keuangan

H1 menyatakan bahwa komposisi tenaga dokter berkorelasi secara signifikan dengan kinerja keuangan rumah sakit (OM, BOPO, NPM, dan ROA). Hasil pengujian menunjukkan bahwa H1 diterima secara parsial: tiga dari empat indikator keuangan menunjukkan korelasi signifikan dengan skor komposit tenaga dokter, yaitu Operating Margin ($\rho = -.623$, $p = .004$), BOPO ($\rho = -.521$, $p = .022$), dan Net Profit Margin ($\rho = -.456$, $p = .050$). Return on Assets tidak mencapai ambang signifikansi ($\rho = -.424$, $p = .070$), kemungkinan karena ukuran sampel ($N = 19$) tidak cukup besar untuk mendeteksi efek yang lebih lemah.

Temuan ini bersifat kontra-intuitif: unit dengan profil tenaga dokter yang lebih kuat justru memiliki margin yang lebih rendah, bukan lebih tinggi. Arah korelasi ini berlawanan dengan studi di negara berpenghasilan tinggi. Bai dan Anderson (2016) menemukan ketersediaan spesialis berkorelasi positif dengan profitabilitas rumah sakit di Amerika Serikat, dan Rosko et al. (2020) mengonfirmasi bahwa faktor ketenagaan merupakan prediktor signifikan profitabilitas. Perbedaan ini dapat dijelaskan oleh dua kondisi kontekstual. Pertama, di konteks mereka, dokter umumnya dipekerjakan penuh waktu sehingga komitmen dan utilitasnya dapat dikendalikan oleh manajemen rumah sakit. Kedua, tarif layanan tidak dibatasi oleh mekanisme prospektif seketat INA-CBG, sehingga penambahan spesialis secara langsung meningkatkan kapasitas pendapatan.

Dalam kerangka Resource-Based View, temuan H1 menunjukkan bahwa kepemilikan sumber daya strategis tidak serta-merta menghasilkan keunggulan kompetitif. Grant (1991) menegaskan bahwa yang membedakan kinerja organisasi bukan sumber daya yang dimiliki, melainkan seberapa efektif sumber daya tersebut dikerahkan. Amit dan Schoemaker (1993) membedakan secara konseptual antara aset dan kapabilitas untuk mendayagunakannya. De Luca et al. (2025) lebih lanjut menegaskan bahwa dalam konteks rumah sakit, kepemilikan sumber daya yang heterogen saja tidak cukup untuk mencapai hasil yang diinginkan tanpa utilisasi yang efisien melalui proses organisasional. Data penelitian ini mengonfirmasi proposisi tersebut secara empiris: sebagian besar unit beroperasi di bawah benchmark produktivitas 5 pasien per spesialis per jam, yang berarti kapasitas yang tersedia belum terisi secara optimal.

Faktor investment lag turut menjelaskan arah korelasi negatif ini. Selama periode penelitian, korporasi berada dalam fase ekspansi intensif. Unit dengan skor X tinggi adalah unit yang baru-baru ini menerima investasi terbesar: penambahan spesialis, pembangunan Center of Excellence, dan perluasan poliklinik. Biaya depresiasi aset baru langsung masuk ke laporan laba rugi, sementara pendapatan dari investasi tersebut baru tumbuh secara bertahap. Sariyani

dan Saputri (2025) menemukan pola serupa pada korporasi rumah sakit publik di Indonesia, di mana SILO dan HEAL yang menjalankan strategi ekspansi berbasis volume menunjukkan margin yang lebih rendah dibandingkan MIKA yang menerapkan strategi selektif. Dalam kondisi ini, korelasi negatif antara skor X dan OM merupakan konsekuensi dari siklus investasi yang belum mencapai titik pengembalian.

Pembahasan Hipotesis 2: Ketergantungan Dokter Mitra, Produktivitas, dan Kinerja Keuangan

H2 menyatakan bahwa unit rumah sakit dengan ketergantungan dokter mitra yang lebih tinggi menunjukkan produktivitas poliklinik yang lebih rendah dan kinerja keuangan yang lebih lemah. Temuan penelitian mendukung hipotesis ini melalui konvergensi data kuantitatif dan kualitatif. Pada level korporasi, mayoritas fungsi medis diisi oleh dokter mitra yang berpraktik di lebih dari satu fasilitas, dengan konsentrasi ketergantungan tertinggi pada empat spesialisasi dasar. Secara bersamaan, sebagian besar unit beroperasi di bawah benchmark produktivitas poliklinik.

Hubungan antara ketergantungan dokter mitra dan rendahnya produktivitas dapat dipahami melalui konsep *physician loyalty asymmetry* yang diperkenalkan dalam penelitian Berger et al. (2020) yang menemukan bahwa loyalitas pasien dalam layanan spesialis lebih kuat diarahkan kepada dokter individual dibanding institusi. Wu et al. (2021) mengonfirmasi hal ini pada 2.256 pasien di 103 rumah sakit di Tiongkok: kepercayaan pasien pada dokternya jauh lebih kuat memprediksi keputusan kembali berobat dibandingkan reputasi rumah sakit. Masalah ini diperberat oleh realitas struktural distribusi spesialis di Indonesia: Meliala et al. (2013) menunjukkan bahwa 65–80% pendapatan spesialis berasal dari praktik swasta, dan sebagian besar spesialis berpraktik di lebih dari tiga fasilitas secara bersamaan, melampaui batas regulasi yang berlaku. Implikasinya bagi korporasi yang bergantung pada dokter mitra bersifat langsung: ketika dokter mitra mengurangi jam praktik atau berpindah fasilitas, pasiennya ikut berpindah, dan pendapatan unit menjadi tidak terprediksi.

Pola ini paralel dengan temuan Pradhan et al. (2024) tentang tenaga kontrak (*agency staff*) di rumah sakit Amerika Serikat: penggunaan tenaga non-permanen memang meningkatkan pendapatan pasien, tetapi juga meningkatkan biaya operasional secara proporsional lebih besar. Dalam konteks Indonesia, dokter mitra menjalankan fungsi yang secara struktural serupa dengan *agency staff* karena mereka mengisi kapasitas klinis tetapi tanpa komitmen eksklusif yang memungkinkan optimalisasi jadwal dan volume. Temuan ALOS memperkuat jalur ini: lama rawat yang lebih panjang berkorelasi sangat kuat dengan BOPO yang lebih tinggi ($\rho = +.698$, $p = .001$), mereplikasi jalur yang telah mapan dalam literatur keperawatan di mana kualitas ketenagaan klinis memengaruhi efisiensi proses yang pada akhirnya memengaruhi biaya (Needleman et al., 2002; Aiken et al., 2014), namun dalam konteks dokter dan sistem tarif JKN yang tidak mengompensasi perpanjangan rawat inap.

Mekanisme Penjelasan : Eksplorasi Wawancara Konfirmatif

Hasil wawancara mendalam dengan enam informan kunci menghasilkan tiga mekanisme yang konsisten dan saling mengonfirmasi. Ketiganya menjelaskan mengapa lebih banyak spesialis tidak secara otomatis berarti margin yang lebih baik.

1. Pasien mengikuti dokter, bukan rumah sakit.

Informan secara konsisten menyebutkan bahwa pada layanan spesialis, loyalitas pasien melekat pada dokter, bukan hanya pada fasilitas. Ketika dokter mitra mengurangi hari praktik atau berpindah ke fasilitas lain, volume pasiennya ikut berkurang di unit tersebut. Pendapatan unit menjadi tidak stabil dan sulit diprediksi, karena bergantung pada keputusan individual dokter yang bisa jadi komitmennya tidak eksklusif. Mekanisme ini secara langsung mendukung H2 dan konsisten dengan temuan Berger et al. (2020) serta Wu et al. (2021) tentang *physician loyalty asymmetry*.

2. Jadwal dokter mitra sulit diandalkan.

Dokter mitra yang berpraktik di beberapa fasilitas sekaligus sering mengalami konflik jadwal. Informan melaporkan bahwa perubahan jadwal mendadak meningkatkan waktu tunggu pasien dan mengganggu alur layanan. Dampaknya paling besar di unit yang terletak di wilayah dengan sedikit pilihan spesialis alternatif pasien tidak beralih ke dokter lain, mereka menunggu, atau lebih buruk, mencari fasilitas lain. Instabilitas jadwal ini menjelaskan sebagian dari korelasi ALOS-BOPO: ketika alur klinis terganggu, lama rawat memanjang dan biaya operasional meningkat tanpa kompensasi pendapatan yang proporsional di bawah tarif JKN, hal tersebut juga bisa dijelaskan dimana indikator mutu terkait visit Dokter, ketepatan jadwal kehadiran Dokter di rawat jalan dan pemulangan pasien pada beberapa rumah sakit belum tercapai secara optimal.

3. Kapasitas spesialis tidak terisi.

Informan mengonfirmasi bahwa produktivitas spesialis sangat bervariasi. Evaluasi internal mengidentifikasi bahwa sebagian spesialis melayani kurang dari 3 pasien per jam, konsisten dengan data kuantitatif. Ini menciptakan situasi di mana rumah sakit menanggung biaya tetap dari ruang poliklinik, peralatan, dan staf pendukung, sementara pendapatan yang masuk bisa jadi tidak cukup untuk mengkompensasinya. Cleverley dan Cleverley (2018) menunjukkan bahwa karena sebagian besar biaya rumah sakit bersifat tetap, sehingga berakibat margin operasional sangat sensitif terhadap volume kunjungan. Mekanisme ini menjelaskan arah negatif H1: penambahan spesialis meningkatkan biaya tetap, tetapi tanpa utilisasi yang memadai, pendapatan tidak tumbuh secara proporsional.

Implikasi Teoritis

Konvergensi temuan kuantitatif dan kualitatif di atas menghasilkan proposisi teoritis yang memperluas penerapan RBV dalam konteks rumah sakit korporasi di negara berpenghasilan menengah. RBV secara klasik memprediksi bahwa sumber daya yang bernilai, langka, sulit ditiru, dan tidak mudah digantikan menghasilkan keunggulan kompetitif (Barney, 1991). Temuan penelitian ini menambahkan kondisi batas (boundary condition) yang penting: prediksi tersebut hanya berlaku jika sumber daya dikerahkan secara efektif, dan efektivitas pengerahan tersebut dibatasi oleh struktur kepegawaian (tetap vs. mitra) dan rezim tarif yang berlaku.

Secara spesifik, penelitian ini memperkenalkan rasio ketergantungan dokter mitra (partner-physician dependency ratio) sebagai konstruk yang menangkap kerentanan pendapatan struktural. Konstruk ini menjelaskan mengapa korporasi rumah sakit di Indonesia yang beroperasi dengan tarif prospektif JKN, dengan pasokan spesialis tetap yang terbatas, dan dalam fase ekspansi kapasitas menghasilkan dinamika keuangan yang berbeda secara fundamental dari konteks negara berpenghasilan tinggi yang selama ini mendominasi literatur. Proposisi ini perlu diuji lebih lanjut pada konteks multi-korporasi untuk menentukan apakah pola yang ditemukan bersifat sistemik atau spesifik pada korporasi yang diteliti.

KESIMPULAN DAN SARAN

Penelitian ini menguji hubungan antara komposisi tenaga dokter dan kinerja keuangan rumah sakit. Hasil analisis pada 19 unit menunjukkan hubungan yang berlawanan dengan prediksi umum: skor komposit tenaga dokter (X) berkorelasi negatif dan signifikan dengan Operating Margin ($\rho = -.623$, $p = .004$) dan BOPO ($\rho = -.521$, $p = .022$). Unit dengan profil variasi tenaga dokter yang lebih kuat justru memiliki margin yang lebih rendah.

Temuan ini tidak menunjukkan bahwa spesialis tidak penting, melainkan bahwa kepemilikan spesialis saja tidak cukup untuk menghasilkan kinerja keuangan yang baik. Faktor penentu adalah apakah spesialis tersebut berpraktik secara eksklusif atau membagi komitmennya ke beberapa fasilitas, apakah volume kunjungannya melampaui titik impas biaya

tetap, dan apakah jadwalnya cukup stabil untuk mempertahankan basis pasien. Ketiga kondisi ini sulit dipenuhi selama mayoritas fungsi medis diisi oleh dokter mitra.

Dari sisi praktis, temuan ini menunjuk pada tiga prioritas bagi manajemen korporasi. Pertama, memperkuat ketenagaan dokter tetap (PWTT) pada spesialisasi dasar yang paling berisiko terhadap ketergantungan dokter mitra. Kedua, memantau produktivitas poliklinik per spesialis per unit secara sistematis sebagai indikator *leading* terhadap margin. Ketiga, mengembangkan strategi berbeda untuk unit di wilayah terpencil di mana ketergantungan dokter mitra memiliki akar struktural yang tidak bisa diselesaikan hanya dengan insentif finansial.

Dua kontribusi utama penelitian ini yaitu menyajikan bukti dari korporasi rumah sakit di negara berpenghasilan menengah yang beroperasi di bawah dominasi JKN konteks yang hampir tidak hadir dalam literatur RBV. Secara konseptual, memperkenalkan rasio ketergantungan dokter mitra sebagai konstruk yang menangkap kerentanan pendapatan struktural yang spesifik pada sistem rumah sakit di negara berpenghasilan rendah dan menengah.

Keterbatasan utama adalah ukuran sampel ($N = 19$) yang membatasi daya statistik, dan desain potong lintang yang tidak memungkinkan inferensi kausal. Penelitian lanjutan idealnya menggunakan data longitudinal untuk memverifikasi hipotesis investment lag, dan desain multi-korporasi untuk menguji apakah pola ini berlaku di luar satu sistem rumah sakit, selain itu menjadi sangat menarik jika penelitian dilanjutkan pada pengembangan pola RS berdasarkan kompetensi dimana untuk menyesuaikan pemenuhan strata kompetensi tertentu diperlukan perekrutan Dokter Spesialis atau subspesialis yang lebih spesifik..

REFERENSI

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... & Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830.
- Amit, R., & Schoemaker, P. J. H. (1993). Strategic assets and organizational rent. *Strategic Management Journal*, 14(1), 33–46.
- Andreyeva, E., Gupta, A., Ishitani, C., Sylwestrzak, M., & Ukert, B. (2024). The corporatization of independent hospitals. *Journal of Political Economy Microeconomics*, 2(3), 602–663.
- Bai, G., & Anderson, G. F. (2016). A more detailed understanding of factors associated with hospital profitability. *Health Affairs*, 35(5), 889–897.
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. *Journal of Management*, 17(1), 99–120.
- Beauvais, B., Dolezel, D., Ramamonjiravelo, Z., Mileski, M., & Shanmugam, R. (2023). Hospital labor costs, quality, and financial performance: a study of US hospitals. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 1075–1091.
- Berger, R., Bulmash, B., Drori, N., Ben-Assuli, O., & Herstein, R. (2020). The patient–physician relationship: an account of the physician’s perspective. *Israel Journal of Health Policy Research*, 9, 33.
- Cleverley, W. O., & Cleverley, J. O. (2018). *Essentials of health care finance* (8th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Cleverley, W. O., Cleverley, J. O., & Song, P. H. (2011). *Essentials of health care finance* (7th ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.

- De Luca, C., Ferraris, A., Papa, A., & Vrontis, D. (2025). Resources and capabilities for hospital resilience. *Technological Forecasting and Social Change*, 215, 124075.
- Gapenski, L. C., & Pink, G. H. (2011). *Understanding healthcare financial management* (6th ed.). Health Administration Press.
- Gapenski, L. C., & Reiter, K. L. (2016). *Healthcare finance: an introduction to accounting and financial management* (6th ed.). Health Administration Press.
- Grant, R. M. (1991). The resource-based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation. *California Management Review*, 33(3), 114–135.
- Meliala, A., Hort, K., & Trisnantoro, L. (2013). Addressing the unequal geographic distribution of specialist doctors in Indonesia: the role of the private sector and effectiveness of current regulations. *Social Science & Medicine*, 82, 30–34.
- Muharram, F. R., Sulistya, H. A., Swannjo, J. B., Firmansyah, F. F., Rizal, M. M., Izza, A., Isfandiari, M. A., Ariningtyas, N. D., & Romdhoni, A. C. (2024). The Indonesia health workforce quantity and distribution. *medRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2024.03.31.24305126>
- Needleman, J., Buerhaus, P., Mattke, S., Stewart, M., & Zelevinsky, K. (2002). Nurse-staffing levels and the quality of care in hospitals. *New England Journal of Medicine*, 346(22), 1715–1722.
- Penrose, E. T. (1959). *The theory of the growth of the firm*. Oxford University Press.
- Peteraf, M. A. (1993). The cornerstones of competitive advantage: a resource-based view. *Strategic Management Journal*, 14(3), 179–191.
- Pradhan, R., Beauvais, B., Ramamonjiravelo, Z., Dolezel, D., Wood, D., & Shanmugam, R. (2024). Agency staffing and hospital financial performance: insights and implications. *Journal of Healthcare Leadership*, 16, 365–374.
- Rivard, S., Raymond, L., & Verreault, D. (2006). Resource-based view and competitive strategy: an integrated model of the contribution of information technology to firm performance. *Journal of Strategic Information Systems*, 15(1), 29–50.
- Rosko, M. D., Proenca, J., Zinn, J. S., & Bazzoli, G. J. (2020). Hospital profitability: a multilevel analysis of its antecedents. *Health Care Management Review*, 45(1), 73–84.
- Sariyani, M. D., & Saputri, A. R. (2025). Operational efficiency and profitability: a comparative financial performance analysis of listed hospital corporations (MIKA, SILO, HEAL) on the Indonesia Stock Exchange during the JKN era. *Journal of Health Service Administration and Hospital Management*, 1(2), 9–18.
- Walston, S., & Chou, A. F. (2011). Healthcare restructuring and hierarchical alignment: why do staff and managers perceive change outcomes differently? *Medical Care*, 49(9), 826–834.
- Wu, Q., Jin, Z., & Wang, P. (2021). The relationship between the physician-patient relationship, physician empathy, and patient trust. *Journal of General Internal Medicine*, 37(6), 1388–1393.