



PONDOK LABI

A S P E K *Strategis*
M A N A J E M E N
R U M A H
S A K I T

|| *Antara Misi Sosial dan Tekanan Pasar* ||



Rp

dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D

PENGANTAR

Rumah sakit merupakan sebuah lembaga yang melakukan kegiatan tidak di ruang hampa. Dalam sejarah perkembangan rumah sakit terdapat interaksi antara lingkungan dengan keadaan dalam rumah sakit. Perubahan-perubahan selalu terjadi pada masa lalu, masa sekarang, dan masa mendatang yang selalu merubah sistem manajemen rumah sakit.

Perubahan lingkungan rumah sakit sudah terlihat sejak awal ketika rumah sakit didirikan oleh VOC untuk keperluan karyawannya dan diteruskan oleh pemerintah kolonial Hindia Belanda. Misi berubah ketika sebagian rumah sakit pemerintah diubah menjadi rumah sakit misi dan *zending*. Pertimbangan kemanusiaan menjadi penting dalam rumah sakit.

Kemerdekaan Indonesia menjadi faktor lingkungan yang mempengaruhi sistem rumah sakit. Jaringan rumah sakit militer milik pemerintah kolonial berubah. Berbagai rumah sakit berganti pemilik. Rumah sakit misi dan *zending* sebagian berubah menjadi rumah sakit milik pemerintah daerah yang menangani rumah sakit dengan cara yang berbeda. Rumah sakit perkebunan berada dalam lingkungan perkebunan yang sangat berbeda dengan masa kolonial. Pada dekade 70-an dan 80-an, rumah sakit-rumah sakit Islam yang mempunyai semangat keagamaan dalam kegiatannya tumbuh di berbagai pelosok Indonesia dengan lingkungan yang sudah jauh berbeda dengan rumah sakit Kristiani yang berdiri pada masa kolonial.

Secara cepat pada penghujung abad ke-20 dan awal abad ke-21 berbagai tekanan lingkungan, khususnya pengaruh kekuatan pasar memaksa pemilik dan pengelola rumah sakit berpikir untuk merubah sistem manajemennya. Pasar dalam hal ini adalah terkait dengan konsep jual beli dalam pelayanan rumah sakit. Untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit, seseorang harus memberikan pembayaran.

Sistem ekonomi berorientasi pasar merubah berbagai hal di rumah sakit termasuk para profesional di rumah sakit (dokter spesialis, dokter umum, perawat, manajer). Pola hidup professional cenderung bergerak ke arah budaya global yang berorientasi pada materi. Para pengambil keputusan yang berkaitan dengan rumah sakit melakukan berbagai hal dalam perubahan rumah sakit, misalnya kebijakan swadana di awal tahun 1990-an. Pada akhir dekade 90-an ditetapkan keputusan merubah rumah sakit pemerintah pusat menjadi perusahaan jawatan akibat tekanan kebijakan desentralisasi. Awal tahun 2005 pemerintah DKI Jakarta merubah status beberapa RSD di Jakarta menjadi berbentuk PT. Keputusan ini mengundang berbagai kontroversi. Di sektor rumah sakit swasta, terbukanya iklim investasi untuk pendirian rumah sakit berbentuk perseroan terbatas, masuknya modal asing dalam sektor rumah sakit, dan keluarnya UU Nomor 16 Tahun 2001

tentang Yayasan merupakan berbagai contoh perubahan lingkungan yang sangat berpengaruh.

Rumah sakit dapat kita analogikan sebagai makhluk hidup yang harus berinteraksi dengan lingkungan yang berubah tersebut. Salah satu hal penting adalah bagaimana pengelola rumah sakit mampu merasakan perubahan tersebut agar organisasinya dapat bertahan dan terus berkembang. Weick (1995) dalam bukunya tentang *Sense Making in Organization* menyatakan suatu teori yang berbasis pada analogi makhluk hidup. Ketika lingkungan berubah, organisasi mempunyai suatu cara atau sistem untuk mendeteksi perubahan tersebut, menganalisis situasi, menafsirkannya, untuk menjadi rangsangan melakukan aksi sebagai jawaban atas perubahan tersebut. Pada saat melakukan kegiatan tersebut berbagai pemahaman dasar dan cara pandang dapat mempengaruhi tindakan yang akan diambil.

Dalam melakukan tindakan untuk pengembangan rumah sakit dapat muncul kontradiksi. Rumah sakit berpegang pada misi sosial untuk menyembuhkan orang sakit. Di sisi lain rumah sakit berfungsi sebagai tempat berbagai profesi melakukan kegiatan untuk mencari nafkah, serta menjadi tempat berbagai kegiatan mencari keuntungan, misalnya dari penjualan obat atau pemakaian peralatan kedokteran.

Sejarah rumah sakit menunjukkan bahwa misi sosial rumah sakit menjadi semakin sulit dilakukan pada keadaan dimana tuntutan akan kepuasan hidup oleh para profesional di rumah sakit meningkat, dan pengaruh industri obat dan alat kesehatan berteknologi tinggi yang berbasis pada perilaku mencari untung. Muncul pertanyaan penting, apakah mungkin rumah sakit menjalankan misi sosial untuk kemanusiaan dalam sebuah sektor yang semakin terpengaruh oleh mekanisme pasar? Sementara itu kemampuan pemerintah secara relatif berkurang dalam memberikan pembiayaan untuk rumah sakit dan semakin berkembangnya teknologi alat kedokteran dengan biaya tinggi.

Data sumber pembiayaan di negara-negara sedang berkembang (di luar negara-negara sosialis) menunjukkan bahwa peran pemerintah tidak besar, sementara pada negara-negara maju peran pemerintah sangat besar kecuali di Amerika Serikat. Secara *de facto* sistem pelayanan kesehatan yang bertumpu pada pembayaran masyarakat merupakan sistem yang lebih banyak menggunakan mekanisme pasar. Hal ini terjadi di Cina dengan sistem pembiayaan berdasarkan mekanisme pasar mulai menggantikan peran pemerintah. Sektor rumah sakit pada negara sedang berkembang termasuk di Indonesia tidak dapat menahan mekanisme pasar dalam manajemennya selama sistem ekonomi dan politik negara juga menggunakan mekanisme pasar.

Dalam hal ini mau tidak mau rumah sakit harus bertindak dalam lingkungan yang menggunakan mekanisme pasar tetapi berusaha untuk tetap mempertahankan misi sosialnya. Pertanyaan penting yaitu bagaimana strategi pengembangan rumah sakit pada situasi berbasis mekanisme pasar tetapi berusaha mengurangi akibat negatifnya, sambil menjalankan misi sosialnya. Strategi rumah sakit tentunya terpengaruh oleh kebijakan negara dalam sektor kesehatan.

Sebagai contoh, dalam usaha mengurangi akibat negatif mekanisme pasar, Amerika Serikat mengembangkan kebijakan jaring pengaman sosial (*Social Safety Net*) pada tahun 1960-an dengan program *Medicaid* dan *Medicare*. Tidak dapat dipungkiri bahwa program ini membantu pasien orang miskin yang tidak mungkin mendapatkan pelayanan kesehatan. Walaupun sudah ada *Medicaid* dan *Medicare* masih banyak warga Amerika Serikat yang tidak memperolehnya karena tidak memenuhi kriteria miskin tetapi tidak mampu membeli asuransi kesehatan. Di samping itu, Amerika berusaha melengkapi sistem pelayanan kesehatan dengan piranti hukum.

Di Indonesia, sekitar 70% sumber dana kesehatan berasal dari masyarakat. Sejak kemerdekaan Indonesia bukanlah sebuah negara kesejahteraan dalam sektor

kesehatan. Sampai pada saat *Social Safety Net* dijalankan di tahun 1998 akibat adanya krisis moneter. Sebelumnya sebagian besar dana kesehatan dari pemerintah dipergunakan untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan, bukan subsidi langsung bagi orang miskin yang sakit. Di awal 2005, program *Social Safety Net* ditingkatkan melalui program kompensasi BBM yang memberikan subsidi langsung bagi keluarga miskin melalui PT Askes Indonesia. Jumlah yang disalurkan sekitar 2,1 triliun. Kebijakan ini akan meningkatkan peran pemerintah dalam sektor kesehatan. Dengan kebijakan ini diharapkan misi sosial rumah sakit dapat meningkat.

Terlihat bahwa perubahan lingkungan mempengaruhi rumah sakit. Oleh karena itu, ada dua hal kritis dalam mengelola perubahan lingkungan rumah sakit dengan berpijak pada kenyataan. Pertama, para pemilik dan pengelola rumah sakit harus mempunyai ketrampilan untuk melihat, menganalisis, dan menafsirkan perubahan yang terjadi. Kedua, para pemilik dan pengelola rumah sakit perlu memiliki suatu cara pandang dan pemahaman dasar mengenai sistem manajemen agar dalam melakukan penafsiran dan pengambilan tindakan akan menjadi lebih baik. Sebagai analogi, seseorang yang tidak mempunyai pemahaman mengenai ilmu kedokteran mungkin akan memberi tindakan yang salah dalam mengatasi demam. Semua gejala panas akan diobati dengan obat penurun panas saja.

Buku ini bertujuan untuk membahas berbagai aspek strategis rumah sakit dalam konteks perubahan lingkungan. Dalam buku ini pemahaman dasar mengenai pengembangan rumah sakit dalam lingkungan dinamis dilakukan dengan menggunakan pendekatan manajemen strategis. Mengapa menggunakan pendekatan ini? Manajemen strategis merupakan suatu filosofi, cara berpikir dan mengelola organisasi. Manajemen strategis tidak terbatas pada bagaimana mengelola pelaksanaan kegiatan di dalam organisasi tetapi juga bagaimana mengembangkan sikap baru organisasi karena munculnya perubahan eksternal (Duncan dkk., 1995). Konsep ini cocok dengan pola pemikiran

perubahan lingkungan yang berakibat langsung pada sistem manajemen organisasi. Garis besar buku ini membahas tentang manajemen strategis sebagai pendekatan yang sebaiknya dipahami oleh para pemilik rumah sakit dalam perubahan lingkungan. Walaupun demikian dapat dinyatakan bahwa buku ini tidak bertujuan untuk menjadi sebuah “buku masak” tentang cara menyusun rencana strategis. Para pembaca yang ingin mempelajari menyusun rencana strategis bagi rumah sakit diharapkan membaca buku lain mengenai penyusunan rencana strategis.

Penulisan buku ini tidak hanya bersifat normatif tetapi menekankan pula pernyataan-pernyataan positif. Sebagai contoh, pernyataan normatif menyatakan bahwa pelayanan rumah sakit merupakan pelayanan kesehatan yang merupakan hak masyarakat berdasarkan konvensi internasional. Pernyataan normatif ini mungkin sulit diterapkan di lapangan karena ada kesulitan dalam membiayai pelaksanaan pernyataan normatif ini. Dalam keadaan pernyataan normatif sulit diterapkan di lapangan, buku ini berusaha membahas berbagai strategi pengembangan yang dapat disebut sebagai tindakan *the second best*. Dengan demikian, penulisan buku ini berusaha menggunakan pernyataan-pernyataan normatif mengenai rumah sakit sebagai hal yang perlu dirujuk tetapi tetap memperhatikan kenyataan. Dengan pendekatan ini maka rumah sakit akan terlihat sebagai lembaga yang penuh kontradiksi antara misi sosial dan tekanan pasar. Di satu sisi, rumah sakit harus menjadi tempat penolong orang yang sakit tetapi pada sisi lain menjadi tempat untuk mencari kehidupan berbagai profesi dan menggunakan berbagai *input* yang berbasis pada prinsip mencari keuntungan.

STRUKTUR BUKU

Untuk membahas berbagai aspek strategis dalam manajemen rumah sakit, buku ini tersusun atas 4 Bagian yang terbagi dalam 12 Bab. Bagian I membahas mengenai perubahan

lingkungan dan strategi pengembangan rumah sakit. Dalam Bagian I terdapat 3 Bab. Bab 1 menganalisis dinamika lingkungan usaha rumah sakit. Dinamika usaha ini dianalisis melalui pendekatan politik, ekonomi, teknologi, budaya, dan pola penyakit. Dalam analisis lingkungan ini dibutuhkan kemampuan untuk menafsirkan perubahan. Bab 2 membahas mengenai manajemen strategis dan manajemen perubahan. Tidak dapat dibantah bahwa usaha peningkatan mutu pelayanan rumah sakit membutuhkan perubahan besar di dalam organisasi rumah sakit. Di lembaga-lembaga usaha sektor lain, model berpikir strategis sudah lama menjadi dasar untuk perencanaan. Akan tetapi di sektor rumah sakit model berpikir strategis masih belum lama dipergunakan. Bab 3 membahas mengenai budaya organisasi dan pertanyaan kunci mengenai apakah budaya organisasi di rumah sakit dapat diubah. Dengan membaca Bagian 1 ini diharapkan para pembaca mampu menggunakan konsep berfikir strategis dan konsep perubahan dalam mengelola rumah sakit dalam lingkungan dinamis.

Bagian II berjudul Sifat Rumah Sakit, Rencana Strategis dan Kepemimpinan yang membahas mengenai sifat rumah sakit sebagai lembaga, indikator kinerja, rencana strategis, dan kepemimpinan. Keempat hal ini saling terkait. Indikator kinerja rumah sakit tergantung pada misi rumah sakit, yang mungkin terdapat misi sosial. Bab 4, secara rinci membahas sifat rumah sakit sebagai lembaga *nonprofit* dan *for profit* serta indikatornya. Bab 5 membahas perencanaan strategis yang tergantung pada misi rumah sakit dan indikator kinerja yang akan dicapainya. Dalam Bab 5 juga dibahas kepemimpinan yang dibutuhkan dalam menyusun rencana strategis dan pelaksanaannya dalam lembaga rumit seperti rumah sakit. Pembahasan dilakukan dengan cara memahami proses perencanaan strategis. Di samping itu pembahasan mengenai komitmen staf dan kepemimpinan merupakan bagian penting dalam Bab 5. Secara keseluruhan Bagian II mengajak para pembaca untuk berpikir mengenai sifat rumah sakit dan konsekuensinya terhadap strategi pengembangan.

Bagian III membahas strategi rumah sakit dalam usaha menjalankan misi sosial dalam tekanan pasar. Ada kemungkinan visi dan misi sosial yang terpilih sulit dilaksanakan menjadi program dan kegiatan karena kemampuan masyarakat, pemilik, dan negara yang kecil untuk membiayai pelaksanaannya. Bab 6 membahas mengenai Visi dan Misi, serta pedoman nilai sebuah rumah sakit. Analisis eksternal, analisis internal, dan Isu-isu Pengembangan dibahas pada Bab 7 yang merupakan fase diagnosis dalam proses perencanaan. Dalam analisis ini, dilema antara misi sosial dan kemampuan internal untuk melaksanakan dapat dipahami. Selanjutnya Bab 8 membahas strategi pengembangan rumah sakit yang mencakup strategi di level rumah sakit, strategi di unit-unit pelayanan strategis, dan strategi fungsional yang biasanya dilakukan oleh unit-unit pendukung di rumah sakit. Pembahasan strategi pengembangan ini mengacu pada kenyataan adanya pasar dalam sektor kesehatan, namun tidak melupakan strategi untuk menjalankan misi sosialnya. Oleh karena itu, akan dibahas mengenai perencanaan seperti model yang dilakukan lembaga usaha di sektor lain yang berbasis pasar dan strategi mencari subsidi dan dana kemanusiaan untuk mendukung misi sosial rumah sakit. Secara khusus Bab 9 membahas mengenai potensi penggalan sumber dana untuk misi sosial. Dalam bab ini dibahas mengenai perkembangan subsidi pemerintah untuk rumah sakit, memahami pandangan partai politik terhadap sektor kesehatan, dan bantuan dana kemanusiaan (*charity*) yang merupakan tradisi sumber pendanaan rumah sakit.

Bagian IV buku ini membahas berbagai isu strategis yang mungkin akan terus berkembang di manajemen rumah sakit. Sebagaimana disebutkan pada Bagian I, konsep *governance* dalam sistem kesehatan semakin ditingkatkan. Konsep *governance* dalam sistem kesehatan mempunyai pilar-pilar penting dalam penggunaannya dalam kehidupan sehari-hari yaitu: (1) pemerintah; (2) masyarakat; dan (3) kelompok pelaku usaha. Rumah sakit merupakan lembaga yang

termasuk dalam kelompok pelaku usaha yang wajib untuk mentaati tata aturan yang ditetapkan oleh pemerintah agar masyarakat terlindungi dari praktik-praktik kedokteran dan perawatan yang tidak baik di rumah sakit. Dapat disebutkan pula bahwa konsep *governance* berusaha untuk menata suatu sektor yang mempunyai berbasis pasar agar tidak terjadi anarkisme.

Bab 10 mengenai perilaku rumah sakit dan staf. Bagian ini berusaha membahas hubungan antara dokter dan rumah sakit dengan mengacu pada situasi profesional di rumah sakit yang terpengaruh oleh teknologi tinggi dan mekanisme pasar. Pada Bab 11 dibahas mengenai konsep *governance* di sektor kesehatan yang mencakup tiga hal yaitu *good governance*, *good corporate governance*, dan *good clinical governance*. Konsep ini penting dipergunakan sebagai pedoman untuk mengembangkan rumah sakit menjadi lembaga yang terkelola seperti lembaga penerbangan, bukan lembaga yang sulit dikelola. Bab 12, sebagai bab terakhir buku ini membahas konsep etika bisnis dalam strategi rumah sakit. Dalam bab ini ada pertanyaan kritis yang perlu dijawab; apakah menyusun strategi pengembangan rumah sakit berdasarkan pemikiran pasar berarti mengharapkan orang lain menjadi sakit?

Sebagai akhir pengantar ini, terima kasih untuk Abdul Rauf, Bukit, Deni Harbianto, Imam Sufandi, Ketut Sandjana, Manahati Zebua, Nurcholid Umam dan teman-teman, Nusky Syauckani, Santoso Aji, Tubagus Abeng, Wibisono Suwarno, Julita Hendrartini. Mereka adalah para alumni dan mahasiswa di Program Pascasarjana Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Gadjah Mada khususnya Magister Manajemen Rumahsakit yang telah bersama-sama meneliti berbagai topik yang menjadi dasar tulisan buku ini. Untuk peneliti di Divisi Manajemen Rumah Sakit Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Putu, Hans dan Ivonne terima kasih saya ucapkan pula. Juga kepada pengelola Magister Manajemen Rumahsakit UGM: Adi Utarini, Agastya, dan Andreas Meliala yang memberi semangat untuk menulis buku ini untuk melengkapi referensi bagi mahasiswanya.

Terimakasih saya ucapkan kepada Byron dan Mary-Jo Good yang memberikan kesempatan untuk mempelajari mengenai budaya dalam masyarakat dan organisasi di Harvard Medical School tahun 2002. Kepada Tito, Teguh dan Rika yang telah dengan sabar membantu editing buku ini terima kasih saya ucapkan.

Sekip, Yogyakarta, 2005

DAFTAR ISI

Pengantar	iii
Daftar Isi	xiii
Daftar Gambar	xvii
Daftar Tabel	xix
Daftar Grafik	xxi

BAGIAN 1

Lingkungan dan Strategi Rumah Sakit

Pengantar Bagian 1	1
BAB 1 Dinamika Lingkungan Usaha Rumah Sakit	3
1. Konsep Pemikiran Mengenai Perubahan Lingkungan	6
2. Memahami Perubahan Lingkungan	10
3. Menafsirkan Perubahan Lingkungan dan <i>Organizational Learning</i>	20
BAB 2 Prinsip-Prinsip Manajemen Strategis	59
1. Memahami Konsep Manajemen Strategis	60
2. Manajemen Strategis dan Manajemen Perubahan	77
BAB 3 Budaya Organisasi dan Manajemen Strategis	91
1. Budaya Organisasi	92
2. Diferensiasi di Rumah Sakit	104
3. Apakah Budaya Organisasi dapat Diubah?	109

BAGIAN 2

Sifat Rumah Sakit, Rencana Strategis dan Kepemimpinan

Pengantar Bagian 2	113
BAB 4 Sifat Lembaga Rumah Sakit	115
1. Model Standar Ukuran Kinerja	

	Perusahaan <i>For Profit</i>	121
	2. Model Indikator Kinerja Lembaga <i>Nonprofit</i>	123
	3. Indikator Rumah Sakit sebagai Lembaga <i>Nonprofit</i>	129
BAB 5	Perencanaan Strategis dan Kepemimpinan	149
	1. Pemahaman Mengenai Rencana Strategis	150
	2. Komitmen dan Kepemimpinan di Rumah Sakit	169
	3. Fungsi Pemimpin dalam Penyusunan Rencana Strategis	177

BAGIAN 3

Dari Visi dan Strategi ke Program

	Pengantar Bagian 3	191
BAB 6	Misi dan Visi Rumah Sakit	193
	1. Misi Rumah Sakit	194
	2. Visi	199
	3. Pedoman Nilai	215
BAB 7	Analisis Eksternal dan Internal	219
	1. Analisis Lingkungan Eksternal Rumah Sakit	220
	2. Analisis Internal	245
	3. Isu-isu Pengembangan	249
BAB 8	Perumusan Strategi dan Program	251
	1. Makna Strategi	253
	2. Strategi Besar	256
	3. Strategi Generik untuk Unit-Unit Pelayanan	269
	4. Strategi Fungsional di Unit Pendukung	274
	5. Penyusunan Program dan Penetapan Anggaran	281
BAB 9	Strategi Penggalan Sumber Dana Rumah Sakit untuk Fungsi Sosial	283
	1. Memahami peran Pemerintah Pusat dan	

Daerah dalam Konteks Desentralisasi	284
2. Prospek Subsidi dari Pemerintah	289
3. Prospek Subsidi dari Dana Kemanusiaan	314

BAGIAN 4

Berbagai Isu untuk Strategi Pengembangan Rumah Sakit

Pengantar Bagian 4	333
BAB 10 Perkembangan Teknologi Rumah Sakit, Pengaruh Pasar dan Perilaku Profesional	337
1. Sifat Industri Farmasi dan Pengaruhnya Terhadap Rumah Sakit	339
2. Motivasi Bekerja Tenaga Kesehatan dan Perilakunya	351
3. Tren Teknologi Kedokteran, Hubungan Profesional dan Rumah Sakit	358
BAB 11 <i>Governance</i> di Sektor Rumah Sakit	371
1. <i>Good Governance</i> di Sektor Kesehatan	372
2. <i>Good Corporate Governance</i> di Rumah Sakit	378
3. <i>Good Clinical Governance</i>	388
BAB 12 Strategi Rumah Sakit dan Etika Bisnis	401
1. Etika dalam Lembaga Usaha	402
2. Apakah Etika Bisnis Rumah Sakit dapat Dipergunakan sebagai Pedoman dalam Menyusun Rencana Strategis?	411
Daftar Pustaka	419
Indeks	429

BAGIAN 1

LINGKUNGAN DAN STRATEGI RUMAH SAKIT

Pengantar

Lembaga sebagai makhluk hidup merupakan metafora untuk menggambarkan kelangsungan sebuah lembaga.

Kelangsungan tersebut dapat berjalan dengan baik. Sebaliknya ada lembaga yang tidak bertahan atau berada dalam keadaan hidup segan mati tak mau. Sebuah lembaga yang berada pada lingkungan sulit mempunyai tantangan lebih besar dibanding dengan lembaga yang berada di lingkungan baik. Sebuah rumah sakit sebagai lembaga perlu melakukan berbagai tindakan agar dapat terus berkembang dalam lingkungannya.

Dalam melakukan tindakan tersebut, para manajer rumah sakit diajarkan mempunyai metode berpikir sehingga pengembangan dapat dilakukan secara sistematis. Manajemen

strategis merupakan salah satu konsep berpikir yang dapat dipergunakan oleh para manajer rumah sakit untuk mengembangkan rumah sakitnya. Bagian ini membahas secara kritis kebutuhan rumah sakit mengenai manajemen strategis.

Ada berbagai pertanyaan penting: (1) bagaimanakah perubahan lingkungan rumah sakit, apakah sama dengan perubahan lingkungan lembaga-lembaga lain?; (2) apakah model berpikir strategis yang dipergunakan oleh lembaga usaha non rumah sakit dapat dipergunakan oleh rumah sakit?; (3) apakah mungkin konsep manajemen strategis dapat dipergunakan untuk merubah budaya organisasi dan meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit? Bagian ini berusaha membahas berbagai pertanyaan tersebut melalui tiga bab. Bab 1 menganalisis mengenai dinamika lingkungan usaha rumah sakit. Dinamika usaha ini dianalisis melalui pendekatan politik, ekonomi, teknologi, budaya, dan pola penyakit. Dalam analisis lingkungan ini dibutuhkan kemampuan untuk menafsirkan perubahan. Bab 2 membahas mengenai manajemen strategis dan manajemen perubahan. Tidak dapat dibantah bahwa usaha peningkatan mutu pelayanan rumah sakit membutuhkan perubahan besar di dalam organisasi rumah sakit. Bab 3 membahas mengenai budaya organisasi dan pertanyaan kunci mengenai apakah budaya organisasi di rumah sakit dapat diubah.

BAB I

DINAMIKA LINGKUNGAN USAHA RUMAH SAKIT

Yogyakarta yang tergolong kota berukuran sedang, merupakan lingkungan usaha berbagai rumah sakit. Berbagai rumah sakit terdapat di kota ini seperti rumah sakit keagamaan, antara lain RS Bethesda, RS Panti Rapih, RS PKU Muhammadiyah dan rumah sakit kecil lainnya. Yogyakarta juga memiliki rumah sakit pendidikan, yaitu RS Dr. Sardjito (yang terletak di luar batas kota, Kabupaten Sleman) yang merupakan rumah sakit pendidikan Fakultas Kedokteran UGM. Di samping itu, Pemerintah Kota Yogyakarta juga memiliki rumah sakit. Tahun 2001, RS Dr. Sardjito membuka bangsal VIP baru. Bangsal tersebut dinamai Paviliun Cendrawasih. Paviliun ini dibukan menyusul paviliun Wijaya Kusuma yang dinilai terlalu penuh. RS Dr. Sardjito mempunyai proyek raksasa berupa pembangunan *Central*

Operating Theatre (COT) dengan *soft-loan* dari pemerintah Austria.

RS Bethesda merupakan RS swasta terbesar di Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Jendral Sudirman. Jalan tersebut akhir-akhir ini bertambah ramai kendaraan sehingga seringkali jalan tersebut macet. RS Bethesda pada tahun-tahun sebelum krisis ekonomi terjadi (sekitar tahun 1997) merencanakan membangun rumah sakit bagi para eksekutif bekerja sama dengan pihak luar negeri. Akan tetapi, rencana ini dibatalkan. Sementara itu, RS Panti Rapih mengembangkan berbagai rumah sakit satelit; di utara kota memperluas RS Panti Nugroho, di timur dengan RS Panti Rini, dan di selatan mengembangkan RS Ganjuran. RS PKU Muhammadiyah sedang mengembangkan membuat rumah sakit kedua karena kompleks rumah sakit yang berada di Jalan KHA Dahlan sudah tidak mampu menampung pasien dan keluarganya. Dengan area parkir yang sangat sempit dan jalan yang semakin macet, keputusan untuk membuka rumah sakit kedua menjadi suatu hal yang penting. Happy Land sebuah rumah sakit modern dengan konsep inovatif yang memadukan antara pelayanan kesehatan, perbelanjaan, dan rekreasi dibuka di daerah Timoho, kawasan pemukiman mahal di tengah kota Yogya. Sementara itu sebuah rumah sakit bertaraf internasional akan dibuka di daerah utara kota Yogyakarta. Di samping berbagai rumah sakit umum, di Yogyakarta terdapat pula rumah sakit khusus mata, yaitu RS Mata Dr. Yap yang mempunyai akar sejarah panjang. Dengan mengutamakan kestabilan usaha, RS Mata Dr. Yap terlihat berkembang pesat dengan dukungan tenaga medis dari Fakultas Kedokteran UGM.

Boston, sebuah kota di pantai timur Amerika Serikat, merupakan tempat Universitas Harvard. Universitas ini mempunyai Fakultas Kedokteran terkemuka di dunia. Di samping Universitas Harvard, Boston juga memiliki beberapa perguruan tinggi lain seperti Tufts University, Boston University, dan University of Massachussets yang masing-masing mempunyai fakultas kedokteran pula. Rumah sakit-

rumah sakit di Boston terkenal sebagai rumah sakit papan atas dalam mutu pelayanan dengan standar internasional. Dalam waktu sepuluh tahun terakhir ini berbagai perkembangan baru muncul. Perkembangan tersebut terutama mengenai penggabungan beberapa rumah sakit dalam satu lembaga. Massachusetts General Hospital, Brigham and Women Hospital yang biasanya bersaing sengit, bergabung menjadi satu kelompok pada tahun 1994 dengan nama *Partners Health Care*.

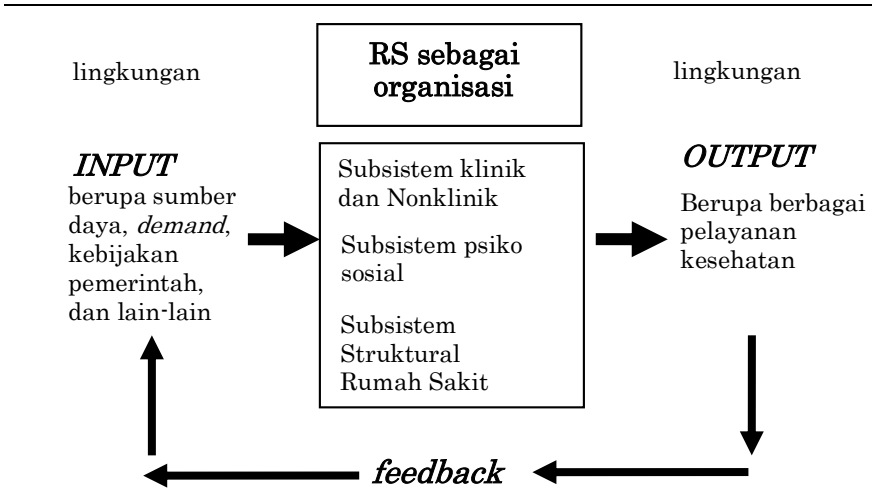
Penggabungan ini bertujuan untuk meningkatkan mutu pelayanan yang mencakup rumah sakit pendidikan, pelayanan-pelayanan spesialisik, pelayanan di masyarakat, dan kelompok dokter. Salah satu tujuan penggabungan ini yaitu untuk menghadapi tekanan perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan yang menggunakan sistem *managed health care*. Tahun 1998, kelompok *Partners Health Care* menggabungkan dua lembaga yaitu antara Brigham and Women's Hospital dengan Faulkner Hospital menjadi Brigham and Women's/Faulkner Hospitals. Penggabungan ini dilakukan dengan tujuan agar terjadi pemisahan-pemisahan kasus. Untuk penanganan kasus-kasus yang bersifat tersier dilakukan di Brigham and Women's Hospital, sedangkan kasus-kasus yang bersifat pelayanan sekunder dan primer serta pasien-pasien mental dilakukan di RS Faulkner. Rumah sakit lain juga melakukan penggabungan, misalnya RS Katolik Diaconess bergabung dengan RS Beth Israel menjadi RS Beth Israel Diaconess. Dari hal ini dapat dilihat terjadinya suatu proses penggabungan antarrumah sakit yang dulunya masing-masing bersaing ketat.

1. Konsep Pemikiran Mengenai Perubahan Lingkungan

Jika diperhatikan dinamika lingkungan usaha rumah sakit terjadi hampir di berbagai penjuru dunia. Metafora organisasi rumah sakit sebagai makhluk hidup juga terlihat di rumah

sakit-rumah sakit di Yogyakarta, Boston dan bahkan di seluruh dunia. Di seluruh dunia, para manajer rumah sakit perlu memperhatikan secara seksama dinamika lingkungan. Tanpa memperhatikan dinamika lingkungan ada kemungkinan sistem manajemen yang dipergunakan tidak akan cocok dan masa depan rumah sakit menjadi suram.

Dalam memahami lingkungan, pemikiran sistematis perlu dikembangkan. Pemikiran yang dipergunakan adalah dengan menggunakan model rumah sakit sebagai suatu organisasi jasa yang memproses *input* dan menghasilkan jasa pelayanan kesehatan. Dalam Gambar 1.1, terlihat bahwa rumah sakit mempunyai berbagai subsistem seperti teknik medik dan teknik nonmedik. Subsistem teknik medik meliputi ilmu kedokteran dan keperawatan sedangkan teknis nonmedik meliputi antara lain subsistem keuangan, sumber daya manusia, dan informatika yang digunakan untuk menghasilkan jasa pelayanan. Dalam rumah sakit subsistem teknik bergerak bersama dengan subsistem psikososial dan struktural untuk mengolah berbagai *input* menjadi produk jasa pelayanan kesehatan. Dalam proses produksi ini semua *input* dan komponen subsistem berinteraksi pula dengan lingkungan.



GAMBAR 1.1.

DIAGRAM SISTEM RUMAH SAKIT DAN LINGKUNGANNYA

Menurut Pollit (1990)

Dengan model berpikir seperti tertuang pada Gambar 1.1, dapat dilihat bahwa perubahan lingkungan mampu mempengaruhi rumah sakit serta seluruh komponennya. Sebagai gambaran perubahan lingkungan usaha akibat globalisasi dapat mempengaruhi cara berpikir pemerintah sehingga ada kebijakan baru untuk rumah sakit. Peraturan baru ini dapat dipengaruhi perjanjian internasional, sehingga memungkinkan penanaman modal asing di bidang rumah sakit atau masuknya dokter spesialis asing ke Indonesia. Dengan masuknya modal asing dalam sektor rumah sakit, misalnya dengan pendirian rumah sakit baru, akan mampu mempengaruhi proses klinik di rumah sakit-rumah sakit yang sudah ada. Perubahan lingkungan lain misalnya UU Praktik Kedokteran yang sudah disahkan oleh pemerintah dan DPR akan mempengaruhi proses pelaksanaan di rumah sakit. Sementara itu, perubahan lingkungan teknologi dapat mempengaruhi jenis peralatan medik yang diperlukan oleh rumah sakit. Peralatan menjadi semakin modern dan mahal.

Ada hubungan antara dinamika lingkungan dengan perubahan pada subsistem dalam rumah sakit. Sebagai gambaran, gaya hidup di negara maju mempengaruhi gaya hidup profesional di Indonesia, termasuk yang bekerja di rumah sakit. Dokter sebagai profesional mempunyai standar cara hidup yang khusus dan mungkin berbeda dengan profesi lain. Globalisasi dengan penekanan pada nilai pasar mempengaruhi kehidupan dokter yang dapat dilihat dari tingkat konsumsi dan prasarana kehidupan, pola penyelenggaraan pertemuan ilmiah internasional dan nasional, sampai ke aspek pendidikan keluarga. Standar hidup dokter yang dipengaruhi oleh sistem global tentu saja akan mempengaruhi proses penanganan klinik.

Sistem manajemen yang berlaku global, mempengaruhi pola berpikir sebagian manajer rumah sakit dengan menekankan pada efisiensi dan produktivitas serta memperhatikan pemerataan pelayanan. Berbagai ilmu untuk

mengelola rumah sakit berasal dari negara maju, termasuk dalam sistem keuangan dan informasi yang menggunakan teknologi tinggi. Akan tetapi, ada pula manajer rumah sakit yang berpikiran sebagai birokrat yang mengelola berdasarkan kekuasaan sehingga cenderung tidak memperhatikan pelayanan kepada masyarakat dan mendukung kerja sama antarprofesi di rumah sakit.

Gambaran lain, teknologi kedokteran dan obat-obat semakin cepat berkembang. Apa yang sepuluh tahun yang lalu dianggap baru, saat ini dapat dikatakan ketinggalan zaman. Kemajuan teknologi kedokteran sangat mempengaruhi proses subsistem klinik. Demikian pula teknologi komputer semakin mempengaruhi proses subsistem klinik maupun nonklinik.

Secara kesatuan, sebuah rumah sakit akan menjadi organisasi yang lemah apabila para pelaku dalam subsistem di rumah sakit tidak mempunyai cara pandang yang sama, visi yang sama terhadap perubahan lingkungan selain rasa memiliki tentunya. Sebagai gambaran, bagaimana subsistem di sebuah Rumah Sakit Daerah (RSD) bereaksi terhadap pendirian RS swasta baru yang modalnya dimiliki oleh dokter pemerintah yang bekerja di RSD tersebut. Pendirian rumah sakit swasta oleh para dokter spesialis tersebut timbul karena di daerah tersebut terdapat sekelompok orang yang tidak puas dengan pelayanan RSD. Kelompok ini mempunyai kemauan dan kemampuan untuk membayar pelayanan secara lebih yang tidak mungkin dijalankan di RSD. Dalam hal ini peluang pasar untuk pendirian rumah sakit swasta mempengaruhi proses pelayanan di rumah sakit pemerintah. Dalam kasus ini, proses klinik di RSD tersebut mempunyai risiko tinggi untuk mengalami kemunduran akibat pendirian rumah sakit swasta milik para dokter yang bekerja di RSUD tersebut. Proses klinik di RSD tersebut menjadi terganggu karena dokter dan sebagian perawat melakukan kegiatan klinik serupa di RS swasta. Dalam hal ini ada konflik waktu. Bagaimana mengatasi hal ini? Pada intinya model berpikir ini menekankan keterkaitan antarsubsistem di rumah sakit dengan perubahan lingkungan luar yang juga saling terkait.

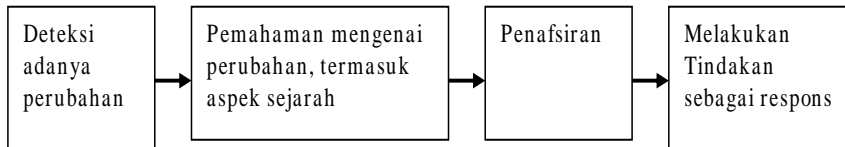
Dengan menggunakan pola pemikiran yang tertuang pada Gambar I.1, perkembangan rumah sakit bersifat dinamis dengan interaksi antara lingkungan dan keadaan di dalamnya. Tanpa ada interaksi ini, perubahan tidak mungkin terjadi di rumah sakit. Dengan kata lain rumah sakit beroperasi tidak dalam ruang hampa.

2. Memahami Perubahan Lingkungan

Pemahaman perubahan lingkungan tidak dapat dilakukan secara terpisah. Pemahaman sebaiknya dilakukan melalui proses yang dapat digambarkan dengan keadaan ketika seseorang berada dalam situasi baru (Louis, 1980). Pada situasi baru seseorang perlu proses pemahaman yang akan menghasilkan penafsiran. Secara bertahap dimulai dari kegiatan mendeteksi adanya perubahan dan berusaha memahaminya.

Sebagai contoh, UU mengenai BUMN terbaru menghapuskan Perusahaan Jawatan (Perjan) sebagai satu bentuk BUMN. UU ini tentunya akan mengubah Rumah Sakit Umum Pusat (RSUP) yang sudah menjadi Perusahaan Jawatan (Perjan). Alternatif untuk RSUP adalah menjadi Perusahaan Umum (Perum), PT, atau menjadi Badan Layanan Umum (BLU). Situasi ini merupakan hal baru yang harus ditafsirkan oleh para manajer. Sebenarnya apakah makna Perusahaan Umum dan apa makna BLU? Apa dampak kebijakan baru ini? Aspek-aspek apa sajakah yang berbeda? Apakah terdapat hal-hal tidak terduga, atau yang tidak kita pikirkan sebelumnya? Jika para manajer RSUP tidak mempunyai informasi mengenai makna dan akibat-akibat berbagai pilihan tersebut, kemungkinan muncul gejala kebingungan atau gagap seperti orang baru di suatu tempat kerja. Secara praktis, apabila seseorang tidak mempunyai pemahaman mengenai perubahan manajemen rumah sakitnya maka manajer rumah sakit tidak akan mampu melakukan penafsiran terhadap kejadian-kejadian di lingkungan rumah sakit. Akibat lain yaitu ia tidak mengetahui tindakan apa yang sebaiknya dilakukan. Gambar

I.2 menunjukkan hubungan antara identifikasi perubahan, penafsiran, dan tindakan yang akan diambil.



GAMBAR 1.2.
HUBUNGAN ANTARA IDENTIFIKASI PERUBAHAN,
PENAFSIRAN DAN TINDAKAN YANG AKAN DIAMBIL

Gambar 1.2. menunjukkan bahwa seorang manajer rumah sakit harus mempunyai kemampuan untuk mendeteksi adanya perubahan. Dari kemampuan mendeteksi ini diharapkan ada pemahaman mengenai perubahan yang terjadi termasuk pengaruh masa lampau dalam suatu perkembangan sejarah. Dengan pemahaman ini diharapkan seorang manajer mampu menafsirkan secara lebih baik mengenai perubahan. Dengan pemahaman dan penafsiran tersebut, diharapkan ada tindakan sebagai respons terhadap perubahan.

Faktor-Faktor Masa Lalu yang Mempengaruhi Perubahan

Salah satu hal penting dalam perubahan adalah ciri sekuensial atau pentahapan waktu dalam perubahan. Perubahan tidak berjalan di ruang hampa. Hubungan sekuensial antarkejadian perlu dicermati. Seperti dapat diperhatikan bahwa perubahan RSUP menjadi Perusahaan Umum (Perum) atau BLU dipengaruhi berbagai aspek, misalnya tata hukum, aspek politik pemerintah, dan aspek masyarakat. Sementara itu perubahan menjadi Perum atau BLU akan mempengaruhi aspek sumber daya manusia, sistem manajemen hingga ke hubungan antarprofesional di rumah sakit. Pengaruh tersebut berlangsung berlaku dari satu masa ke masa lain: dahulu, sekarang dan yang akan datang.

Apakah dengan adanya kebijakan menjadi Perum akan mengubah pula sistem manajemen sumber daya manusianya? Dengan memahami perbedaan antara masa lalu, masa sekarang, dan masa yang akan datang, seorang manajer rumah sakit dapat memperkirakan berbagai hambatan dalam perkembangan rumah sakit. Berbagai ahli sejarah menyatakan bahwa keputusan yang memperhatikan sejarah masa lalu lembaga akan lebih efektif dibanding dengan yang mengabaikan sejarah itu. Selanjutnya dikatakan bahwa jika keputusan dilakukan dengan melihat sejarah masa lalu maka berbagai hambatan dan tantangan dapat diidentifikasi untuk analisis. Dengan demikian, agar pemahaman menjadi lebih baik maka analisis dengan menggunakan perspektif sejarah perlu dilakukan (March, Sproull and Tamuz 1996).

Berdasarkan aspek sejarah, sistem manajemen rumah sakit bergantung pada kebijakan politik pemerintah dari masa ke masa. Perubahan rumah sakit dari aspek politik di Indonesia dapat ditelusuri sejak jaman penjajahan Belanda. Konsep dasar pemerintah kolonial Belanda pada awalnya adalah membangun rumah sakit untuk keperluan tentara, pejabat-pejabat pemerintah, dan karyawan perusahaan. Tujuan praktisnya yaitu menyehatkan tenaga manusia agar mampu bekerja dengan baik sehingga dapat tetap menjaga kelangsungan pemerintahan kolonial. Kemudian, sekitar penghujung abad 20, gerakan keagamaan Kristiani dan politik balas budi Belanda memperhatikan rumah sakit sebagai bagian dari pelayanan kesejahteraan bagi rakyat (Purwanto, 1999).

Oleh karena itu, pada awal abad 20 rumah sakit- rumah sakit pemerintah dan keagamaan didirikan di berbagai daerah di Indonesia. Sampai sekarang rumah sakit-rumah sakit keagamaan Kristiani dan rumah sakit milik pemerintah kolonial Belanda masih berdiri, walaupun sebagian sudah berubah menjadi rumah sakit milik pemerintah.

Konsep gerakan keagamaan dan pendirian rumah sakit untuk militer atau sipil menunjukkan bahwa ada perhatian pemerintah kolonial Belanda terhadap rumah sakit. Bangunan

rumah sakit Belanda dirancang secara cermat dan berada di tempat-tempat strategis pada masanya. Dalam tindakan operasional, rumah sakit-rumah sakit zaman Belanda mendapat subsidi pemerintah yang sangat membantu operasionalnya untuk menjalankan misi sosialnya. Subsidi ini cukup bermanfaat untuk pelayanan apabila dikaitkan dengan teknologi kedokteran pada masa Belanda yang masih sederhana tetapi membutuhkan biaya besar.

Latar belakang sejarah ini perlu diperhatikan dalam kerangka pandangan masyarakat terhadap rumah sakit dan pemberian subsidi. Berbagai faktor penting dalam subsidi pendirian rumah sakit di masa lalu dan biaya operasional; yaitu pemerintah Belanda mempunyai kebijakan balas budi, adanya kelompok-kelompok kemanusiaan berbasis agama yang mempunyai misi pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin dan biaya operasional rumah sakit yang relatif masih rendah dibanding sekarang. Dengan demikian, dapat dikatakan bahwa citra rumah sakit sebagai lembaga sosial sudah lama berada di benak masyarakat.

Setelah kemerdekaan, kepemilikan rumah sakit banyak berubah. Berbagai rumah sakit militer, keagamaan, dan pemerintah kolonial Belanda berubah menjadi rumah sakit militer milik TNI, pemerintah daerah, atau pemerintah pusat. Sebagai gambaran, di Jawa Tengah ada sembilan rumah sakit zending yang berubah menjadi rumah sakit daerah yaitu di Blora, Purwodadi, Surakarta (Jebres), Magelang (Tidar), Purworejo, Kebumen, Purwokerto, Purbalingga (Trenggiling), dan Wonosobo. Periode perpindahan kepemilikan dari lembaga keagamaan Kristen menjadi milik pemerintah menyebabkan penurunan subsidi yang berasal dari luar negeri. Sementara itu, subsidi dalam negeri sangat rendah dan tidak berkesinambungan. Walaupun terdapat UU No. 18 Tahun 1953 tentang Merawat Orang Keluarga Miskin dan Orang-Orang Yang Kurang Mampu serta UU No. 48 Tahun 1953 yang menjadi dasar hukum tentang penunjukan rumah sakit-rumah sakit swasta yang merawat keluarga miskin dan orang-orang kurang mampu, tetapi kedua UU ini tidak jelas

pelaksanaannya. Di samping itu, isi lembaran negara mengenai detail pemberian subsidi relatif tidak lengkap dibanding masa pemerintahan Belanda. Penurunan subsidi ini mempengaruhi sistem manajemen rumah sakit. Praktis rumah sakit-rumah sakit di Indonesia harus berjalan dengan sumber biaya yang terbatas dan harus mencari pendapatan untuk membiayai operasionalnya. Hal tersebut mengakibatkan rumah sakit di Indonesia harus bertumpu pada penggunaan tarif untuk mencukupi biaya operasional. Patut dicatat bahwa pada masa orde lama (sebelum 1965) pemerintah Indonesia menerapkan kebijakan yang tidak bersandar pada bantuan asing.

Ketika orde baru berkuasa tahun 1965, pembuatan kebijakan dan manajemen pelayanan kesehatan di Indonesia ditandai dengan kembalinya lembaga-lembaga donor internasional seperti WHO dan UNICEF. Badan-badan luar negeri tersebut membantu menyusun master plan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia. Master plan kesehatan pada jaman orde baru disusun akhir tahun 1969 dan intinya mengembangkan konsep pelayanan kesehatan yang berbasis pada pelayanan kesehatan primer. Pelayanan kesehatan primer merupakan pilihan penting utama. Rumah sakit-rumah sakit pemerintah Indonesia kekurangan dana, termasuk untuk memberikan gaji yang layak dan insentif bagi para dokternya. Subsidi pemerintah untuk rumah sakit pemerintah dilakukan terutama untuk gaji tenaga dan pembelian alat. Dalam hal penggajian karyawan, termasuk dokter, sistem pengganjangan mengikut pola penggajian pegawai negeri sipil. Dokter digolongkan sebagai sarjana yang digaji sama dengan sarjana lain. Tidak ada perbedaan antara karyawan berjenjang agama dan para dokter.

Menyadari perlunya subsidi agar rumah sakit dapat berjalan, maka di dekade 1990-an pemerintah memberikan biaya operasional melalui subsidi OPRS dari Departemen Kesehatan dan SBO dari Departemen Dalam Negeri. Kedua jenis subsidi operasional ini tidak diperbolehkan untuk insentif dokter. Insentif bagi dokter di rumah sakit sebagai tambahan

gaji pada masa Operasi Tertib (Opstib) dinilai sebagai pelanggaran (komunikasi pribadi dengan Sudibjo Sardadi). Akibatnya para dokter spesialis pemerintah meluangkan waktu untuk bekerja di rumah sakit swasta atau mendirikan berbagai lembaga pelayanan kesehatan swasta karena memang merupakan tuntutan pasar. Hal tersebut dapat dilihat dengan adanya fenomena berbagai rumah sakit khususnya rumah sakit bersalin swasta yang didirikan atau dimiliki oleh dokter spesialis pemerintah di berbagai kota.

Fakta ini menunjukkan bahwa masalah manajemen spesialis sudah berakar lama. Besarnya tarif dan mutu pelayanan membuat ada semacam dua lapis pelayanan rumah sakit. Rumah sakit pemerintah identik dengan rumah sakit bermutu rendah dan faktor pelayanan terkadang tidak memuaskan pasien. Sementara rumah sakit swasta memiliki keunggulan yang merupakan kebalikan dari sifat-sifat rumah sakit pemerintah. Oleh karena itu, rumah sakit swasta lebih menarik dokter untuk bekerja di dalamnya.

Salah satu tonggak penting dalam sejarah rumah sakit adalah perubahan Permenkes No. 920 Tahun 1986 mengenai pemilik rumah sakit swasta. Menurut Permenkes No. 920 Tahun 1986, pemilik rumah sakit swasta adalah perorangan, kelompok, atau yayasan. Permenkes baru Nomor 84/Menkes/Per/II/1990 menambahkan satu kata kunci yaitu badan hukum lainnya. Dengan demikian, berbagai badan hukum, termasuk perusahaan terbatas yang *profit-making* dapat mempunyai rumah sakit. Lembaga perseroan terbatas (PT) ini dapat merupakan penanam modal dalam negeri atau penanam modal asing. Permenkes No. 84/Menkes/per/II/1990 ini menjadi penting karena merupakan legalisasi motif mencari untung bagi pelayanan rumah sakit dan merupakan cermin dari semakin berkembangnya pengaruh luar negeri dalam sistem perumahan sakitan di Indonesia.

Pengaruh penting lain dalam perubahan sistem manajemen di rumah sakit berasal dari luar negeri, khususnya badan-badan pembiayaan di luar WHO. Bank Dunia mulai masuk ke Indonesia pada awal tahun 1990-an dengan proyek-

proyek pengembangan untuk kesehatan. Tahun 1993, Bank Dunia memilih kesehatan sebagai pokok bahasan World Development Report. Fakta-fakta yang dapat ditarik dari laporan tersebut adalah sebagai berikut. Pertama, Bank Dunia ingin meningkatkan sumber daya untuk meningkatkan status kesehatan melalui pendekatan di luar sektor pelayanan kesehatan dan peningkatan dana dari asuransi kesehatan. Dalam hal ini terlihat bahwa pendekatan Bank Dunia berbeda dengan WHO. Bank Dunia menilai aspek ekonomi di dalam kesehatan menjadi hal penting, khususnya sumber pendanaan untuk pelayanan.

Kedua, Bank Dunia ingin meningkatkan pemerataan pelayanan kesehatan melalui realokasi sumber daya pemerintah dari pelayanan kuratif tersier ke program-program kesehatan masyarakat dan pelayanan klinik dasar dan menggunakan sistem asuransi kesehatan yang fair. Hal ini menjadikan pelayanan rumah sakit merupakan kegiatan yang sebaiknya tidak dibiayai oleh pemerintah. Keadaan ini menyebabkan pelayanan rumah sakit dimasukkan ke dalam golongan *private good* yang sebaiknya dibiayai oleh masyarakat sendiri.

Ketiga, bahwa Bank Dunia ingin meningkatkan efisiensi melalui peningkatan mutu pelayanan dan penurunan ongkos produksi. Untuk peningkatan efisiensi ini perlu adanya keragaman dan kompetisi pada sisi pemberi pelayanan dan input pelayanan kesehatan. Fakta ini menunjukkan bahwa rumah sakit sebaiknya dikelola dengan menggunakan konsep ekonomi dan membutuhkan kemampuan manajerial.

Pada awal dekade 1990-an melalui Kepres 38/1991, pemerintah Indonesia meluncurkan kebijakan baru mengenai RS Swadana yang sejalan dengan pola pikir Bank Dunia. Kebijakan ini memiliki basis bantuan USAID yang pada intinya mengandung pengertian bahwa pendapatan fungsional rumah sakit dapat langsung digunakan. Kebijakan ini mengarah pada otonomi keuangan rumah sakit. Namun, swadana menjadi kebijakan yang setengah matang karena tidak disertai dengan perubahan dasar hukum yang memadai.

Hal tersebut tampak ketika terjadi skandal penyimpangan uang negara di Departemen Pertambangan sehingga kebijakan swadana ditarik kembali pada akhir tahun 1990-an. Penarikan ini bertepatan dengan kebijakan desentralisasi kesehatan oleh pemerintah. Kebijakan swadana yang berupa Keppres kemudian dihentikan oleh pemerintah Indonesia tahun 1998, khususnya untuk RSUP. Kebijakan Swadana kemudian diganti dengan kebijakan bahwa RSUP berubah menjadi Perjan. Pada tahun 2004, terjadi lagi perubahan yaitu Perjan harus diubah kembali menjadi Perum atau BLU.

Pada akhir dekade 1990-an terjadi krisis ekonomi di Indonesia. Salah satu faktor penyebab krisis adalah kerentanan ekonomi Indonesia akibat liberalisasi perdagangan pasar modal dan keuangan (Stiglitz, 2002). Krisis ekonomi ini menyebabkan masyarakat dan pemerintah kekurangan daya beli, termasuk memberikan biaya untuk pelayanan kesehatan. Sebagai reaksi atas kesulitan masyarakat miskin untuk membayar pelayanan kesehatan, pemerintah Indonesia menyelenggarakan program Jaring Pengaman Sosial (JPS) atau *social safety net*. JPS tersebut diterapkan untuk berbagai sektor, termasuk rumah sakit. Sistem Jaring Pengaman Sosial tercatat dipergunakan oleh negara-negara yang menjalankan mekanisme pasar, sebagai sistem pelindung masyarakat miskin yang tidak mampu membeli. Model subsidi JPS merupakan model yang pertama kali diterapkan di Indonesia. Model ini memungkinkan masyarakat miskin mendapat subsidi untuk pelayanan rumah sakit melalui program nasional. Namun, perlu dicatat bahwa biaya untuk program JPS berasal dari hutang Indonesia kepada Asian Development Bank (ADB) dan bukan dari sumber dalam negeri. Model JPS ini kemudian diikuti dengan program penyediaan dana untuk keluarga miskin melalui program yang berasal dari dana kompensasi BBM pada tahun 2001.

Berbeda dengan sistem JPS yang ada di negara dengan sumber keuangan yang kuat seperti di Amerika Serikat (dengan kebijakan *Medicaid*), relatif jumlah JPS tidak cukup

untuk membiayai kebutuhan bagi keluarga miskin di Indonesia. Pada awalnya, model JPS tidak memberikan insentif keuangan yang cukup bagi tenaga kesehatan sehingga muncul pendapat yang mengarah ke pengertian semakin banyak melayani masyarakat miskin maka tenaga kesehatan tersebut akan menjadi miskin pula. Hal tersebut mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan kesehatan di Indonesia sebagaimana terjadi di berbagai negara sedang berkembang. Pada tahap selanjutnya, minimnya subsidi pemerintah mengakibatkan kurangnya gairah tenaga kesehatan untuk bekerja.

Krisis ekonomi ini menjadi bahan pemicu diskusi: di manakah letak pihak yang bertanggung jawab terhadap pemerataan pelayanan rumah sakit. Pemikiran pertama adalah direktur rumah sakit dengan strategi "*cross-subsidy*". Pemikiran kedua, posisi penjamin pemerataan bukan pada rumah sakit melainkan ada pada lembaga pemerintah yang memberi subsidi atau swasta yang akan menyumbang. Saat ini sudah berkembang ke arah pemikiran kedua bahwa yang menjamin subsidi bukanlah rumah sakit, tetapi pemerintah.

Pada intinya pemahaman sejarah masa lalu merupakan hal penting dalam menafsirkan perubahan. Ada beberapa hal penting dalam aspek sejarah. Pertama, pembiayaan dari pemerintah untuk rumah sakit di Indonesia tidak cukup dan tidak mempunyai sistem pengaman untuk keluarga miskin secara cukup. Konsep pemerataan dan keadilan (*equity*) model negara kesejahteraan tidak ada. Selain itu, konsep jaring pengaman sosial model negara yang berbasis pasar merupakan sistem reaktif yang dibentuk berdasarkan adanya krisis. Kedua, sistem manajemen rumah sakit khususnya rumah sakit pemerintah belum tertata baik. Dasar hukum rumah sakit, terutama RS pemerintah terus berubah-ubah. Sistem manajemen rumah sakit di Indonesia yang mengacu pada konsep manajemen dan ekonomi yang universal baru berlangsung pada beberapa dekade akhir abad ke-20. Sebelum masa tersebut, sistem manajemen rumah sakit pemerintah cenderung menggunakan model manajemen lembaga sosial

atau lembaga pemerintahan. Ketiga, ketidakpuasan dokter rumah sakit pemerintah akan kompensasi akan melahirkan budaya kerja yang mengatakan:

“menurut status sosial merupakan pegawai pemerintah yang tercatat di rumah sakit, tetapi mendapatkan penghasilan utama dari rumah sakit swasta dan praktik pribadi.”

Dalam hal ini terdapat perbedaan pandangan dan cara bekerja antara rumah sakit pemerintah dengan stafnya, khususnya tenaga medis. Perbedaan pandangan ini menimbulkan kesulitan dalam pengelolaan rumah sakit. Penafsiran akan ketiga hal ini perlu dilakukan secara kontekstual di setiap rumah sakit. Kombinasi antara pemahaman masa lalu dan keadaan saat ini akan membantu para manajer untuk menafsirkan perubahan yang terjadi di lingkungan dan memutuskan tindakan yang tepat.

3. Menafsirkan Perubahan Lingkungan dan *Organizational Learning*

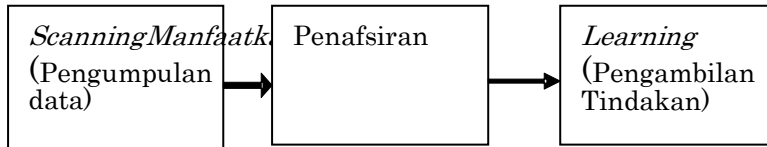
Weick (1995) dalam bukunya menulis bab mengenai *Sense making in organization*, menyatakan suatu teori yang berbasis pada analogi dengan makhluk hidup. Ketika lingkungan berubah, organisasi mempunyai sistem untuk mendeteksi perubahan tersebut, menganalisis situasi, menafsirkannya, dan menjadi rangsangan melakukan aksi sebagai jawaban atas perubahan yang terjadi. Sebagaimana makhluk hidup, kecerdasan para pengelola rumah sakit mempengaruhi ketepatan penafsiran perubahan yang terjadi. Ketepatan penafsiran ini akan membantu ketepatan *respons* dan tindakan yang diambil. Penafsiran terhadap perubahan mendorong manajer rumah sakit untuk melakukan tindakan agar organisasinya dapat berkembang terus.

Penafsiran terhadap perubahan penting untuk melakukan adaptasi strategis terhadap perubahan lingkungan. Menurut Shortell dkk (1992) adaptasi strategis berarti rumah

sakit melakukan perubahan-perubahan dalam perencanaan dan pelaksanaan kegiatan untuk mencapai tujuan organisasi. Perubahan ini sebagai akibat tuntutan lingkungan luar dan kebutuhan untuk memperkuat posisi dalam persaingan. Penafsiran secara tidak strategis mempunyai arti adanya pemahaman mengenai perubahan lingkungan yang ada. Namun, para manajer tidak melakukan tindakan untuk melakukan perencanaan ataupun perubahan kegiatannya. Dalam keadaan ini timbul semacam kemacetan dalam perubahan organisasi.

Tindakan organisasi berdasarkan penafsiran dapat dikembangkan melalui konsep pembelajaran (*learning*). Daft dan Weick (1984) mengembangkan model seperti yang terdapat pada Gambar I.3. Dalam gambar tersebut disebutkan bahwa pengambilan tindakan merupakan proses pembelajaran. Apakah tindakan yang diambil dapat meningkatkan kinerja lembaga? Proses pembelajaran ini mencakup organisasi secara keseluruhan untuk terus berkembang dalam lingkungan yang selalu berubah. Karena lingkungan yang selalu berubah, maka pembelajaran ini dilakukan secara terus-menerus.

Dalam hal pembelajaran, ada pertanyaan kritis: siapa yang belajar? Apakah sumber daya manusia di organisasi ataukah organisasi secara keseluruhan, ataukah keduanya? Pertanyaan ini relevan diajukan dalam latar belakang rumah sakit di masa sekarang. Pengamatan menunjukkan sebagian sumber daya manusia rumah sakit mempunyai tingkat status intelektual dan sosial-ekonomi yang tinggi. Akan tetapi keadaan rumah sakit yang bersangkutan berada pada situasi yang sebaliknya, misalnya kumuh secara fisik, mutu rendah, dan pelayanan yang tidak menyenangkan bagi masyarakat. Hal tersebut pada akhirnya sampai pada suasana kerja tidak menyenangkan. Keadaan ini sering terlihat pada rumah sakit pendidikan pemerintah. Hal tersebut dapat diketahui dari ketidakcocokan antara keadaan sumber daya manusia berlatar belakang pendidikan tinggi dengan keadaan rumah sakit yang memprihatinkan.



GAMBAR 1.3
KONSEP PEMBELAJARAN (*LEARNING*)

Dalam hal pembelajaran perlu dilakukan metafora ke olahraga beregu atau suatu kelompok yang bekerja secara bersama, misalnya orkes simfoni. Sebagai gambaran; Manchester United merupakan salah satu tim sepakbola terbaik di dunia. Pemainnya sebagian besar berpredikat bintang dan mengetahui teknik bermain bola dengan baik. Selaras dengan pemainnya, Manchester United juga merupakan tim hebat dengan manajer yang disegani, para pelatih yang kuat, dan infrastruktur pendukung yang mantap. Para musisi di Boston *Symphony Orchestra* mempunyai kemampuan individual tinggi dan selalu belajar untuk menyiapkan diri sebelum musim pertunjukkan. Manajemen orkestra dan konduktor dapat mengelola para individu tersebut menjadi suatu kelompok yang dapat menunjukkan kinerjanya: memainkan orkes secara bagus. Dapat disebutkan bahwa pemain bola tidak dapat bekerja sendirian, sama dengan pemain biola yang memainkan simfoni. Pemain bola dan pemain biola dalam orkes simfoni memperoleh kemampuan yang dimiliki secara pribadi tetapi prestasi yang dicapai akan dinilai secara kelompok.

Pada berbagai rumah sakit, khususnya rumah sakit pemerintah, bakat dan kemampuan staf bagus hanya mungkin tidak selaras dengan kinerja rumah sakitnya. Ada kesenjangan yang terjadi. Berbagai faktor dapat menerangkan hal ini. Sebagai kasus ada dokter pemerintah bekerja di rumah sakit pemerintah dan swasta. Dokter tersebut senantiasa melakukan pengembangan diri dengan cara membaca berbagai jurnal terbaru, belajar keterampilan terbaru, dan menjadi dokter yang baik. Akan tetapi, sistem organisasi di

rumah sakit pemerintah menyebabkan kemampuan individualnya tidak dipergunakan secara maksimal. Dokter tersebut kemudian mengembangkan kemampuan individunya di rumah sakit swasta bersama dengan timnya. Dapat dikatakan bahwa rumah sakit pemerintah tersebut gagal mengembangkan kerja kelompok seperti rumah sakit swasta tadi.

Saat ini berkembang penggunaan konsep *organizational learning* dalam melakukan penafsiran terhadap perubahan lingkungan dan tindakan yang dilakukan. Argyris dan Schon (1978) menyebutkan bahwa *organizational learning* terjadi ketika anggota organisasi bertindak sebagai agen pembelajaran sebagai respon terhadap perubahan-perubahan lingkungan luar dan dalam dan cara mendeteksi dalam memperbaiki kesalahan-kesalahan organisasi. Dalam hal ini ada ahli yang menyatakan bahwa *organization learning* merupakan suatu filosofi, bukan sebuah program (Solomon, 1994).

Penafsiran dan tindakan pembelajaran oleh organisasi dilakukan menurut dua pendekatan (Cook dan Yanow, 1993). Pendekatan pertama adalah proses pembelajaran oleh perorangan demi untuk pengembangan organisasi. Dalam konteks rumah sakit, para perawat, manajer, dokter belajar terus-menerus untuk pengembangan rumah sakitnya. Dengan peningkatan kemampuan diri dan kemampuan bekerja dengan anggota lain, maka organisasi dapat meningkat kinerjanya. Pendekatan kedua menyatakan bahwa organisasi merupakan makhluk hidup yang melakukan respons dan pembelajaran akibat pengaruh rangsangan luar. Secara bersamaan di level organisasi, dilakukan pembelajaran untuk para anggota dalam melakukan pengembangan. Kedua pendekatan ini sama-sama menekan perlunya pembelajaran di level perorangan.

Dalam proses pembelajaran oleh perorangan, terdapat pemahaman belajar secara operasional dan belajar secara konseptual. Belajar operasional merupakan pembelajaran pada level prosedur. Dalam hal ini seseorang belajar langkah-langkah yang dipergunakan untuk menyelesaikan sebuah

pekerjaan. Belajar secara konseptual mencakup pemikiran mengenai berbagai hal di balik tindakan yang diperlukan. Dalam pembelajaran secara konseptual, berbagai kondisi, prosedur dan konsep didiskusikan yang akan menghasilkan berbagai kerangka baru. Pembelajaran perseorangan dengan demikian merupakan lingkaran pembelajaran konseptual dan operasional. Pembelajaran perseorangan ini menurut Kim akan mengarah ke pembelajaran konseptual di level organisasi. Pada akhirnya akan mempengaruhi kerangka kerja organisasi dan individu-individu lain di dalam organisasi.

Konsep *organizational learning* perlu dipelajari oleh rumah sakit yang mengalami perubahan lingkungan. Dengan berpijak pada *organizational learning* maka pengembangan strategi rumah sakit dapat mempunyai dasar kuat. Sebagai gambaran, ketika kebijakan desentralisasi diterapkan akan terjadi perubahan dalam ekonomi rakyat dan kekuatan ekonomi pemerintah daerah. Perubahan lingkungan yang besar ini dapat ditafsirkan sebagai pemicu bagi direktur rumah sakit daerah untuk secara konseptual mempelajari makna desentralisasi dalam pelayanan kesehatan. Dalam mempelajari konsep ini, berbagai prosedur operasional, misalnya pengajuan anggaran harus dikaji ulang. Dengan pendekatan pembelajaran operasional dan konseptual ini direktur rumah sakit dapat menyimpulkan berbagai hal baru untuk rumah sakitnya sebagai akibat kebijakan desentralisasi. Kerangka baru dikembangkan di rumah sakit bersama dengan staf rumah sakit. Berbagai tindakan dapat dilakukan, mulai dari memahami posisi rumah sakit dalam tata kesehatan wilayah, menyusun ulang rencana strategis rumah sakit dan melaksanakan berbagai inovasi dan kegiatan baru, melakukan pendekatan ke DPRD untuk menjamin sumber biaya pelayanan rumah sakit dan berbagai hal lain. Tindakan-tindakan ini membutuhkan kesadaran mengenai manfaat pembelajaran. Corbett dan Kenny (2001) menyatakan bahwa lembaga yang sadar akan pembelajaran cenderung untuk berhasil.

Dengan menggunakan istilah lain (*learning organization*) Senge (1990) menyatakan bahwa organisasi perlu melakukan berbagai usaha sehingga para anggotanya secara terus-menerus meningkatkan kapasitas mereka untuk mencapai hasil yang diharapkan dan secara terus-menerus belajar untuk belajar secara bersama.

Berbagai Konsep Penting untuk Menafsirkan Perubahan yang Terjadi

Bagian ini membahas isi pembelajaran konseptual. Mengapa diperlukan pembelajaran ini? Perubahan-perubahan lingkungan perlu ditafsirkan secara cerdas dan membutuhkan manajer dan pemilik rumah sakit yang memahami berbagai konsep penting. Konsep-konsep tersebut antara lain mengenai perubahan global, konsep *good governance* dalam tatanan masyarakat, konsep otonomi rumah sakit dan konsep melakukan proyeksi ke depan untuk berpikir secara skenario. Pada bagian ini dibahas sebagian konsep yang sebaiknya dikuasai manajer rumah sakit.

Konsep Perubahan Global

Pengamatan menunjukkan bahwa obat semakin banyak variasinya dan harga obat semakin mahal. Teknologi kedokteran semakin meningkat dan menghasilkan berbagai alat kedokteran yang canggih. Pasien semakin menuntut pelayanan yang bermutu. Para perawat semakin mengembangkan diri. Direksi rumah sakit menggunakan berbagai konsep manajemen baru. Para dokter semakin mengembangkan diri dengan berbagai pengetahuan dan keterampilan. Akan tetapi semuanya berujung pada perubahan bahwa pelayanan kedokteran di rumah sakit menjadi semakin mahal. Bagaimana kita menafsirkan perubahan-perubahan ini?

Salah satu konsep untuk menafsirkan berbagai hal tersebut adalah perubahan global yang dipicu oleh tekanan

pasar. Dunia (global) merupakan tatanan yang dinamis. Sejarah tata dunia menunjukkan adanya pergolakan, perang antarnegara, konflik antarideologi, bangsa, dan pemeluk agama. Dalam konteks perubahan tata ekonomi dunia yang mempengaruhi sektor rumah sakit, saat ini berkembang aliran yang disebut sebagai neoliberalisme (Stiglitz 2002). Paham neoliberalisme ini berasal dari sebuah konsensus di Washington, Amerika Serikat, yang menekankan pentingnya stabilisasi. Liberalisasi perdagangan dan privatisasi. Pandangan neoliberalisme menganggap dunia sebagai pasar besar yang dapat dimanfaatkan oleh produsen secara efisien.

Banerjee dan Linstead (2001) menyatakan bahwa globalisasi dapat menjadi jenis baru kolonialisme karena kekuatan modal negara maju akan menguasai negara berkembang. Penguasaan ini dilakukan dengan melalui ketergantungan pada barang dengan cara meningkatkan konsumsi melalui berbagai promosi gaya hidup melalui iklan. Secara populer hal ini disebut sebagai konsumerisme dimana manusia adalah pasar yang harus dipengaruhi untuk membeli sesuatu. Globalisasi dapat berakibat buruk atau baik, tergantung kesiapan negara. Namun, terdapat anggapan bahwa globalisasi saat ini justru menguntungkan negara-negara maju seperti Amerika Serikat. Beberapa negara di Afrika mengalami kemunduran ekonomi karena adanya perjanjian perdagangan bebas (Stiglitz 2002).

Akibat paham globalisasi ini membawa penduduk dunia yang masuk dalam *World Trade Organization* menjadi pasar besar, sehingga penduduk Sleman, Yogyakarta bisa membeli BMW yang dibuat di Jerman atau penduduk Brooklyn di Massachussets dapat membeli panci buatan Maspion, Surabaya. Obat tradisional Cina dapat dibeli di London, sementara para laki-laki di Singapura dapat membeli Viagra. Dalam konteks perdagangan global ini penjual berbagai barang dan jasa teknologi tinggi dikuasai oleh negara maju yang bebas menjual ke seluruh negara. Sektor kesehatan merupakan contoh nyata ketergantungan ini. Hampir seluruh teknologi obat dan peralatan kedokteran merupakan produk negara

maju yang dikonsumsi pula oleh negara sedang berkembang dengan harga setempat yang sangat tinggi.

Perubahan global membuat sebuah negara menjadi semakin sulit untuk melakukan isolasi dari perubahan dunia. Di samping itu, semakin sulit menemukan manusia yang tidak terpengaruh budaya global. Sebagai contoh, cara hidup manusia Indonesia semakin terpengaruh oleh kebudayaan luar. Berbagai simbol kesuksesan masyarakat maju berimbas ke Indonesia menggantikan simbol-simbol tradisional. Mobil mewah, seperti BMW dan Mercedes Benz dapat menjadi simbol sukses seorang profesional, misalnya pengacara, dokter atau dosen perguruan tinggi di negara sedang berkembang. McDonald merupakan simbol dari modernisasi pola makan di luar untuk anak-anak dan remaja Indonesia menggantikan makanan tradisional. Aqua menggantikan peran Perusahaan Daerah Air Minum di Indonesia sebagai simbol untuk keluarga modern yang memperhatikan rasa dan aspek kesehatan. Menghadiri pertemuan *American Psychiatrist Association* di Amerika Serikat menjadi salah satu kegiatan prestisius psikiater dari negara sedang berkembang. Pendidikan anak di luar negeri merupakan simbol sukses orang tua, dan sebagainya.

Semua produk industri global tersebut membutuhkan biaya yang besar untuk memperolehnya. Dari mana sumber dananya? Dalam sektor kesehatan yang bertumpu pada pembayaran langsung, sumber dana tentunya berasal dari pasien, atau dari industri obat dan teknologi kedokteran yang pada akhirnya membebankan pada pasien. Seorang psikiater dari RRC yang menghadiri kongres *American Psychiatrists Association* di Philadelphia pada tahun 2002 mengakui bahwa biaya perjalanannya dibiayai dari pabrik obat.

Berbagai teknologi medik dan konsep-konsep baru berkembang, tumbuh dan menyebar dengan cepat ke seluruh penjuru dunia yang dipacu penggunaan Internet. Isu mengenai efisiensi, produktivitas, pengembangan mutu dan pemerataan pelayanan merupakan kata-kata kunci dunia yang mengenai pula sektor rumah sakit. Sistem manajemen rumah sakit di

Indonesia juga terpengaruh oleh kata-kata kunci ini. Berbagai kegiatan dilakukan untuk mengembangkan sistem manajemen di rumah sakit dengan konsep-konsep yang dipakai secara universal di berbagai belahan bumi. Sistem akreditasi rumah sakit diberlakukan di Indonesia, pengembangan ilmu kedokteran banyak bertumpu pada teknologi global, dan sistem manajemen rumah sakit mengadopsi konsep-konsep global.

Pengaruh gaya hidup global ini menyebabkan sebagian profesional di negara berkembang, termasuk manajer rumah sakit, dokter, dan perawat, menjadi kelompok manusia dalam tatanan sosial di masyarakat yang meluncur pada jalur cepat selaras dengan globalisasi. Di kalangan sumber daya manusia rumah sakit, pola hidup global ini membutuhkan sumber pembiayaan kuat dengan ukuran *dollar* karena mengkonsumsi produk internasional. Kebutuhan ini menimbulkan masalah. Seperti diketahui pendapatan profesional Indonesia dengan gaya hidup global menggunakan ukuran mata uang rupiah yang kecil kekuatannya. Sementara itu, berbagai pajak untuk barang mewah impor yang dikonsumsi profesional Indonesia. Sebagai gambaran, harga mobil Honda Civic di Amerika Serikat sekitar 10.000 US\$, sedangkan di Indonesia sekitar 25.000 US\$ (berkisar Rp 220 juta rupiah). Harga mobil Civic di Amerika Serikat setara dengan 1 bulan gaji profesional menengah, sementara untuk Indonesia merupakan 150 bulan gaji dokter PNS golongan IIIId. Dapat dibayangkan, untuk memenuhi standar hidup global dalam kepemilikan mobil, para profesional yang berada pada jalur global di negara sedang berkembang (termasuk di Indonesia) harus bekerja sangat keras untuk mendapat tambahan pendapatan di luar gaji resminya.

Konsep *Good-Governance* dan Peran Pemerintah

Dalam sektor kesehatan ada perkembangan baru yang menarik. Sebuah tim peneliti dari UGM melakukan pengembangan baru mengenai sistem pemantauan mutu di sebuah provinsi. Pengembangan ini berupa uji coba terhadap fungsi sebuah lembaga independen pengawas mutu rumah sakit yang

akan membantu Dinas Kesehatan Kabupaten dan Provinsi. Di Jakarta mulai berkembang kelompok-kelompok dan ahli hukum yang membantu masyarakat dalam menuntut tenaga kesehatan dan rumah sakit apabila melakukan kesalahan dalam pelayanan. Pemerintah pusat memberikan dana kompensasi BBM untuk masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Apa penafsiran hal-hal tersebut?

Perubahan-perubahan tersebut dapat diketahui melalui pemahaman atas konsep *good governance* yang membahas hubungan antara (1) pemerintah, (2) masyarakat, dan (3) pihak swasta. *Governance* menurut UNDP adalah:

“the exercise of economic, political and administrative authority to manage a country’s affairs at all levels. It comprises the mechanisms, processes and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligations and mediate their differences...”

Beberapa hal penting dalam konsep *good-governance* menurut UNDP antara lain partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan mengutamakan aturan hukum. Dalam konteks *good-governance* ini perlu dicermati Laporan Pembangunan Bank Dunia (1997) berjudul *State in Changing World*. Laporan ini menekankan pada peranan negara dalam memperbaiki pemerataan dan kegagalan pasar. Dalam hal ini penekanan mengenai peran sebagai pemberi pembiayaan dan pemberi pelayanan. Laporan tersebut juga menyebutkan tentang peran negara yang terbagi dalam tiga tingkat: (1) peranan minimal; (2) peran menengah; dan (3) peran sebagai pelaku kegiatan.

Pada peran minimal, pemerintah bertugas menyediakan pelayanan publik murni, misalnya pertahanan, tata hukum dan perundangan, hak cipta, manajemen ekonomi mikro, dan kesehatan masyarakat. Di samping itu, pemerintah harus meningkatkan program untuk mengatasi kemiskinan, melindungi keluarga miskin, dan mengatasi bencana. Pada

peran yang lebih tinggi pemerintah harus melakukan berbagai hal untuk mengatasi kegagalan pasar, misalnya menjamin pendidikan dasar, melindungi lingkungan hidup, mengatur monopoli, mengatasi berbagai hal yang terkait dengan tidak seimbangnya informasi, sampai menyediakan jaminan sosial. Pada tingkat pemerintah berperan sebagai pelaku kegiatan, terdapat beberapa kegiatan supaya tidak terjadi kegagalan pasar. Kegiatan tersebut seperti mengkoordinasi swasta dan melakukan kegiatan untuk mengatasi ketidakmerataan dengan tindakan redistribusi.

Dalam konteks *good governance*, dimanakah peran pemerintah dalam sektor kesehatan? Kovner (1995) menyatakan bahwa peran pemerintah ada tiga, yaitu (1) *regulator*, (2) pemberi biaya; dan (3) pelaksana kegiatan.

Peran Sebagai Regulator

Peran pemerintah sebagai *regulator* merupakan hal penting. Rumah sakit dalam konsep ini merupakan lembaga jasa pelayanan kesehatan pemerintah maupun swasta yang perlu diawasi mutunya oleh pemerintah dan juga oleh masyarakat. Oleh karena itu, timbul berbagai mekanisme pengawasan, termasuk adanya lembaga bantuan hukum untuk kesehatan, lembaga pengawas mutu pelayanan kesehatan, sampai pada sistem akreditasi rumah sakit. Di dalam PP No. 25 tahun 2000 yang mengacu pada UU No. 22 tahun 1999, terlihat jelas bahwa ada kebijakan yang mendorong peran pemerintah menjadi lebih aktif dalam regulasi.

Pemerintah pusat berperan sebagai *regulator* dengan berbagai fungsi antara lain dalam penerapan standar nilai gizi dan pedoman sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi, penetapan pedoman pembiayaan pelayanan kesehatan, penetapan standar akreditasi sarana dan prasarana kesehatan, penetapan pedoman standar pendidikan dan pendayagunaan tenaga kesehatan, penetapan pedoman penggunaan, konservasi, pengembangan dan pengawasan tanaman obat, penetapan pedoman penapisan, pengembangan dan penerapan teknologi kesehatan dan standar etika

penelitian kesehatan, pemberian ijin dan pengawasan peredaran obat serta pengawasan industri farmasi, penetapan persyaratan penggunaan bahan tambahan (zat aditif) tertentu untuk makanan dan penetapan pedoman pengawasan peredaran makanan, dan penetapan kebijakan sistem jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat. Sedangkan kewenangan provinsi sebagai *regulator* yaitu berkaitan dengan hal-hal: penetapan pedoman penyuluhan dan kampanye kesehatan; pengelolaan dan pemberian izin sarana dan prasarana kesehatan khusus, seperti rumah sakit jiwa, rumah sakit kusta, dan rumah sakit kanker; serta sertifikasi teknologi kesehatan dan gizi.

Aspek tata hukum yang kuat dalam konsep *good governance* ini akan mempengaruhi sistem manajemen rumah sakit sebagai lembaga usaha. Pengaruh tersebut terutama untuk memperkuat sistem manajemennya sehingga dapat menjadi efektif, bermutu, transparan, dan dapat dipertanggungjawabkan. Dalam tingkatan mikro kelembagaan, dikenal pula konsep *good corporate governance* yang akan dibahas pada Bab 11. WHO menyebutkan isu *governance* yang mempengaruhi sistem kesehatan, adalah: Komitmen politik; Berpihak pada kaum miskin; Keseimbangan peran antara pemerintah, swasta dan organisasi masyarakat dalam Pelayanan Kesehatan; Mengatasi kegagalan pasar; manajemen pelayanan kesehatan yang berfokus pelanggan; Partisipasi dan konsultasi seluas mungkin; Memerangi praktik ilegal; Tanggap dan adil dalam pembiayaan kesehatan; dan Desentralisasi.

Peran pemerintah sebagai regulator di bidang kesehatan merupakan peran yang relatif baru. Selama 30 tahun terakhir peran pemerintah sebagian besar masih berada dalam fungsi pelaksana. Perbedaan peran pemerintah sebagai regulator dan pelaksana dapat dilihat pada Tabel 1.1. Dalam tabel tersebut dapat dilihat bahwa pemerintah sebagai regulator mempunyai ciri-ciri yang memang tidak mudah dilakukan.

TABEL 1.1.
PERBEDAAN PERAN PEMERINTAH SEBAGAI
REGULATOR DAN PELAKSANA
 (Bossert dkk. 1998)

	Pemerintah sebagai Regulator	Pemerintah sebagai Pelaksana
Peran	Lembaga regulator	Mengelola institusi pelayanan publik
Tujuan	Menjamin kompetisi dan sistem kompensasi mengarah ke pencapaian indikator kesehatan wilayah	Efisiensi dan <i>survival</i> institusi pelayanan pemerintah
Unit Analisis	Berbagai jenis fasilitas pelayanan kesehatan modern dan tradisional milik pemerintah dan swasta di suatu wilayah	Fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, terutama Puskesmas dan rumah sakit.
Konsekuensi	Mengembangkan sistem regulasi wilayah dan/atau melaksanakannya	Bersaing dengan swasta
Persyaratan	<ul style="list-style-type: none"> - Integrasi sistem informasi kesehatan pelayanan milik pemerintah dan swasta - Pengembangan standar institusi dan standar pelayanan 	Sistem manajemen yang baik

Pemerintah Sebagai Pembayar

Peran pemerintah sebagai pembayar di sektor kesehatan tergantung pada kekuatan dan situasi ekonomi negara. Dalam hal ini negara-negara sedang berkembang relatif mempunyai kemampuan ekonomi rendah. Kemampuan rendah ini menyebabkan pembiayaan pelayanan kesehatan cenderung dibiayai oleh masyarakat. Hal ini berarti sistem pelayanan kesehatan bertumpu pada daya beli masyarakat atau sistem

pasar. Tabel I.2 menunjukkan bahwa di negara-negara sedang berkembang peranan pemerintah lebih rendah dibanding swasta, kecuali di Kuba yang merupakan negara sosialis. Cina, sebagai negara komunis peranan swasta meningkat karena mulai menggunakan ekonomi pasar. Sebaliknya di negara maju peranan pemerintah sangat besar, kecuali di Amerika Serikat yang mengandalkan pada kekuatan masyarakat.

Krisis ekonomi sejak tahun 1997 menyebabkan berbagai negara di Asia Timur, terutama negara sedang berkembang semakin kekurangan kemampuan untuk membiayai pembangunan di berbagai sektor. Indonesia merupakan negara yang paling parah terkena dampak krisis ekonomi, termasuk dalam penurunan mata uang rupiah terhadap dollar. Sebagai gambaran, dibanding dengan negara-negara lain, pengeluaran per kapita Indonesia untuk kesehatan sangat rendah, terutama setelah krisis ekonomi. Apabila negara-negara lain pengeluaran kesehatan (diukur dengan dollar) meningkat, Indonesia justru mengalami menurun.

TABEL 1.2.
PENGELUARAN BIAYA KESEHATAN DI BERBAGAI NEGARA

Negara	Pengeluaran kesehatan total perkapita		Pengeluaran kesehatan oleh pemerintah perkapita		Persentase Pengeluaran Kesehatan oleh pemerintah terhadap total	
	Berdasarkan dollar		Berdasarkan dollar		1997	1998
	1997	1998	1997	1998	1997	1998
Australia	1912	2226	1655	1982	87	89
Canada	2183	2363	1525	1657	70	70
Denmark	1953	2138	1607	1751	82	82
Germany	2225	2382	1703	1806	77	76
Japan	1783	1763	1417	1377	79	78
United States	3915	4055	1780	1817	45	45
United Kingdom	1457	1512	1220	1260	84	83
China	127	143	50	55	39	38
India	111	110	17	20	15	18
Brazil	454	470	183	227	40	48
Cuba	282	303	247	266	88	88
Kuwait	554	536	485	487	88	91
Negara-negara Asia Tenggara						
Brunei	992	985	403	428	41	43
Indonesia	78	54	18	14	23	26
Malaysia	194	168	112	97	58	58
Myanmar	24	32	5	5	21	16
Philippine	162	144	70	61	43	42
Thailand	221	197	126	121	57	61
Singapura	679	744	233	263	34	35
Vietnam	90	112	18	27	20	24

Sumber data: Diolah dari WHO Report 2001

Berdasarkan tabel tersebut di atas, dapat diketahui bahwa pengeluaran kesehatan pemerintah Indonesia terkecil dibanding dengan negara-negara Asia Tenggara, kecuali Myanmar. Akan tetapi, dibanding dengan negara-negara di Afrika sub-Sahara, keadaan Indonesia relatif lebih baik. Gambaran pengeluaran kesehatan per-kepita ini menunjukkan

terdapat masalah pada kemampuan pemerintah membiayai pelayanan kesehatan.

Satu hal penting yang menjadi catatan mengenai peran pemerintah bahwa dalam tahun-tahun krisis anggaran Departemen Kesehatan RI banyak dibiayai oleh hutang. Tahun 1996, 23% anggaran pembangunan berasal dari hutang luar negeri. Angka ini naik terus menjadi 48% di tahun 2000. Persentase yang cukup besar ini menimbulkan keadaan bahwa peran pemerintah sebagai pembayar pelayanan kesehatan menjadi semakin tergantung pada lembaga-lembaga pemberi hutang seperti Bank Dunia ataupun ADB. Dengan ditingkatkannya subsidi keluarga miskin melalui dana kompensasi BBM, diharapkan peran pemerintah menjadi semakin besar di dalam pembiayaan rumah sakit.

TABEL.1.3.
ANGGARAN KESEHATAN DI INDONESIA

Anggaran Pemerintah Pusat 1996 – 2001					
(dalam juta rupiah)					
<i>Budget Type</i>	<i>Budget Year</i>				
	1996	1997	1998	1999	2000
A. Dana Pembangunan (DepKes)	1,593,547.1	1,850,256.9	3,782,010.1	3,406,203.0	2,043,490.40
1. Dana dalam negeri					
2. Hutang Luar negeri	366,360.2	538,525.4	1,208,235.1	1,028,151.5	983,785.60
B. Dana Rutin	739,454.5	1,034,107.1	1,140,816.6	1,420,353.2	1,729,435.33
C. SBO	49,500.0	55,000.0	73,000.0	87,330.9	111,491.20
Total	2,382,501.6	2,939,364.0	4,995,826.7	4,913,887.1	3,884,416.93

Sumber: Biro Keuangan Departemen Kesehatan RI

Peran Pemerintah sebagai Pelaksana

Peran pemerintah sebagai pelaksana di sektor rumah sakit dilakukan terutama oleh rumah sakit pemerintah pusat dan

pemerintah daerah. Kepemilikan rumah sakit di Indonesia, jumlah rumah sakit milik pemerintah sejak tahun 1995 berkurang sedikit. Sebaliknya, di sektor swasta antara tahun 1995 sampai dengan tahun 2000 tercatat pendirian rumah sakit swasta baru sebanyak 73 (tujuh puluh tiga) buah. Pertumbuhan ini berarti terjadi kenaikan sekitar 15%. Berdasarkan kenyataan tersebut sepertinya krisis ekonomi terlihat tidak mempengaruhi kenaikan jumlah rumah sakit swasta.

TABEL 1.4.
PERTUMBUHAN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Pemilik rumah sakit	1995		1997		1998		2000	
	Jumlah RS	Jumlah TT	Jumlah RS	Jumlah TT	Jumlah RS	Jumlah TT	Jumlah RS	Jumlah TT
Pemerintah	598	79,443	599	80,490	602	80,629	595	80,667
Swasta	477	38,863	491	41,506	511	42,539	550	44,837
Total	1,488	179,666	1,507	184,646	1,534	185,779	1,561	188,400

Sumber: Departemen Kesehatan

Berdasarkan tabel 1.4 di atas terlihat bahwa fungsi pemerintah sebagai pelaksana kegiatan rumah sakit relatif berkurang. Namun, sektor swasta justru berkembang walaupun di Indonesia tidak dijumpai proses privatisasi rumah sakit pemerintah. Pemerintah tetap menjadi pemilik rumah sakit. Akan tetapi, terdapat proses otonomi manajemen rumah sakit yang berakibat pada semacam pemisahan antara fungsi pemerintah sebagai pemberi biaya atau regulator dengan fungsi pelayanan. Kebijakan-kebijakan tersebut antara lain adanya perubahan RSUP menjadi Perjan yang diubah kembali menjadi Perum atau BLU, RSD menjadi Lembaga Teknis Daerah yang tidak berada di bawah Dinas Kesehatan (PP No. 8 Tahun 2003).

Dengan model otonomi (akan dibahas pada bagian selanjutnya), akan ada hubungan kontraktual antarlembaga pemerintah. Di masa depan akan terjadi pemisahan yang semakin tegas antara pemerintah sebagai pembayar dengan pemerintah sebagai pelaksana.

Konsep Desentralisasi dan Proyeksi Perubahan

Sejak tahun 2001, berbagai perubahan terjadi akibat kebijakan desentralisasi. Di sebuah kabupaten yang tiba-tiba mempunyai anggaran tinggi karena desentralisasi, bupati atau kepala daerahnya berpikiran untuk membiayai pelayanan kesehatan sehingga masyarakat dapat gratis memanfaatkan pelayanan tersebut. Sebagian rumah sakit-rumah sakit jiwa milik pemerintah pusat yang didaerahkan mengalami masalah kekurangan anggaran akibat dana untuk operasional dan pemeliharaan berkurang. Gaji untuk para spesialis diserahkan ke daerah. Apa makna berbagai fenomena ini?

Salah satu hal penting dalam menafsirkan perubahan adalah bagaimana kemampuan melakukan proyeksi ke depan. Kemampuan menganalisis lingkungan secara periodik dan memproyeksikan ke masa depan akan mempengaruhi rutinitas organisasi. Secara perorangan, kemampuan melakukan pandangan kedepan merupakan salah satu ciri pemimpin yang visioner. Dalam konteks kebijakan desentralisasi, ada berbagai hal yang perlu diproyeksikan, antara lain fungsi pemerintah daerah dan pusat, fungsi lembaga usaha, skenario perkembangan asuransi kesehatan, dan perubahan sikap masyarakat.

Fungsi Pemerintah Daerah dan Pusat dalam Pemerataan Kesehatan

Risiko kebijakan desentralisasi terletak pada adanya kemungkinan bahwa pemerintah daerah tidak akan memprioritaskan sektor kesehatan. Hal ini tercermin dari pernyataan Depkes RI mengenai isu-isu strategis desentralisasi pelayanan kesehatan. Sampai sekarang, anggaran kesehatan dibiayai oleh pemerintah pusat. Dalam konteks pembangunan, anggaran kesehatan dapat dipandang sebagai program nonfisik, yang tidak menarik perhatian pemerintah daerah. Pengalaman di masa lalu menunjukkan bahwa sebagian besar pengeluaran pemerintah daerah digunakan untuk pembangunan fisik dan administrasi. Risiko

akan kekurangan dana menjadi semakin besar apabila anggota DPRD berhubungan erat dengan masyarakat bisnis konstruksi.

Fungsi pemerintah daerah di bidang kesehatan tergantung pada keadaan ekonomi pemerintah daerah dan masyarakat yang bersangkutan. Apabila pemerintah daerah miskin sementara masyarakat mempunyai tingkat ekonomi tinggi maka biaya pelayanan kesehatan akan lebih banyak ditanggung oleh masyarakat. Dalam hal ini, perlu ada pembangunan sistem manajemen publik di daerah. Pemerintah setempat mungkin akan memiliki beberapa inisiatif manajemen publik baru, seperti: (1) lebih mengarah ke pengawasan; (2) mendorong sektor swasta untuk bekerja sama dengan pemerintah; (3) meningkatkan peran pemerintah setempat sebagai regulator dan pembuat kebijakan. Pada masyarakat dengan tingkat kesejahteraan tinggi, maka sistem pelayanan kesehatan akan bergeser ke mekanisme pasar, seperti yang terjadi pada berbagai negara maju.

Sementara itu, pemerintah daerah yang miskin dan masyarakatnya miskin, maka fungsi pemerintah daerah otomatis juga cenderung kecil. Dalam situasi ini diperlukan peranan pemerintah pusat secara lebih kuat. Permasalahan berikutnya adalah: (1) apakah ada dananya; dan (2) apakah ada data untuk penetapan alokasi anggaran. Kedua masalah ini sebenarnya memiliki keterkaitan. Tanpa adanya data maka sulit untuk meyakinkan perlunya dana pusat untuk sektor kesehatan di daerah miskin. Dengan demikian, bagi pemerintah pusat tersedianya data sumber pembiayaan pelayanan kesehatan menjadi sangat penting. Hal ini disebabkan oleh adanya kebijakan desentralisasi pelayanan kesehatan. Merupakan suatu ketidakadilan apabila provinsi atau kabupaten maupun kota yang memiliki tingkat ekonomi tinggi masih mendapat anggaran dari pemerintah pusat. Dengan demikian, alokasi anggaran untuk sektor kesehatan haruslah berbasis pada data kesehatan masing-masing wilayah.

Beberapa hal penting dalam analisis data untuk penganggaran sektor kesehatan wilayah meliputi: (1) data

yang ada diharapkan mampu mengidentifikasi pengaruh desentralisasi terhadap pembiayaan sektor kesehatan oleh pemerintah pusat dan daerah; (2) mampu mengidentifikasi daerah-daerah yang mempunyai keterbatasan ekonomi untuk membiayai sektor kesehatan melalui pemerintah dan masyarakat; dan (3) mampu mengidentifikasi pola alokasi anggaran kesehatan oleh pemerintah setempat pasca desentralisasi.

Fungsi Lembaga-Lembaga Usaha dalam Pelayanan Kesehatan

Kebijakan desentralisasi ini akan memungkinkan lingkungan tempat lembaga-lembaga pelayanan kesehatan dikelola dengan menggunakan prinsip usaha. Dengan adanya lembaga usaha di lembaga pelayanan kesehatan (termasuk usaha pelayanan kesehatan preventif seperti pemberantasan nyamuk) maka biaya pelayanan kesehatan dapat lebih digali. Dengan demikian, lembaga usaha di bidang kesehatan berfungsi sebagai penggali dana untuk pelayanan kesehatan dan selanjutnya untuk pengembangan pelayanan kesehatan. Penggalan dana untuk kesehatan ini merupakan salah satu manfaat dari berkembangnya konsep otonomi rumah sakit (Lihat bagian berikut). Akan tetapi, perubahan ini harus dilakukan dengan hati-hati agar fungsi sosial lembaga pelayanan kesehatan tidak berkurang. Dalam hal ini kebijakan *social safety net* perlu dijalankan selama masih ada masyarakat miskin yang membutuhkan.

Peranan Lembaga Asuransi Kesehatan

Berkaitan dengan asuransi kesehatan, maka pemerintah pusat dan daerah dapat membeli asuransi untuk keluarga miskin. Dalam situasi semacam ini, pemerintah pusat dan daerah akan bertindak sebagai pembeli asuransi kesehatan. Pada akhir tahun 2004 PT Askes Indonesia ditunjuk sebagai pengelola dana untuk keluarga miskin bersumber dana kompensasi BBM pemerintah pusat. Kebijakan ini kontroversial karena menghapuskan peran Bapel JPKM di

berbagai daerah yang selama ini mengelola dana keluarga miskin.

Dengan menggunakan matriks keuangan pemerintah dan masyarakat, ada empat skenario dalam skema peranan lembaga asuransi kesehatan pascadesentralisasi seperti terlihat pada tabel 1.5. berikut ini:

TABEL 1.5.
PROYEKSI PERAN LEMBAGA ASURANSI KESEHATAN DALAM
SISTEM KESEHATAN WILAYAH

	Kemampuan Ekonomi Pemerintah Daerah Kuat (dihitung dari PAD dana persamaan dan sumber pemerintah setempat lainnya).	Kemampuan Ekonomi Pemerintah Daerah Lemah
Kemampuan Ekonomi Masyarakat Kuat (dihitung dari PDRB per kapita)	Model 1: Masyarakat kelas menengah dan atas harus membayar pelayanan yang diterima atau dengan membeli premi asuransi. Keluarga miskin akan dibiayai oleh pemerintah pusat dan daerah.	Model 2. Masyarakat harus membayar premi. Namun demikian, untuk keluarga miskin, diharapkan agar DAU atau sumber pemerintah lainnya akan digunakan untuk membeli premi. Masyarakat menengah ke atas diharapkan mampu membayar sendiri
Kemampuan Ekonomi Masyarakat Lemah	Model 3. Diharapkan agar pemerintah daerah akan membayarkan premi untuk keluarga miskin dari berbagai sumber.	Model 4. Diharapkan agar pemerintah pusat akan membayarkan premi asuransi kesehatan untuk keluarga miskin melalui berbagai sumber.

Diharapkan mobilisasi sumber pembiayaan pelayanan kesehatan pada masa-masa yang akan datang ditekankan pada subsidi dari pemerintah pusat dan daerah (yang mampu) bagi keluarga miskin melalui skema *managed care*. Program ini mungkin diimplementasikan melalui mekanisme *contracting out* ke lembaga asuransi kesehatan. Pemerintah daerah melalui Dinas Kesehatan dapat bertindak sebagai pembeli atas nama keluarga miskin.

Peran baru Dinas Kesehatan Provinsi, Kabupaten atau Kota

Manajemen publik yang baru mengakibatkan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota dapat bertindak sebagai regulator, pemerintah, dan pemegang anggaran untuk pembiayaan pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Dalam pelayanan kesehatan, diharapkan ada otonomi kebijakan dalam fasilitas kesehatan milik pemerintah untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan. Salah satu tugas bagi Dinas Kesehatan Kabupaten/Distrik adalah mengusulkan anggaran, termasuk layanan kesehatan bagi keluarga miskin. Proses alokasi anggaran pada pemerintah daerah ini penting untuk memastikan ketersediaan pembiayaan kesehatan bagi keluarga miskin.

Berkaitan dengan RSUD, status RS mungkin berubah menjadi Badan Usaha, Lembaga Teknis Daerah dengan sifat BLU, atau nama lain. Pada dasarnya terdapat kemungkinan rumah sakit menjadi lebih otonom dari pemerintah. Pengawasan mutu pelayanan medik dan koordinasi kesehatan wilayah tetap berada dalam pengawasan dan koordinasi Dinas Kesehatan. Dalam hal ini ada satu hal yang sangat penting yaitu kenyataan bahwa pembiayaan untuk sektor kesehatan tidak harus masuk ke Dinas Kesehatan. Masih terdapat dinas lain di lingkungan Pemda yang dapat membiayai sektor kesehatan, misalnya Dinas PU dalam kerangka pembangunan lingkungan hidup yang sehat, Dinas Pendidikan, ataupun Dinas Pertanian untuk masalah gizi masyarakat. Dinas Kesehatan mungkin akan lebih mengurus sektor kesehatan yang mengarah ke mobilisasi gerakan preventif serta pembiayaan kuratif bagi keluarga miskin.

Dalam hal pelayanan kuratif, Dinas Kesehatan dapat berperan menjadi pembeli sekaligus pengawas untuk pelayanan rumah sakit bagi keluarga miskin. Dengan demikian, kemungkinan dana untuk keluarga miskin dapat diberikan melalui rumah sakit swasta, apabila rumah sakit pemerintah kurang efisien.

Pertanyaan penting kemudian, siapa yang menjadi perencana kesehatan wilayah? Apakah Dinas Kesehatan,

ataukah lembaga formal/ informal dalam bentuk *Board of Health*? Pertanyaan tersebut sangat sulit dijawab. Hal ini karena masalah tersebut tergantung pada letak kabupaten/ kota terutama dalam hal keadaan ekonomi. Pemerintah daerah yang kaya mungkin akan memiliki dominasi dari pemerintah sehingga Dinas Kesehatan menjadi perencana yang dominan yang akan melibatkan berbagai dinas lain swasta dan masyarakat. Sementara itu, pada daerah masyarakat dengan tingkat kesejahteraan tinggi (kaya), namun pemerintah daerah miskin, terdapat kemungkinan bentuk *board* akan menjadi lembaga yang sangat menentukan. Hal tersebut diharapkan melibatkan semua komponen sektor kesehatan bagi suatu perencanaan kesehatan wilayah.

Pada tahun 2003 keluar PP No. 8 yang merubah struktur sistem kesehatan wilayah. PP No. 8 Tahun 2003 ini memperkuat fungsi Dinas Kesehatan provinsi dan kabupaten/kota. Sebagai pengganti PP No.84 Tahun 2000, PP No. 8 Tahun 2003 mempertegas peran Dinas sebagai pengatur kebijakan. Terlihat jelas bahwa ada pemisahan rumah sakit daerah dari dinas kesehatan secara manajerial. Dalam perubahan struktur sistem kesehatan, Dinas Kesehatan diharapkan berperan sebagai perumus kebijakan dan regulator, termasuk memberi perijinan untuk rumah sakit. Di samping itu, sebagai perumus kebijakan teknis diharapkan Dinas Kesehatan dapat mengelola sistem pembiayaan kesehatan. Untuk provinsi dalam hal ini, Dinas Kesehatan akan mengelola dana dekonsentrasi. Di samping fungsi regulasi dan penentu kebijakan, Dinas diharapkan memberikan pelayanan umum dalam sektor kesehatan, kegiatan dimana mengandung unsur *public goods* besar, misal kegiatan preventif dan promotif.

Konsep Manajerialisme dan Otonomi Rumah Sakit

Awal dekade 1990-an pemerintah meluncurkan kebijakan swadana rumah sakit melalui Keputusan Presiden No. 38 Tahun 1991 tentang Unit Swadana. Keputusan Presiden ini merupakan hal penting dalam penggunaan konsep manajemen

di rumah sakit pemerintah. Unit swadana pemerintah adalah instansi pemerintah yang mempunyai kewenangan untuk menggunakan penerimaan fungsional secara langsung.

Kebijakan swadana di rumah sakit pemerintah tidak berumur panjang di RSUP milik pemerintah pusat karena pada tahun 1997 terbit UU No. 20 tentang Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP). Sementara itu RSD tetap menjadi unit swadana. Ketika UU Desentralisasi terbit pada tahun 1999, Departemen Kesehatan mencoba mencari bentuk rumah sakit. Dengan bersandar pada PP No. 6 Tahun 2000 tentang Perusahaan Jawatan, pemerintah melakukan kebijakan menjadikan RSUP sebagai Perjan. Akan tetapi status RSUP sebagai Perjan tidak berumur panjang karena pada tahun 2003 terbit UU No. 19 tentang BUMN yang mengatur bentuk kelembagaan hanya dua yaitu Perusahaan Umum dan Persero. Pada tahun 2004 terbit UU No. 1 tentang Perbendaharaan Negara yang mengatur mengenai otonomi keuangan rumah sakit.

Kebijakan swadana di RS Daerah tetap berjalan akan tetapi sifat swadana menjadi sulit dilakukan karena ada Keputusan Menteri Dalam Negeri No. 29 Tahun 2001 yang mengatur sistem keuangan aparat pemerintah daerah. Praktis sebagian RS Daerah menjadi lembaga birokrasi. Pada tahun 2003 keluar PP No. 8 yang menegaskan bahwa RSUD dapat berbentuk Lembaga Teknis Daerah yang berada di luar Dinas Kesehatan. PP No. 8 Tahun 2003 ini diperkuat dengan UU No. 32 Tahun 2004 yang menyatakan RSUD sebagai Lembaga Teknis Daerah. Disamping itu RSD juga dapat menjadi lembaga Badan Layanan Umum.

Sektor rumah sakit swasta juga mengalami perubahan. Rumah sakit swasta diperbolehkan menjadi Badan Usaha yang mencari untung pada tahun 1992. Sebagai hasilnya di berbagai kota besar muncul rumah sakit berbentuk PT. Selanjutnya tahun 2001 disahkan UU No. 16 mengenai Tata Kerja Yayasan.

Bagaimana menafsirkan perubahan-perubahan yang mengenai rumah sakit pemerintah dan swasta ini? Salah satu

konsep yang perlu dilihat dalam perubahan ini adalah manajerialisme dan otonomi rumah sakit. Dalam proses perkembangan pemerintah, otonomi rumah sakit merupakan salah satu aplikasi konsep manajerialisme. Konsep manajerialisme bersumber pada teori Taylor pada awal abad XX. Teori Taylor menekankan mengenai efisiensi dalam kerja dengan menggunakan model kelompok yaitu kelompok yang menggunakan kemampuan pengelolaan dan mereka yang melakukan pekerjaan manual. Pendekatan Taylor ini banyak dikritik, tetapi tetap mempunyai pengaruh sampai saat ini. Dalam konteks rumah sakit, peran para manajer (yang tidak melakukan kegiatan langsung pelayanan medik) menjadi semakin meningkat, terutama pada rumah sakit-rumah sakit skala besar. Pada rumah sakit yang relative kecil, direktur rumah sakit mungkin masih dapat dirangkap oleh seorang dokter yang bekerja di klinik. Akan tetapi, pada rumah sakit-rumah sakit besar hal ini sudah tidak memungkinkan untuk dilakukan sehingga timbul kelompok manajer pengelola. Dengan demikian, berkembang manajemen sebagai fungsi organisasi yang terpisah. Manajemen ini kemudian mempunyai peran penting dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengawasi jalannya kegiatan.

Konsep manajerialisme memiliki pemahaman bahwa lembaga yang menggunakan konsep manajemen dalam pelaksanaan kegiatan akan mempunyai kinerja yang lebih baik (Pollit, 1990). Akan tetapi, sistem manajemen yang baik membutuhkan otonomi pada berbagai aspek dan kebutuhan. Istilah yang sering digunakan secara praktis adalah tersedianya wewenang untuk menetapkan keputusan sendiri dan mengelola pelaksanaannya. Tanpa wewenang ini, sebuah rumah sakit pemerintah misalnya, akan cenderung menjadi bagian dari sistem birokrasi besar yang kaku. Pengertian otonomi menurut kamus adalah:

The quality or state of being self governing, especially "the right or power of self government; 'existing or capable of existing independently; and subject to its laws only".

Pemahaman otonomi di rumah sakit adalah wewenang untuk mengelola sumber daya, dengan mengikuti prosedur dan standar yang ditetapkan. Otonomi rumah sakit merupakan bagian dari reformasi pelayanan publik di berbagai negara. Chawla dkk. (1996) menyatakan bahwa definisi otonomi rumah sakit berada pada dua dimensi: (1) seberapa jauh sentralisasi pengambilan keputusan; dan (2) jangkauan keputusan untuk menentukan kebijakan dan pelaksanaan program oleh rumah sakit. Dengan demikian, konsep otonomi rumah sakit dapat digunakan di rumah sakit-rumah sakit pemerintah maupun swasta. Pada konteks rumah sakit swasta, otonomi rumah sakit diartikan sebagai seberapa jauh direksi rumah sakit dapat melakukan keputusan manajemen, misalnya menentukan anggaran atau menerima tenaga. Di rumah sakit pemerintah derajat otonomi dapat diukur, misalnya dari indikator mengenai proses rekrutmen dokter. Jika rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk menerima dokter, rumah sakit tersebut tidak otonom dalam manajemen sumber daya manusia.

Lebih lanjut Chawla dkk. (1996) memberikan sebuah model konseptual dalam bentuk matriks seperti terlihat pada Tabel 1.6. Dalam model ini digambarkan bahwa ada sebuah kontinum (pada sumbu mendatar). Kontinum tersebut mengandung suatu keadaan sentralisasi penuh dengan otonomi rendah, menuju ke keadaan desentralisasi penuh dengan otonomi tinggi. Pada kolom (sumbu tegak), terdapat lima domain dalam otonomi rumah sakit: (1) manajemen strategi dengan wewenang penetapan visi dan misi, penetapan tujuan umum secara luas, pengelolaan aset rumah sakit dan pertanggungjawaban kebijakan rumah sakit; (2) administrasi untuk mengelola manajemen sehari-hari, misalnya pengaturan jadwal, alokasi ruangan, sistem informasi manajemen; (3) aspek pembelian yang mencakup obat, peralatan rumah sakit dan barang habis pakai; (4) manajemen keuangan yang mencakup penggalan sumber daya keuangan, perencanaan anggaran, akuntansi dan alokasi sumber-sumber daya; (5) aspek manajemen sumber daya manusia yang meliputi

kewenangan untuk mengangkat dan mem-berhentikan sumber daya manusia, menciptakan pos-pos jabatan baru, menentukan peraturan kepegawaian, kontrak dan gaji.

TABEL 1.6.
KERANGKA KONSEPTUAL UNTUK OTONOMI RUMAH SAKIT

Fungsi Manajemen dan Kebijakan	Tingkat Otonomi				
	Sentralisasi Penuh dengan Otonomi Rendah	-----> Otonomi Sebagian			Desentralisasi Penuh Otonomi Tinggi
		A	B	C	
Manajemen Strategis	Kontrol langsung oleh pemilik: Pemerintah, BUMN, atau lembaga swasta	Diatur oleh Dewan Pengelola yang ditunjuk oleh pemilik dan diarahkan oleh pemilik. Akan tetapi Dewan ini bukan menjadi bawahan pemilik		Dewan Pengelola yang dibentuk secara independen, membuat keputusan secara independen	
Administrasi	Manajemen langsung oleh pemilik, yang juga menetapkan peraturan untuk manajemen RS	Kekuasaan terbatas yang didesentralisasikan ke manajemen RS; pemilik masih memiliki pengaruh atas keputusan manajemen		Manajemen independen yang beroperasi dibawah arahan Dewan Pengelola, dengan wewenang cukup dalam pengambilan keputusan yang independen	
Pembelian	Pembelian dilakukan secara terpusat, dimana pemilik menentukan jumlah dan total pengeluaran	Kombinasi antara pembelian yang disentralisasi dan didesentralisasikan		Pembelian secara keseluruhan dikontrol oleh manajemen RS	
Manajemen Keuangan	Didanai penuh oleh pemilik; pemilik memiliki kontrol atas keuangan	Pemilik mensubsidi plus mendanai melalui sumber-sumber lain. Ada pengaruh dari pemilik tetapi secara umum berada di bawah kontrol Dewan		Otonomi penuh secara keuangan. Tidak ada subsidi dari pemilik; Pengelolaan dana secara keseluruhan berada di bawah kontrol Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan independen yang signifikan	
Manajemen Sumber Daya Manusia	Staf ditunjuk oleh pemilik; sepenuhnya berada dibawah kontrol peraturan pemilik	Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengeloladan bekerja di bawah peraturan Dewan Pengelola, tetapi juga harus mentaati peraturan pemilik		Staf dipekerjakan oleh Dewan Pengelola; semua kondisi dan peraturan ditetapkan oleh Dewan; manajer memiliki kapasitas pengambilan keputusan yang signifikan	

Sumber : Chawla dkk. (1996)

Konsep otonomi rumah sakit diterapkan di berbagai negara. Di berbagai negara, istilah yang digunakan untuk otonomi rumah sakit adalah *hospital corporatization*. Istilah korporatisasi merupakan suatu tahap (tahap ketiga) dari perubahan bentuk lembaga pemerintah dari (1) rumah sakit sebagai Unit birokrasi pemerintah, (2) rumah sakit sebagai unit otonomi, (3) rumah sakit sebagai unit korporasi, dan (4) rumah sakit yang diswastanisasikan (Preker dan Harding 2003). Korporatisasi rumah sakit mempunyai prinsip mempertahankan kepemilikan pemerintah tetapi mengurangi biaya rumah sakit dengan cara: (1) memberikan wewenang untuk meningkatkan penerimaan dari pasien; (b) merubah stuktur insentif di rumah sakit (Eid, 2001). Model ini diujicobakan di Lebanon untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit pemerintah. Istilah ini memiliki pemahaman suatu proses yang mengarah menjadi lembaga usaha (*corporate*) dan terdapat pemisahan dalam fungsi pemerintah sebagai pembayar dan pemberi pelayanan (Govindaraj dan Chawla, 1996). Melalui pemisahan ini terjadi hubungan kontraktual antara pemerintah dengan rumah sakit yang mengalami *corporatization*. Sebagai contoh, pemerintah akan membayar rumah sakit pemerintah berdasarkan *unit cost* untuk membiayai penduduk miskin.

Filipina menggunakan istilah *hospital corporatization* dalam otonomi rumah sakit. Salah satu pokok reformasi di Filipina seperti yang dinyatakan oleh Dr. Mario C. Villaverde, seorang pejabat Departemen Kesehatan Filipina, berkaitan dengan otonomi bidang keuangan rumah sakit, adalah sebagai berikut:

“Reformasi dalam bidang perumahsakitian di Filipina diharapkan mampu untuk mengijinkan rumah sakit pemerintah menerima dan mengelola sendiri pendapatan fungsional yang didapat dari masyarakat”.

Rumah sakit-rumah sakit khusus di Filipina mempunyai bentuk *corporate* seperti yang ada pada *Philippine Children Medical Center*. Pengembangan ke arah konsep otonomi

rumah sakit di Indonesia sudah dilakukan dengan kebijakan swadana. Kebijakan ini sebenarnya merupakan salah satu bagian dari berbagai aspek otonomi rumah sakit. Kebijakan swadana terbatas pada penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit pemerintah yang diperbolehkan untuk menjadi otonom. Sementara itu, untuk aspek-aspek lain seperti pembelian beberapa alat rumah sakit, rekrutmen dokter spesialis masih dilakukan oleh pemerintah pusat. Istilah korporatisasi sering dipakai oleh Bank Dunia yang menyebutkan bahwa rumah sakit pemerintah tetap merupakan aset milik pemerintah namun manajemen dikelola sebagai lembaga usaha dan harus bersaing dengan rumah sakit swasta. Korporatisasi bukanlah privatisasi, yaitu aset pemerintah dijual ke swasta.

Kebijakan penggunaan pendapatan fungsional rumah sakit pemerintah secara otonom di Thailand telah berjalan lama. Uji coba otonomi rumah sakit di RS Ban Phaew Thailand tidak hanya dalam hal manajemen keuangan saja bahkan mencakup pula manajemen sumber daya manusia. Keadaan ini yang sedang dikembangkan di DKI Jakarta dimana rumah sakit daerah diubah menjadi PT yang mempunyai otonomi di berbagai aspek, tidak terbatas pada keuangan saja.

Pada intinya, proses perluasan otonomi rumah sakit sudah berjalan di Indonesia. Proses ini berjalan walaupun masih terjadi kerancuan mengenai makna yang ada. Sebagai contoh kasus yang terjadi di sebuah RSD di Jawa Timur. Dengan berlakunya UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Pemerintahan Daerah dan UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Keuangan antara Pemerintah Pusat dan Daerah, memberi peluang sekaligus tantangan bagi RS dan Pemerintah Daerah untuk memiliki otonomi dalam pengelolaan RS. Diharapkan manajemen RS dapat lebih leluasa dalam menghadapi perubahan lingkungan yang demikian besar. Sebagai salah satu implikasi undang-undang yang baru, maka terbitlah Kepres Nomor 40 Tahun 2001 tentang Pedoman Kelembagaan dan Pengelolaan Rumah Sakit Daerah. Dengan adanya Kepres Nomor 40 Tahun 2001

tersebut, RSD di Jawa Timur tersebut berubah dari RSD Swadana dengan otonomi sebagian pada aspek keuangan menjadi bentuk Lembaga Teknis Daerah. Perubahan tersebut justru merupakan kemunduran dari aspek manajemen lembaga. Hal ini karena otonomi penggunaan pendapatan fungsional ternyata tidak ada lagi setelah menjadi Lembaga Teknis Daerah. Manajemen keuangan rumah sakit berubah kembali seperti lembaga birokrasi.

Pada kelompok RSUP, perubahan dari Swadana menjadi Perjan berkembang menjadi lembaga yang lebih kompleks. Kekompleksan tersebut karena terdapat lebih dari satu kementerian yang terlibat yaitu Departemen Kesehatan dan Kementerian Negara BUMN. Rumah sakit-rumah sakit daerah yang berada di Daerah Khusus Ibu Kota berkembang menjadi PT dengan berbagai tambahan otonomi, termasuk otonomi di bidang sumber daya manusia. Akan tetapi perubahan di DKI Jakarta memicu kontroversi. Pendapat yang pro menyatakan bahwa bentuk lembaga sebagai PT menjamin adanya otonomi luas yang mampu meningkatkan efisiensi rumah sakit. Pendapat yang kontra menyatakan bahwa bentuk PT merupakan pengingkaran dari sifat sosial rumah sakit yang berbasis kemanusiaan.

Pada tahun 2004 ini disahkan UU baru mengenai Perbendaharaan Negara (UU No. 1 Tahun 2004). UU ini mencakup Pelaksanaan pendapatan dan belanja negara/daerah, Pelaksanaan penerimaan dan pengeluaran negara/daerah, Pengelolaan kas, piutang, dan utang negara/daerah, Pengelolaan investasi dan barang milik negara/daerah, Penyelenggaraan akuntansi, informasi, dan pertanggungjawaban keuangan, Penyelesaian kerugian Negara, Pengelolaan Badan Layanan Umum, Perumusan standar, kebijakan, sistem dan standar di bidang keuangan.

Dalam cakupan UU ini ada satu hal yang terkait dengan bentuk organisasi RS pemerintah yaitu mengenai pengelolaan Badan Layanan Umum yang dalam berbagai pasal didefinisikan sebagai berikut:

Pasal 1

BLU adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas

Pasal 2

Kekayaan Badan Layanan Umum merupakan kekayaan negara yang tidak dipisahkan serta dikelola dan dimanfaatkan sepenuhnya untuk menyelenggarakan kegiatan Badan Layanan Umum yang bersangkutan. Berkenaan dengan itu, rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan dan kinerja Badan Layanan Umum disusun dan disajikan sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari rencana kerja dan anggaran serta laporan keuangan kementerian negara/lembaga/pemerintah daerah.

Pasal 69 ayat 4

Pendapatan yang diperoleh Badan Layanan Umum sehubungan dengan jasa layanan yang diberikan merupakan Pendapatan Negara/Daerah.

Pasal 69 ayat 5

Badan Layanan Umum dapat memperoleh hibah atau sumbangan dari masyarakat atau badan lain.

Pasal 69 ayat 6

Pendapatan sebagaimana dimaksud pada ayat (4) dan ayat (5) dapat digunakan langsung untuk membiayai belanja Badan Layanan Umum yang bersangkutan.

Dengan melihat pasal-pasal tersebut terlihat bahwa BLU merupakan bentuk otonomi keuangan lembaga usaha pemerintah yang tidak mencari untung. Akan tetapi BLU tidak mengatur otonomi dalam SDM secara jelas.

Secara garis besar, hubungan antara berbagai aturan hukum pemerintah dan jangkauan otonomi rumah sakit di Indonesia dapat dilihat pada Tabel 1.7. Pada lajur ke bawah terdapat aturan hukum yang dapat dipergunakan oleh RS pemerintah, sedangkan pada baris ke kanan memuat berbagai aspek manajemen yang diberikan otonomi. Pada gambar tersebut di atas, perlu dipahami bahwa semakin banyak aspek

manajemen yang diotonomikan maka rumah sakit tersebut akan semakin mudah melakukan pengelolaan rumah sakit.

Tabel 1.7. menunjukkan bahwa berbagai aturan hukum pemerintah dapat dipergunakan oleh rumah sakit. Misalnya PP No. 8 Tahun 2003 menyebutkan mengenai RS sebagai Lembaga Teknis Daerah. Penyebutan ini menunjukkan otonomi manajemen RSD dari Dinas Kesehatan. Sementara itu untuk aspek keuangan, dapat mengambil bentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang mempunyai otonomi luas. Dengan demikian RSD dalam konteks kelembagaan pemerintah di daerah berbentuk LTD berdasarkan PP No. 8 Tahun 2003 dan UU No. 32 Tahun 2004. Sedangkan otonomi keuangannya mengambil bentuk BLU (UU No. 1 Tahun 2004).

TABEL 1.7.
ASPEK-ASPEK MANAJEMEN DALAM OTONOMI RS DI
INDONESIA

Aturan Hukum yang dapat dipergunakan RS Pemerintah	Aspek manajemen yang diberikan otonomi			
	Keuangan	Sumber Daya Manusia	Pembelian Alat, Obat dan Bahan Habis Pakai	Manajemen Strategis
RSUP				
PNBP	Otonomi Rendah	Tidak ada Otonomi	Otonomi Rendah	Otonomi Sebagian
Unit Swadana	Otonomi Rendah	Tidak ada Otonomi	Otonomi Rendah	Otonomi Sebagian
Perusahaan jawatan	Otonomi Tinggi	Otonomi Rendah	Otonomi Tinggi	Otonomi Sebagian
Badan Layanan Umum	Otonomi Tinggi	Tidak dinyatakan secara jelas	Otonomi Tinggi	Otonomi Sebagian
RSD				
Unit Swadana	Otonomi sebagian	Tidak dinyatakan	Otonomi sebagian	Otonomi Sebagian
Lembaga Teknis Daerah	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan	Tidak Dinyatakan
BUMD	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi	Otonomi Tinggi
Badan Layanan Umum Daerah	Otonomi Tinggi	Otonomi Rendah	Tidak jelas	Otonomi Tinggi

Sementara itu, perubahan RSUP menjadi BLU harus diperhatikan dalam konteks otonomi apa yang akan diberikan. Apabila otonomi dalam mengelola sumber daya manusia tidak ada, maka ada kemungkinan efektivitas kebijakan BLU di RSUP tidak akan maksimal.

Dengan demikian, pemahaman akan konsep otonomi rumah sakit diperlukan untuk menafsirkan perubahan rumah sakit menjadi Perum, BLU, dan Lembaga Teknis Daerah. Pemahaman itu bukan hanya mencakup perubahan masalah keuangan, akan tetapi terkait dengan konsep otonomi manajemen rumah sakit. Sebagai catatan penting konsep otonomi bukan berarti rumah sakit tidak membutuhkan dana subsidi atau sumbangan dari luar.

Ringkasan

Pada hakikatnya pengaruh internasional merambah sektor rumah sakit di Indonesia melalui proses globalisasi di berbagai hal. Pengaruh Bank Dunia dalam sektor rumah sakit juga menonjol yakni dengan menekankan pada efisiensi dan pemerataan pelayanan. Rumah sakit di Indonesia semakin bergerak ke arah korporasi (lembaga usaha) yang mempunyai otonomi luas. Korporatisasi rumah sakit pemerintah merupakan sebuah konsekuensi logis dari usaha peningkatan efisiensi pelayanan rumah sakit. Korporatisasi rumah sakit mempunyai risiko mengurangi pemerataan pelayanan kesehatan. Disamping itu sistem tata hukum untuk rumah sakit di Indonesia masih mencari bentuk. Menarik untuk dicermati bahwa pergerakan ke korporatisasi diimbangi dengan peningkatan peran pemerintah untuk mensubsidi keluarga miskin di rumah sakit melalui dana kompensasi BBM. Dengan demikian, pemerintah Indonesia di akhir tahun 2004 mengalami pergeseran ke arah kebijakan *welfare-state* yang berada dalam lengkung berbasis mekanisme pasar. Hal ini menyebabkan komplikasi-komplikasi yang perlu diperhatikan. Salah satu hal penting dalam perjalanan bentuk kelembagaan rumah sakit adalah diperlukannya UU atau PP khusus mengenai bentuk kelembagaan rumah sakit pemerintah dan swasta.

BAB 2

PRINSIP-PRINSIP MANAJEMEN STRATEGIS

Pada Bab 1 telah disinggung penggunaan model penafsiran perubahan dan adaptasi strategis terhadap perubahan lingkungan. Sebagai hasil penafsiran perubahan lingkungan, timbul pertanyaan penting: pendekatan apa yang sebaiknya dilakukan pemimpin rumah sakit untuk melakukan tindakan pada lingkungan yang kekurangan sumber biaya untuk rumah sakit? Bab ini membahas konsep manajemen strategis sebagai suatu pendekatan yang dapat dipergunakan untuk menjawab pertanyaan tersebut. Manajemen strategis dapat dipergunakan untuk menghubungkan antara penafsiran keadaan dengan tindakan yang akan dilakukan oleh organisasi. Bagi rumah sakit, konsep manajemen strategis merupakan hal yang relatif baru. Konsep manajemen ini diperoleh dari berbagai lembaga pelayanan *profit*. Dalam hal ini muncul pertanyaan tentang layak tidaknya rumah sakit menggunakan konsep ini.

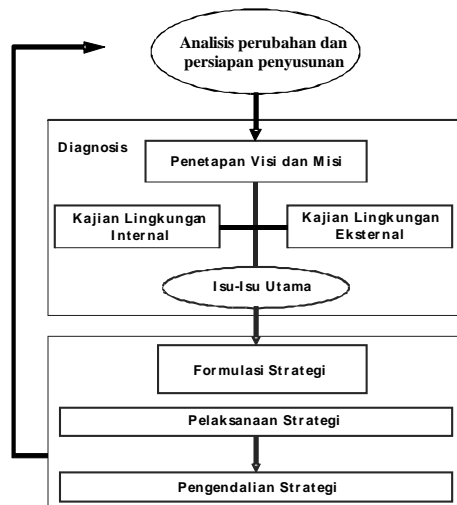
Beberapa ahli menyatakan bahwa konsep pengembangan strategis memang diambil dari pengalaman lembaga-lembaga yang bersifat *for profit*. Keadaan ini sebenarnya menunjukkan kekurangan sektor *nonprofit* dalam melakukan penetapan strategi. Hal ini dapat membahayakan kelangsungan hidup lembaga *nonprofit*, khususnya yang harus bersaing dengan pelayanan serupa tetapi memiliki orientasi *for profit*. Sebagai gambaran, semakin banyak rumah sakit di Amerika Serikat yang berubah menjadi *for profit*. Dalam kurun waktu 25 tahun (antara tahun 1970 s.d. tahun 1995), 330 rumah sakit *nonprofit* dari sekitar 4.991 rumah sakit di Amerika Serikat berubah menjadi rumah sakit *for profit*.

Memahami Konsep Manajemen Strategis

Manajemen strategis merupakan suatu filosofi, cara berpikir dan cara mengelola organisasi. Manajemen strategis tidak terbatas pada bagaimana mengelola pelaksanaan kegiatan di dalam organisasi, tetapi juga bagaimana mengembangkan sikap baru berkaitan dengan perubahan eksternal. Pemahaman mengenai makna manajemen strategis tidak hanya terbatas pada aspek pelaksanaan rencana, tetapi lebih jauh lagi ke aspek misi, visi, dan tujuan kelembagaan. Makna tersebut terkait dengan konteks lingkungan luar dan dalam organisasi. Secara singkat, beberapa penulis seperti Duncan dkk (1995), Truitt (2002), dan Katsioloudes (2002) menggambarkan manajemen strategis sebagai langkah-langkah para pemimpin organisasi melakukan berbagai kegiatan secara sistematis. Langkah-langkah tersebut antara lain melakukan analisis lingkungan organisasi yang memberi gambaran mengenai peluang dan ancaman. Kemudian langkah berikutnya melakukan analisis kekuatan dan kelemahan organisasi dalam konteks lingkungan internal. Kedua langkah ini dilakukan dalam usaha menetapkan visi, misi, dan tujuan organisasi.

Pernyataan misi merupakan hal utama dalam lembaga yang bersifat *mission driven* sehingga analisis lingkungan luar dan dalam lebih dipergunakan untuk menyusun strategi.

Langkah berikutnya adalah merumuskan strategi sesuai dengan kekuatan dan kelemahan organisasi yang berada pada lingkungan yang mempunyai peluang atau ancaman. Melaksanakan strategi merupakan bagian dari manajemen strategis. Pelaksanaan tersebut akan dilakukan bersama dalam sistem pengendalian strategis untuk menjamin tercapainya tujuan lembaga. Secara keseluruhan konsep manajemen strategis dapat dibagi menjadi beberapa bagian yang berurutan: analisis perubahan dan persiapan penyusunan, diagnosis kelembagaan dan analisis situasi, formulasi strategi, pelaksanaan strategi dan pengendalian strategi (Perhatikan Gambar 1.4.).



GAMBAR 1.4.
SKEMA KONSEP MANAJEMEN STRATEGIS

Sebenarnya konsep manajemen strategis berasal dari jaman kuno, khususnya berasal dari pemikiran politikus dan militer. Kata *strategy* dalam bahasa Inggris berasal dari kata bahasa Yunani "*strategos*" yang mempunyai arti 'merencanakan untuk menghancurkan musuh melalui penggunaan sumber daya secara efektif'. Pengertian strategi dalam lembaga usaha merupakan rencana para pemimpin

organisasi untuk mencapai hasil yang konsisten dengan misi dan tujuan organisasi. Strategi dapat dipandang dari tiga aspek: (1) perumusan strategi; (2) pelaksanaan yang bertujuan merealisasikan strategi menjadi tindakan; dan (3) pengendalian strategi yang dilakukan untuk merubah strategi atau usaha penjaminan agar tujuan yang ditetapkan dapat tercapai. Katsioloudes (2002) menyatakan bahwa strategi merupakan gambaran besar mengenai cara sebuah lembaga atau perorangan dapat mencapai tujuan. Sebagai kontras, taktik merupakan strategi dalam skala yang lebih kecil dan waktu yang lebih pendek. Strategi merupakan kombinasi antara pengambilan keputusan secara alamiah dan proses pemikiran rasional. Strategi sebenarnya merupakan hal alamiah bagi lembaga yang mempunyai konsep survival (bertahan dan berkembang).

Penggunaan manajemen strategis dalam sektor usaha bermula sekitar 60 tahun yang lalu (Duncan dkk.,1995). Tahun 1960-an dan tahun 1970-an merupakan awal dari pengembangan konsep perencanaan strategi pada lembaga usaha. Berbagai perusahaan besar mempraktikkan hal tersebut, termasuk General Electric yang kemudian mempopulerkan dalam bentuk penerbitan ilmiah. Konsep manajemen strategis berawal dari perencanaan strategi. Pada intinya proses perencanaan strategi berusaha untuk menjangkau waktu lebih dari dua belas bulan perencanaan yang biasa dilakukan perusahaan. Pada tahun 1980-an konsep perencanaan strategi dilebarkan menjadi manajemen strategis, khususnya dalam penekanan mengenai pelaksanaan dan pengendalian strategi. Pada masa ini mulai banyak lembaga-lembaga *nonprofit* yang menggunakan, termasuk rumah sakit, perguruan tinggi, dan pemerintahan. Penggunaan model manajemen strategis berkembang seiring semakin meningkatnya kompetisi di bidang usaha nonprofit dan tuntutan agar pemerintah bekerja secara benar. Dalam artikel klasik, Gluck dkk (1980) menguraikan 4 nilai dalam perencanaan sebuah lembaga, sebagai berikut:

1. Sistem Nilai: Memenuhi Anggaran

Pada perkembangan di sistem ini, manajemen hanya diartikan sebagai penyusunan anggaran belanja tahunan, dan perencanaan lebih ke arah masalah mencari dana. Prosedur dirancang untuk menangani anggaran pembelanjaan. Sistem informasi disusun untuk mencocokkan hasil atau pencapaian dengan sasaran mata anggaran. Sistem ini dapat cenderung menjadi tidak transparan. Sistem nilai seperti ini sering dijumpai pada rumah sakit-rumah sakit yang mengandalkan pada anggaran pemerintah atau kemanusiaan.

2. Sistem Nilai yang Memperkirakan Masa Depan

Fase ini merupakan suatu perencanaan yang berbasis pada *forecasting* atau perkiraan. Kerangka waktu untuk perencanaan biasanya adalah 5 sampai 25 tahun ke depan. Pada awalnya sistem perencanaan ini dilakukan berbasis pada ekstrapolasi-ekstrapolasi data masa lalu. Akan tetapi ternyata keadaan lingkungan luar membuat berbagai ekstrapolasi ini dapat meleset jauh.

3. Sistem Nilai yang Berpikir Secara Abstrak

Pada fase dengan sistem nilai ini, terjadi suatu keadaan dimana para manajer mulai tidak percaya pada prediksi-prediksi akibat kegagalan-kegagalan yang ada. Para manajer mulai mempelajari fenomena-fenomena ataupun keadaan-keadaan yang menyebabkan suatu lembaga sukses atau gagal. Mereka akhirnya mempunyai suatu pemahaman mengenai kunci-kunci sukses suatu lembaga. Dengan suatu kombinasi keahlian analisis kekuatan dan kelemahan internal, dan komposisi produk dibanding dengan pesaing, para manajer mulai dirangsang untuk berpikir secara inovatif, dan bahkan cenderung menjadi abstrak pada masanya, atau sulit diterapkan menjadi suatu rencana operasional. Keadaan ini yang menjadi cikal bakal suatu sistem manajemen yang mengarah pada penciptaan masa depan.

4. Sistem Nilai yang menciptakan masa depan.

Dalam sistem manajemen, para manajer mulai merencana dengan berbasis pada visi masa mendatang. Gambaran masa depan yang dicita-citakan akan diusahakan tercapai dengan berbagai program yang operasional.

Manajemen strategis merupakan konsep yang membutuhkan nilai penciptaan masa depan. Jika sebuah lembaga tidak mempunyai nilai penciptaan masa depan, maka dapat diartikan bahwa lembaga tersebut belum siap menjalankan manajemen strategis.

Manajemen strategis: Mengapa Dibutuhkan di Rumah Sakit?

Pertanyaan tersebut menjadi relevan dengan keadaan rumah sakit di Indonesia saat ini. Manajemen strategis telah menjadi alat yang menentukan pengembangan lembaga-lembaga kontemporer dalam dunia usaha. Lebih dari 97 % dari sekitar seratus perusahaan terkemuka dan 92 % dari sekitar seribu perusahaan di Amerika Serikat melaporkan mempunyai usaha untuk melakukan perencanaan strategi (Duncan,1995). Konsep manajemen strategis digunakan pada sektor kesehatan di negara maju sejak tahun 1970-an. Masa sebelum itu, berbagai lembaga pelayanan kesehatan tidak berminat untuk menggunakan manajemen strategis. Hal itu karena lembaga-lembaga tersebut umumnya masih independen, merupakan lembaga *nonprofit*, dan penganggaran pelayanan kesehatan diberikan berdasarkan ongkos pelaksanaan plus keuntungan. Strategi dapat dihasilkan oleh berbagai bagian dari rumah sakit maupun rumah sakit secara keseluruhan. Misalnya, strategi yang ditetapkan oleh unit rawat jalan, bangsal VIP atau strategi oleh instalasi farmasi. Proses penyusunan strategi tersebut dilakukan sesuai dengan masalah dan kebutuhan berbagai unit pelayanan di rumah sakit. Pada tahun 1995, RSD di Indonesia yang berjumlah hampir 325 buah hampir semuanya tidak mempunyai konsep mengenai penulisan rencana strategi sebagai pedoman untuk pengembangan kegiatan rumah sakit. Pelatihan yang

dilaksanakan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM bekerja sama dengan Ditjen PUOD Departemen Dalam Negeri telah membawa perubahan ke arah pengembangan rencana strategi. Akan tetapi, hasil atau dampak pelatihan nasional itu masih kecil (Sufandi, Trisnantoro dan Utarini, 2000). Berdasarkan data tersebut, rumah sakit di Indonesia, khususnya RS pemerintah belum mempunyai motivasi untuk menggunakan manajemen strategis dalam sistem manajemennya.

Manfaat manajemen strategis di rumah sakit mungkin belum diperhatikan oleh seluruh sumber daya manusia di dalamnya. Hal ini terkait dengan keadaan kekurangan komitmen yang terjadi di rumah sakit daerah di Indonesia. Sebuah kelaziman bahwa rumah sakit daerah tidak mampu memberi penghidupan layak dan suasana kerja yang menyenangkan untuk sumber daya manusianya. Ketika pendapatan di lembaga lain lebih tinggi dibandingkan dengan pendapatan dari rumah sakitnya sendiri, terjadilah kehilangan komitmen mereka.

Fenomena tersebut terlihat pada kegiatan penyusunan rencana strategi di rumah sakit daerah pada penghujung dekade 1990-an. Berdasarkan kegiatan tersebut ternyata kelompok sumber daya manusia yang paling bersemangat adalah para manajer, sementara para klinisi cenderung tidak bersemangat. Hal ini disebabkan para manajer rumah sakit menyadari berbagai kondisi yang dapat mengurangi atau meningkatkan perkembangan rumah sakit. Sedangkan para klinisi cenderung tidak melihat perkembangan rumah sakit daerah sebagai hal yang penting. Ketidaksepakatan dalam rumah sakit akhirnya mengakibatkan konsep berpikir strategis untuk masa mendatang menjadi tidak dipergunakan. Akibatnya, rumah sakit kehilangan kontrol atas perkembangannya.

Akibat kehilangan kontrol atas perkembangan menyebabkan rumah sakit mengalami penurunan daya saing. Hal ini terjadi di berbagai rumah sakit daerah. Kemudian, muncul fenomena yang disebut sebagai *bulgurisasi* rumah

sakit pemerintah. Proses *bulgurisasi* ini berdasarkan pada kenyataan bahwa rumah sakit pemerintah sebagai lembaga yang tidak mempunyai daya saing. Sebagian RS pemerintah pusat maupun RS pemerintah daerah (dalam konteks persaingan dengan RS swasta), hanya diminati oleh masyarakat miskin yang tidak mempunyai pilihan. Posisi bersaing untuk mendapatkan pasien kelas menengah ke atas tidak ada. Sementara itu, subsidi rumah sakit pemerintah sangat kecil sehingga tidak mampu mengikat para staf rumah sakit untuk bekerja secara penuh waktu. Pada gilirannya akan menyebabkan fasilitas penunjang serta fisik berada dalam kondisi buruk. Mutu pelayanan rumah sakit menjadi rendah dan rumah sakit hanya diminati oleh masyarakat miskin yang tidak mempunyai pilihan lain. Akibatnya, timbul pelayanan rumah sakit berlapis. Untuk masyarakat kaya berobat ke rumah sakit swasta, sedangkan untuk yang miskin menggunakan pelayanan kesehatan pemerintah yang cenderung tidak sebaik swasta. Pada saat masyarakat miskin meningkat pendapatannya, maka pelayanan rumah sakit pemerintah yang bermutu rendah akan ditinggalkan.

Dalam situasi ini filosofi manajemen strategis dapat dipergunakan untuk menghindarkan rumah sakit pemerintah dari keterpurukan sebagai lembaga jasa yang inferior. Hal inilah yang menjadi relevansi manajemen strategis di rumah sakit. Pada prinsipnya manajemen strategis di sektor rumah sakit berguna untuk:

1. Menjadi sistem yang dipergunakan rumah sakit untuk melakukan pengembangan ke masa depan dengan memahami masa lalu dan masa sekarang. Arah ke masa depan tersebut bersifat strategis yang mencakup pengembangan atau penghentian kegiatan lama, pengembangan kegiatan baru untuk memenuhi harapan masyarakat pengguna, pengembangan sumber biaya baru dan penggalan lebih dalam terhadap sumber biaya lama.
2. Memahami filosofi *survival* untuk bertahan dan berkembang bagi rumah sakit dengan berbagai standar kinerja lembaga. Dalam hal ini manajemen strategis

- berguna sebagai dasar sistem perencanaan, pelaksanaan, dan pengendalian yang terukur dengan indikator jelas.
3. Memahami aspek komitmen dari sumber daya manusia. Dengan menggunakan konsep manajemen strategis, otomatis pengukuran kadar komitmen sumber daya manusia dilakukan untuk pengembangan rumah sakit. Sistem manajemen strategis menuntut kadar komitmen yang tinggi dari seluruh tenaga kesehatan di rumah sakit. Dengan menyusun rencana strategi, pelaksanaan dan pengendalian strategi maka akan terlihat kelompok sumber daya manusia yang mempunyai komitmen dan yang tidak mempunyai komitmen.
 4. Sebagai pegangan dalam menghadapi masa depan yang tidak pasti dan mempunyai berbagai perubahan. Manfaat ini membutuhkan kemampuan untuk melakukan prediksi ke masa depan dan melakukan berbagai skenario dalam menyusun strategi.
 5. Bagi sumber daya manusia di bidang kesehatan, khususnya para kelompok profesional, manajemen strategis memberikan pemahaman bahwa tidak mungkin sebuah profesi atau seseorang bekerja sendiri di rumah sakit tanpa didukung oleh kelompok yang mempunyai harapan sama terhadap rumah sakit di masa depan.

Pertanyaan penting kemudian adalah: apakah rumah sakit sebagai lembaga bukan mencari untung perlu menggunakan konsep manajemen strategis? Koteen (1997) menyatakan bahwa lembaga-lembaga pemerintah dan nonpublik perlu menggunakan konsep manajemen strategis sebagai jawaban terhadap berbagai kenyataan baru. Berbagai lembaga *nonprofit* menghadapi kenyataan keterbatasan sumber biaya, tekanan dari masyarakat untuk memberikan perhatian pada mereka yang miskin dan menderita, adanya kerumitan organisasi, dan kenyataan adanya ideologi politik yang tidak begitu memperhatikan aspek sosial. Pada prinsipnya lembaga-lembaga sosial dan *nonprofit* menghadapi

kenyataan yang menuntut efisiensi dan persaingan sumber daya.

Dalam hal ini lembaga *nonprofit* sebaiknya menggunakan konsep manajemen strategis karena berbagai faktor: (1) unsur penilaian hasil di lembaga *nonprofit* biasanya sulit dikuantifikasi atau diidentifikasi secara jelas; (2) lembaga *nonprofit* dapat dengan mudah terjebak pada mitos bahwa efisiensi merupakan hal yang hanya penting di lembaga *for profit* sehingga tidak memikirkannya; (3) lembaga *nonprofit* perlu mempunyai pegangan kuat dalam mencapai tujuan lembaga yang sering sulit dikuantifikasi; (4) lembaga *nonprofit* pada dasarnya juga mempunyai persaingan dengan lembaga *for profit*.

Pada intinya manajemen strategis rumah sakit ditulangpungungi oleh suatu model perencanaan strategis rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan dan pengendalian yang tepat. Model perencanaan strategis menekankan persoalan visi dan analisis faktor-faktor eksternal dan internal yang dapat mempengaruhi tercapainya tujuan lembaga. Faktor-faktor internal tersebut dapat menunjukkan kekuatan dan kelemahan lembaga, sedangkan analisis faktor eksternal dapat menggambarkan hambatan dan dorongan dari luar lembaga. Faktor-faktor eksternal dan internal yang ada harus dianalisis untuk menyusun strategi di masa mendatang. Dengan analisis keadaan ini maka perencanaan di masa mendatang dapat lebih rasional dan tepat.

Dengan memperhitungkan faktor-faktor eksternal dan internal, pengembangan kegiatan rumah sakit dapat dilakukan lebih sistematis dan mempunyai dimensi waktu perencanaan yang tidak hanya menjangkau dalam satu tahun. Konsep pemikiran ini dituangkan melalui proses perencanaan strategis yang bersifat jelas, antisipatif, dan berjangka panjang. Dalam hal ini dibutuhkan ketrampilan melakukan prediksi terhadap berbagai perubahan lingkungan eksternal dan kemampuan perencanaan di internal lembaga.

Sebelum melakukan proses manajemen strategis, beberapa hal perlu dilakukan. Langkah pertama yaitu

melakukan analisis *trend* dan persiapan penyusunan dengan cara memahami dinamika lingkungan. Hal ini seperti yang telah dibahas pada Bab 1. Dinamika lingkungan merupakan faktor pencetus seorang pemimpin untuk berpikir strategis, mampu menafsirkan makna perubahan untuk mengambil tindakan strategis. Dalam analisis *trend* seorang pemimpin diharapkan mempunyai visi untuk masa depan lembaga yang dipimpinnya. Dapat dibayangkan apabila seorang pemimpin tidak mempunyai komitmen pengembangan lembaga. Hal itu menyebabkan pemikiran strategis mungkin tidak berkembang di sebuah lembaga. Setelah memahami adanya kebutuhan melakukan pengembangan secara strategis, maka dapat dilakukan penyusunan sistem manajemen stratejik.

Langkah kedua dalam menggunakan manajemen strategis adalah melakukan diagnosis rumah sakit. Menarik untuk dicermati bahwa menyusun sistem manajemen strategis sebenarnya seperti model bekerja seorang dokter. Pada tahap awal sebagaimana seorang dokter yang akan melakukan terapi, terlebih dahulu dilakukan proses diagnosis untuk menentukan strategi pengobatan. Diagnosis kelembagaan dipergunakan untuk menentukan strategi terpilih. Oleh karena itu, ketidaktepatan menetapkan diagnosis akan mengurangi efektivitas strategi. Beberapa hal penting dalam diagnosis kelembagaan yaitu keterkaitan antara visi, misi, analisis eksternal dan internal, serta isu-isu pengembangan. Hubungan antar berbagai hal ini perlu dilakukan dalam pola berpikir menyeluruh. Sebagai contoh, pada analisis lingkungan eksternal dan internal dapat mempengaruhi misi dan visi. Sebaliknya penetapan misi dan visi dapat mempengaruhi pula interpretasi lingkungan eksternal dan internal. Sebagai contoh, apabila rumah sakit menetapkan visi yang tidak terlalu tinggi maka hasil penafsiran analisis internal rumah sakit tersebut juga tidak akan terlalu tinggi. Sedangkan penerapan visi yang tinggi akan diperoleh hasil penafsiran analisis internal yang tinggi. Sebaliknya, hasil analisis lingkungan luar dan dalam dapat mempengaruhi misi dan visi yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Misi organisasi merupakan pernyataan eksplisit mengenai tugas rumah sakit. Misi sebaiknya menggambarkan tugas, cakupan tindakan yang dilakukan, kelompok masyarakat yang menjadi tujuan kegiatan, pasar yang harus dipuaskan dan nilainya. Misi seringkali dirinci pernyataan definitif mengenai tujuan yang akan dicapai.

Visi bagi rumah sakit adalah gambaran keadaan di masa mendatang. Visi tidak hanya sebuah ide, tetapi sebuah gambaran mengenai masa depan yang berpijak pada masa sekarang menghimbau dengan dasar logika dan naluri secara bersama-sama. Visi mempunyai nalar dan memberi ilham. Secara bersamaan akan menyiratkan harapan dan kebanggaan jika visi tersebut dapat diselesaikan. Bab 6 akan membahas kedua hal tersebut secara lebih rinci.

Berbagai faktor eksternal dapat mempengaruhi arah dan kegiatan rumah sakit, bahkan mungkin pula merubah struktur organisasi. Secara garis besar lingkungan eksternal dapat dibagi menjadi dua kelompok. Kelompok pertama yaitu lingkungan jauh yang secara langsung atau tidak langsung mempengaruhi usaha untuk mencapai tujuan. Pengaruh-pengaruh tersebut dapat bersumber dari perkembangan global, perkembangan nasional, perubahan demografi dan epidemiologi, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi khususnya ilmu kedokteran, perkembangan sosial budaya dan lain-lain.

Lingkungan kedua yaitu lingkungan dekat dan operasional rumah sakit. Sebagai ilustrasi, untuk rumah sakit pemerintah daerah, lingkungan dekat adalah: arah pengembangan pemerintah daerah dalam era desentralisasi, badan-badan/ institusi yang melakukan akreditasi terhadap rumah sakit, tuntutan masyarakat akan mutu pelayanan rumah sakit, persaingan antarrumah sakit dan lain-lain.

Analisis keadaan internal meliputi berbagai faktor internal strategis antara lain terdiri dari sumber daya manusia, fasilitas, organisasi, dana, serta program pendidikan dan latihan. Analisis eksternal dan internal secara bersama akan dikombinasikan sehingga menghasilkan analisis

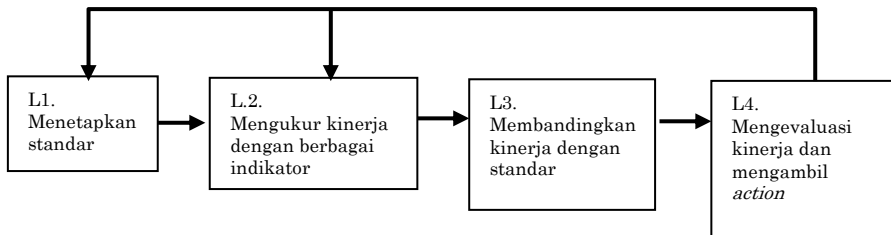
SWOT (*Strength, Weaknesses, Opportunity, and Threats*). Analisis SWOT ini dapat menggunakan pendekatan kuantitatif atau kualitatif. Hasil analisis SWOT akan digunakan untuk melakukan penetapan isu-isu pengembangan yang akan dipergunakan untuk menyusun Perumusan Strategi. Akan tetapi, hasil analisis SWOT dapat pula dipergunakan untuk merubah visi dan misi yang sudah ditetapkan. Bab 7 akan membahas lebih lanjut tentang hal tersebut. Setelah melakukan diagnosis dengan adanya isu-isu utama pengembangan, langkah ketiga yaitu menetapkan strategi. Ketepatan dalam menetapkan strategi merupakan awal dari suksesnya pengembangan rumah sakit. Dalam hal ini akan ditemukan penetapan strategi tingkatan rumah sakit dan strategi unit-unit usahanya. Strategi rumah sakit secara keseluruhan pada umumnya bersifat umum, komprehensif, dan merupakan pedoman rencana jangka panjang untuk pencapaian tujuan. Strategi level (tingkatan) unit-unit usaha mempunyai tujuan yang lebih spesifik. Di samping itu, terdapat berbagai strategi fungsional yang banyak dilakukan oleh unit-unit pendukung.

Formulasi strategi merupakan usaha mewujudkan visi dan misi organisasi. Dengan demikian, formulasi strategi perlu memperhatikan logika, kelayakan, dan indikator untuk keberhasilannya. Pada intinya strategi yang ditetapkan menunjukkan integrasi keputusan untuk mencapai tujuan organisasi, alokasi sumber daya dan prospek keberhasilan dalam kompetisi. Dengan demikian, dalam menetapkan formulasi strategi, organisasi harus mengacu pada visi, misi, tujuan, dan informasi mengenai lingkungan internal dan eksternal. Setelah menetapkan strategi di level rumah sakit dan usaha, kemudian dilakukan perencanaan jangka menengah-panjang (sekitar 3 sampai dengan 5 tahun). Setelah itu dilakukan perencanaan tahunan. Pada saat menyusun program, harus diperhatikan masalah strategi fungsional. Proses penyusunan rencana strategi biasanya berakhir pada penyusunan program antara tiga sampai dengan lima tahunan. Perencanaan tahunan akan masuk ke perencanaan

operasional. Bab 6 dan 7 akan membahas lebih lanjut tentang perumusan strategi rumah sakit untuk pengembangan pelayanan.

Penerapan strategi (langkah keempat) adalah proses penterjemahan strategi menjadi tindakan dan hasil. Pada intinya pelaksanaan strategi akan mencakup pelaksanaan pada level rumah sakit secara keseluruhan, unit-unit usaha, dan pada unit-unit pendukung. Seluruh proses di subsistem rumah sakit menjadi sasaran pelaksanaan. Pada tingkatan rumah sakit harus dipikirkan mengenai struktur organisasi rumah sakit yang tepat untuk menjalankan strategi. Bagaimana dukungan fasilitas fisik dan peralatan rumah sakit, bagaimana mengembangkan budaya organisasi sehingga dapat mendukung tercapainya visi dan terselenggaranya misi dengan efektif tanpa banyak konflik yang merugikan. Dalam pelaksanaan perlu diperhatikan pula mengenai tanggung-jawab sosial dan etika pelayanan kesehatan. Sebenarnya fase ini merupakan saat pembuktian hasil nyata perencanaan. Rencana Strategi yang sudah disusun dapat gagal dilaksanakan karena dukungan untuk melakukan perubahan ternyata tidak cukup dan rumah sakit terlalu banyak memiliki hal yang tidak logis.

Langkah kelima adalah pengendalian strategi. Pengendalian ini merupakan proses penentuan apakah strategi telah mencapai tujuannya, mendekati tujuan, atau gagal mencapai tujuan. Pembuat strategi harus menilai dampak dan respons atau tanggapan strategi yang dijalankan. Dalam fase ini penggunaan indikator yang ada dalam visi, misi, dan tujuan yang ditetapkan menjadi penting. Penggunaan sistem indikator kinerja merupakan bagian dari proses pengendalian sebuah lembaga. Pada intinya proses pengendalian sebuah lembaga mempunyai alur empat langkah seperti terlihat pada Gambar 1.5. berikut.



GAMBAR 1.5.
PROSES PENGENDALIAN DI LEMBAGA

Pengendalian strategi berbeda dengan pengendalian program. Pengendalian strategi memiliki beberapa hal yang perlu diperhatikan (Ginter dkk., 1998). Saat melakukan evaluasi hasil dan melaksanakan kegiatan apabila ada penyimpangan dari hasil maka perlu dilakukan tindakan. Terdapat kemungkinan terjadi penyimpangan pada pernyataan visi, misi, atau tujuan organisasi. Dalam keadaan ini perlu ada perbaikan visi, misi, dan tujuan. Kemungkinan berikutnya yaitu kesalahan yang terjadi pada perumusan strategi. Pada keadaan ini perlu perbaikan strategi. Berikutnya, terdapat kemungkinan kesalahan pada tingkat operasional. Pada keadaan ini perlu diperbaiki kesalahan operasional. Dengan menggunakan pemahaman ini maka merupakan suatu tindakan yang sia-sia apabila tindakan koreksi dilakukan pada langkah operasional, karena sebenarnya kesalahan berada pada penetapan strategi.

Dengan melihat fase-fase seperti tersebut di atas ada berbagai sifat manajemen strategis (Koteen, 1997). Manajemen strategis berorientasi ke masa depan. Keputusan yang dilakukan pada masa ini selalu mempunyai implikasi untuk masa mendatang. Implikasi ini harus diperhitungkan dalam bentuk berbagai alternatif tindakan. Manajemen strategis merupakan cara berpikir dan berperilaku untuk mencapai perubahan. Dengan demikian, manajemen strategis bukan sebuah mode yang diikuti tanpa ada pelaksanaan yang benar.

Lebih lanjut disebutkan bahwa manajemen strategis merupakan konsep yang pelaksanaannya bersifat berkesinambungan dan terus-menerus. Secara sistematis, manajemen strategis merupakan kerangka kerja untuk berbagai fase manajemen. Manajemen strategis tidak mudah diterapkan dan membutuhkan perhatian besar. Berbagai kegiatan pengumpulan data, analisis, pengambilan keputusan membutuhkan kecakapan dan disiplin.

Dengan melihat sifat-sifat manajemen strategis, dapat disebutkan berbagai kebutuhan dasar agar manajemen strategis dapat dipergunakan di rumah sakit. Pertama, adanya komitmen untuk melakukan perubahan agar rumah sakit dapat berkembang dalam persaingan usaha pelayanan kesehatan. Kedua, harus ada paradigma yang tepat sebagai dasar penggunaan manajemen strategis. Ketiga, adanya manajer strategi yang mempunyai jiwa kepemimpinan. Mereka adalah orang-orang yang memegang tanggung jawab untuk kinerja keseluruhan rumah sakit atau untuk unit usaha strategis, atau unit pendukung. Kriteria manajer strategi adalah mempunyai *leadership (Vision, Beliefs, and Courage)* dan terampil secara manajerial. Faktor penting keempat adalah konsistensi berbagai tahapan di atas. Terdapat contoh-contoh dalam aplikasi di rumah sakit bahwa manajemen strategis tidak dapat dilakukan karena tidak ada hubungan antara penetapan strategi dengan proses penganggaran.

Manajemen Strategis dan Manajemen Perubahan

Penggunaan manajemen strategis di rumah sakit membutuhkan dan terkait dengan manajemen perubahan. Berpikir secara strategi muncul karena ada perubahan lingkungan khususnya mengenai seluruh subsistem di rumah sakit. Rumah sakit merupakan lembaga yang padat karya dan mempunyai berbagai subsistem yang saling terkait. Berdasarkan pembagian profesi di rumah sakit, setidaknya terdapat profesi dokter, perawat, manajer, farmasis, akuntan,

ahli gizi, serta berbagai profesi lain. Permasalahan yang terkadang timbul adalah ketidaksamaan persepsi seluruh komponen rumah sakit dalam menafsirkan perubahan serta tindakan strategis yang diperlukan. Akibatnya, perubahan yang diharapkan akan gagal.

Bagian ini membahas pelajaran yang dapat ditarik dari kasus-kasus rumah sakit yang mengalami perubahan antara lain, RSD Kalimas kelas C, RSD Kertosari kelas C, dan RSUP Dr. X. Perubahan yang terjadi adalah peningkatan mutu pelayanan dan perubahan budaya dari sifat rumah sakit pemerintah yang birokratis menjadi rumah sakit yang mempunyai semangat melayani pasien. Perubahan ini merupakan konsekuensi dinamika lingkungan usaha sehingga memaksa rumah sakit untuk melakukan perubahan.

Berdasarkan teori perubahan, tidak semua lembaga mempunyai pengalaman dan hasil yang sama dalam hal perubahan. RSD Kalimas mengalami perkembangan yang besar. Data menunjukkan bahwa RSD ini mempunyai peningkatan kinerja yang tinggi dalam kurun waktu sepuluh tahun. RSUP Dr. X yang merupakan RS pendidikan, hanya berhasil melakukan perubahan di sebuah instalasinya, yaitu Ruang Rawat Inap VIP. RSD Kalimas dibahas dengan melakukan perbandingan kasus RSD Kertosari yang gagal melakukan perubahan. Observasi terhadap perubahan yang ada di kedua rumah sakit dilakukan dengan mengacu pada berbagai hal pokok (kunci) dalam perubahan yang ada serta lama perubahan. Berdasarkan observasi ini dapat ditarik berbagai pelajaran. Hal tersebut tentu saja mengacu pada referensi mengenai perubahan. Terdapat beberapa hal pokok yang dapat dicatat dari pengembangan ketiga rumah sakit tersebut. Hal pokok yang selanjutnya menjadi kunci yaitu pemahaman mengenai tujuan perubahan; keterlibatan sumber daya manusia, momentum, serta indikator untuk proses perubahan.

RSD Kalimas terlihat mempunyai pegangan kuat untuk melakukan pengembangan. Hal itu tampak dari program pengembangan yang dimiliki direksi dan dipahami oleh

seluruh staf. Berbagai tujuan dijabarkan dengan jelas. Tujuan yang hendak dicapai oleh RSD Kalimas misalnya, saat ini RSD Kalimas bertekad menjadi rumah sakit dengan mutu internasional. Para pemimpin formal dan informal mempunyai komitmen tinggi untuk melakukan perubahan. Bupati sebagai *stakeholder* berperan penting dalam hal membantu dana pengembangan, walaupun RSD sudah menjadi swadana dan mempunyai pendapatan fungsional yang cukup tinggi. Kalangan DPRD juga mendukung perubahan yang ada. Para pemimpin memegang peranan kunci pada pengembangan proyek, proses perancangan dan pelaksanaan, termasuk Ketua Komite Medik.

Sementara itu, RSD Kertosari tidak mempunyai gairah untuk berkembang. Para *stakeholders* dan pemimpin cenderung mengalami kebuntuan dalam pengembangan rumah sakit. Gambaran berikut yang disampaikan oleh Direktur RSD Kertosari menunjukkan sebuah keputusan dalam usaha mengubah rumah sakit.

Sebelum krisis moneter pernah melakukan uji coba Swadana. Bupati sudah memberikan izin dan mengerti diperlukan dana untuk menambah jasa medis dan memberikan kesempatan pada RS Swasta untuk mempergunakan SDM RSD dengan sistem *win-win*. Tetapi karena kenaikan harga barang habis pakai, pendapatan RSU terus menurun, insentif/ jasa medis sampai menunggak tidak terbayarkan sehingga gagal uji coba yang dilakukan kembali pada keadaan semula sebelum uji coba. Upaya lain yang diusulkan menurut SK Menkes adalah bahwa tarif kelas II ditetapkan sesuai dengan *unit cost*. Dengan kondisi ini diharapkan penentuan tarif yang lain (kelas I dan VIP) dapat digunakan dengan SK Bupati. Akan tetapi DPRD tidak menyetujui hal ini.

Dengan SK lebih mudah, karena apabila ada kenaikan harga, tarif bisa disesuaikan dengan SK Bupati. Tetapi. DPRD tidak mau, orang di sana hanya berpikir politis, berkeinginan murah dan bagus, tanpa melihat kebutuhan. "Sehingga ya... sudah terserah saja semua kebijaksanaan pada Pemda untuk

diapakan RS ini apakah diswastakan atau kalau perlu ditutup atau jadi agen SDM untuk RS swasta”.

Keterlibatan sumber daya manusia merupakan hal penting dalam perubahan. Di RSD Kalimas terdapat sekelompok staf yang menjadi motor perubahan. Sekelompok staf ini dipimpin oleh direktur. Mereka menyadari bahwa pengembangan pelayanan merupakan hal penting. Hal ini dapat dinyatakan bahwa terdapat keterlibatan berbagai kelompok sumber daya manusia secara aktif. Kelompok-kelompok kerja seperti Komite Medik, keperawatan, staf administrasi, rekam medik terlihat bersemangat dalam melakukan pengembangan. Semangat melakukan perubahan terlihat dalam proses penyusunan rencana strategi dan pengembangan indikator keberhasilan. Dalam hal ini rasa memiliki di RSD Kalimas sangat tampak. Pada intinya RSD Kalimas berhasil melakukan perubahan pada tingkat strategi dan tingkatan “akar rumput” tempat mereka melakukan pekerjaan sehari-hari. Perubahan yang terjadi di RSD Kalimas mampu menghasilkan perubahan strategis. Perubahan tersebut mampu melibatkan direktur rumah sakit, staf direksi, dan beberapa kader karyawan. Di samping itu, RSD Kalimas juga mampu melakukan perubahan di tingkatan *grass root* (akar rumput) dengan penekanan pelaksanaan pada tingkat kegiatan sehari-hari.

Pada pihak lain, RSD Kertosari tidak menunjukkan semangat dan niat mengubah kinerja kelompok manusianya. Bahkan, tahun 2002 terbit artikel di koran daerah yang menyatakan bahwa karyawan rumah sakit tersebut bekerja tidak serius. Pada saat jam dinas diketahui adanya karyawan yang melakukan jual beli barang dengan karyawan lain. Selain itu, pelayanan hingga pukul 08.30, belum seorang dokter pun yang siap di klinik, padahal pasien terlihat antri di setiap klinik. Laporan di koran menuliskan bahwa masih terdapat dokter yang membuka praktik pribadi meskipun waktu telah menunjukkan pukul 09.30. Kenyataan ini menimbulkan tanda tanya tentang komitmen para dokter. Laporan di koran ini

diperkuat dengan pendapat anggota DPRD yang mengeluhkan pelayanan RSD Kertosari ini.

Kasus pada RSUP Dr. X, tidak terlihat adanya perubahan sumber daya manusianya, kecuali di Bangsal VIP. Antaranggota direksi tidak menunjukkan kekompakan dan kesungguhan untuk melakukan perubahan. Pengamatan terhadap proses perencanaan di RSUP Dr. X menunjukkan bahwa sumber daya manusia yang berada pada satuan-satuan kerja dan tersusun dari berbagai profesi belum menunjukkan keinginan untuk melakukan perubahan.

Proses penyusunan visi, misi, dan rencana strategi dilakukan hanya untuk keperluan akreditasi. RSUP Dr. X memang melakukan penyusunan rencana strategi, tetapi proses penyusunan lebih dilakukan oleh tim tingkat rumah sakit tanpa menekankan hubungan dengan seluruh instalasi. Dokumen rencana strategi ini tidak terkait dengan penyusunan anggaran tahunan. Terdapat *missing link* antara rencana strategi dengan perencanaan anggaran tahunan. Hasil analisis rencana strategi tiap instalasi belum lengkap. Hasil pengamatan lain menunjukkan anggota Staf Medik Fungsional belum mempunyai keterlibatan dalam proses menyusun rencana strategi. Dalam pembicaraan dengan Ketua Komite Medik, tersirat bahwa tidak ada perencanaan mengenai masa depan pelayanan klinik rumah sakit pendidikan ini.

Masalah menjadi semakin kompleks karena dalam perencanaan pelayanan klinik ini terkait dengan Fakultas Kedokteran. Ketika ditelusuri, di Fakultas Kedokteran (khususnya di Bagian Klinik) tidak dilakukan perencanaan bersama dengan rumah sakit. Dalam hal ini sebagian besar profesi spesialis masih belum menunjukkan itikad melakukan perubahan. Salah satu hal penting penghambat perubahan ke arah yang lebih baik adalah kultur bekerja para pegawai (khususnya para dokter ahli yang menjadi tulang punggung pelayanan medik di rumah sakit):

.....bekerja di rumah sakit pemerintah adalah pengabdian sedangkan mencari uangnya dilakukan di rumah sakit swasta...

Hal ini merupakan pengaruh pasar. Budaya kerja ini merupakan hal penting karena mendorong komitmen spesialis untuk bekerja di RSUP X menjadi rendah. Sedikit spesialis yang bekerja *full timer* di rumah sakit pemerintah ini. Para dokter spesialis mendapatkan pendapatan jauh lebih banyak di rumah sakit swasta atau praktik pribadi dibandingkan dengan perolehan pendapatan dari RSUP X. Pada keadaan semacam ini akan sulit untuk melakukan perubahan di kalangan spesialis.

Langkah perubahan juga belum terlihat jelas pada jajaran direksi. Seringkali terjadi hal-hal yang mengesankan pendekatan birokratis, yang pada akhirnya belum mampu memberikan kepercayaan pada seluruh sumber daya manusia untuk menggantungkan hidupnya dari RSUP X. Hanya bangsal VIP instalasi yang menonjol dalam menunjukkan perubahan. Kehadiran bangsal VIP telah memberikan suatu kepastian pendapatan untuk sebagian sumber daya manusia.

Momentum, Indikator, dan Lamanya Perubahan

RSD Kalimas mengalami perubahan secara bertahap dimulai sejak tahun 1990. Pengembangan diamati berjalan secara pelan tapi pasti. Dalam proses perubahan terdapat momentum-momentum menarik. Timbul rasa dan gairah tinggi untuk bekerja dengan berbagai situasi baru, termasuk hal yang dianggap sepele misalnya, perubahan warna dan bentuk seragam para perawat. Perubahan seragam tersebut ternyata mampu meningkatkan kebanggaan bekerja. Aspek bangunan fisik juga mengalami perubahan yang berarti. Berawal dari sebuah rumah sakit yang kumuh berubah menjadi kompleks bangunan yang bersih rapi, dengan berbagai bangunan baru yang membanggakan, termasuk pintu gerbang yang megah. Di sisi lain, RSD Kertosari tidak menunjukkan berbagai perbedaan keadaan yang dapat disebut sebagai suatu proses perubahan. Dari tahun ke tahun, proses kegiatan, suasana kerja, dan bentuk fisik rumah sakit tidak mengalami perubahan yang berarti. Rumah sakit mengalami stagnasi.

Pada kasus pengembangan RSUP Dr. X, secara fisik berbagai proyek pembangunan memberikan citra terjadi perubahan. Berbagai bangunan baru, dengan dana dari pemerintah pusat dan bahkan hutang dari negara lain memberikan citra RS yang modern. Akan tetapi, secara sistem manajemen, boleh dikatakan tidak terjadi perubahan yang berarti. Dalam hal sistem insentif untuk spesialis, RSUP berusaha melakukan perubahan sejak tahun 1985. Kemudian di pertengahan dekade 1990-an dilakukan perubahan status menjadi RS swadana. Akan tetapi, hal itu tidak menjadikan perubahan yang berarti akibat kegagalan perubahan cara pandang dan sistem manajemennya. Kesan yang didapat adalah bahwa perubahan yang ada masih cenderung pada fisik dan peralatan medik. Akan tetapi, sumber daya manusianya masih tetap.

Pengalaman untuk Dipelajari

Berdasarkan observasi terhadap perubahan-perubahan yang terjadi di beberapa rumah sakit dan referensi mengenai perubahan di lembaga pelayanan kesehatan (Quorum Health Resources, 1997) diperoleh berbagai pengalaman yang dapat ditarik. Pertama, perlunya suatu rumah sakit memahami adanya berbagai kunci sukses yang dibutuhkan untuk suatu perubahan. Kedua, perubahan itu sendiri sebenarnya memerlukan proses perubahan yang cukup panjang. Proses perubahan tidak hanya berdasarkan suatu rencana strategi, tetapi membutuhkan berbagai kegiatan yang cukup rumit. Ketiga, dibutuhkan sekelompok sumber daya manusia yang benar-benar mempunyai komitmen untuk melakukan perubahan.

Untuk melihat keberhasilan perubahan, terdapat hal-hal sebagai kunci sukses. Menarik untuk diamati bahwa sebagian besar kunci sukses terkait dengan sumber daya manusia. Kunci sukses pertama adalah adanya visi bersama yang jelas dan dipahami semua orang mengenai mengapa perubahan harus dilakukan. Dalam hal ini Direktur RSD Kalimas sangat fasih dan jelas dalam menguraikan visi mengenai keadaan

rumah sakit di masa mendatang. Dalam berbagai kesempatan, komunikasi dilakukan antara direksi dengan seluruh karyawan dan pihak luar untuk pengembangan rumah sakit. Pemahaman akan visi bersama mendorong seluruh karyawan untuk bergerak melakukan perubahan.

Usaha perubahan di RSD Kalimas merupakan kegiatan yang benar-benar dimiliki oleh staf rumah sakit, bukan oleh kepentingan pihak luar. Program pengembangan di RSD Kalimas dilakukan sejak awal dekade 1990-an sebelum ditetapkan program akreditasi. Awal perubahan adalah kesadaran bersama akan manfaat yang diperoleh apabila rumah sakit berhasil meningkatkan kinerjanya. Di sisi lain, RSUP Dr. X terlihat bahwa perubahan terlalu mengacu pada momen-momen kedatangan tim penilai akreditasi dari luar. Terkesan terjadi kesibukan yang bersifat musiman menjelang akreditasi, yang tidak terlihat sebagai suatu proses yang berkesinambungan.

Kunci sukses berikutnya bahwa para pemimpin formal dan informal di RSD Kalimas mempunyai komitmen tinggi untuk melakukan perubahan. Hal tersebut merupakan kenyataan atau fakta. Para pemimpin informal ini termasuk para spesialis dan para perawat yang memegang peranan kunci pada proses perancangan perubahan dan pelaksanaan perubahan. Hal yang berlawanan (kontras) ditemukan di RSD Kertosari. Para spesialis dan perawat RSD Kertosari terlihat tidak berinisiatif dan aktif melakukan perubahan.

Keterlibatan para pemimpin informal dan formal ini menyebabkan proses perubahan di RSD Kalimas mampu menarik sumber daya manusia di berbagai tingkatan menjadi aktif dan bergairah untuk melakukan perubahan. Kegairahan ini terlihat sampai pada tingkat petugas satpam dan pemberi informasi. Perubahan ini dapat dipantau dengan penerapan sistem komunikasi yang baik di antara seluruh anggota rumah sakit di RSD Kalimas. Dalam proses perubahan di RSD Kalimas perlu dicatat bahwa ada sekelompok kecil staf yang menjadi inti proses perubahan. Anggota tim ini terlihat bergairah dan memahami proses pengembangan rumah sakit.

Selama proses perubahan yang berjalan bertahun-tahun, terlihat ada ada berbagai tonggak untuk melihat perkembangan perubahan; apakah berjalan dengan baik, terhambat ataukah gagal. Tonggak-tonggak tersebut berupa indikator-indikator perkembangan yang bersifat internal rumah sakit atau indikator dari luar (eksternal). Contoh tonggak internal sangat bervariasi misalnya, perbaikan angka statistik vital rumah sakit, kenaikan insentif untuk karyawan dan jasa medik untuk dokter, pengecatan dan renovasi fisik rumah sakit, pembangunan gapura masuk rumah sakit sampai ke penggantian seragam perawat sehingga berwarna-warni, tidak hanya putih. Indikator eksternal adalah keberhasilan rumah sakit menjadi RS Sayang Bayi, menjadi juara dalam kinerja rumah sakit, sampai lulus akreditasi. Tonggak-tonggak keberhasilan ini sering di rayakan secara kecil-kecilan atau dengan upacara di RSD Kalimas.

Patut dicatat bahwa setiap perubahan pasti membutuhkan biaya. Dalam hal ini sumber dana untuk proses perubahan di RSD Kalimas benar-benar dapat diandalkan. Di samping pendapatan dari pasien, RSD Kalimas mendapat bantuan keuangan dari pemerintah daerah untuk pengembangan rumah sakit. Sebagian dana dialokasikan dalam jumlah relative besar untuk pendidikan dan pelatihan staf termasuk untuk mengundang narasumber dan konsultan ke RSD Kalimas.

Pengalaman yang dapat diperoleh dari RSD Kalimas adalah bahwa proses perubahan berlangsung bertahun-tahun. Dalam kurun waktu sekitar sepuluh tahun, RSD Kalimas berhasil memobilisasi perubahan dan melakukan perubahan yang disebut sebagai perubahan transformasi. RSD Kalimas telah berubah dari rumah sakit kabupaten yang kusam dan tidak bergairah menjadi rumah sakit yang bersih walaupun sederhana dan anggotanya mempunyai kegairahan tinggi dalam bekerja.

Berdasarkan petunjuk untuk perubahan di lembaga pelayanan kesehatan (Quorum Health Resources, 1997), RSD Kalimas melakukan berbagai langkah perubahan yang

mencakup lima fase yaitu (1) mobilisasi untuk perubahan; (2) pemahaman masalah lebih lanjut; (3) perancangan ulang, termasuk menyusun kembali rencana strategi; (4) transisi dan (5) menjaga momentum perubahan terus-menerus.

Kelima fase ini berjalan secara berurutan. Dengan demikian, tidaklah logis apabila dilakukan perancangan ulang kegiatan (termasuk merubah rencana strategi) sebelum ada mobilisasi untuk melakukan perubahan. Mobilisasi sebagai fase pertama merupakan fase yang kritis. RSD Kertosari gagal memobilisasi dukungan untuk perubahan. Demikian pula RSUP Dr. X. Mobilisasi yang terjadi di RSUP Dr. X untuk proses perubahan hanya berjalan pada bangsal VIP. Kapasitas RSUP Dr. X dengan sekitar tujuh ratus tempat tidur dan merupakan rumah sakit pendidikan merupakan hal penting untuk diperhatikan dalam menilai perubahan yang ada. Dapat disimpulkan bahwa usaha perubahan di RSUP Dr. X relatif lebih sulit dibandingkan dengan RSD Kalimas.

Penggunaan manajemen strategis merupakan hal penting dalam proses perubahan. Peran manajemen strategis dalam proses perubahan dapat dilihat dengan melakukan analisis detail terhadap proses perubahan. Pada fase pertama (Mobilisasi), beberapa langkah membutuhkan kemampuan penafsiran seperti yang dibahas pada Bab 1. Setelah menafsirkan perubahan-perubahan yang terjadi di lingkungan rumah sakit, pimpinan rumah sakit bersiap melakukan tindakan-tindakan strategi. Salah satu hal penting ialah menekankan mengapa harus ada perubahan di rumah sakit Alasan perubahan tersebut dapat dilakukan dengan melihat situasi saat ini. Pada kasus RSD Kertosari terlihat bahwa pada fase kesatu langkah pertama ini sudah mengalami kegagalan. Para staf rumah sakit tidak memahami mengapa perlu ada perubahan. Keadaan buruk ini sudah terjadi bertahun-tahun dan tidak ada tindakan nyata untuk mengatasinya. Demikian pula yang terjadi di RSUP Dr. X. Pada beberapa instalasi dan unit mengalami kegagalan melihat mengapa harus ada perubahan. Pada fase mobilisasi ini diperlukan proses memetakan dukungan untuk perubahan. Dukungan untuk

perubahan merupakan bagian komitmen pegawai untuk pengembangan RS. Dalam hal ini, RSD Kalimas mempunyai dukungan sumber daya manusia yang sangat luas. Sementara itu, RSD Kertosari dan RSUP Dr. X justru sebagian besar sumber daya manusia tidak mendukung penuh karena terlihat mereka mempunyai komitmen di rumah sakit lain.

Fase mobilisasi ini diperlukan berbagai kegiatan yang bertujuan memberikan orientasi mengenai makna perubahan untuk seluruh *stakeholders* rumah sakit. Sasaran komunikasi bervariasi mulai dari anggota direksi, pemilik RS (Pemerintah Pusat, Pemda, Yayasan dan DPRD) dan seluruh karyawan. Untuk pengembangan perubahan ini diperlukan penetapan tim perencana perubahan di RS. Tim ini bertugas untuk merencanakan perubahan yang menghasilkan dokumen perubahan yang terpadu; memahami keadaan yang terjadi di RS; analisis pihak-pihak terkait (*stakeholders*) dan pengguna RS untuk mengetahui apakah ada *gap* (jurang pemisah) antara yang ideal dengan kenyataan; memahami proses kegiatan pelayanan di RS, mengidentifikasi proses untuk perancangan kembali dan merencanakan sumber biaya untuk perubahan. Pada fase mobilisasi ini, pernyataan visi dan misi rumah sakit perlu dipergunakan. Dengan adanya visi dan misi yang baik, diharapkan ada mobilisasi perubahan.

Fase kedua dalam perubahan adalah pemahaman masalah lebih lanjut. Pada fase ini tim melakukan berbagai kegiatan, antara lain mengkaji ulang dan menekankan kembali mengenai langkah-langkah perubahan, melakukan identifikasi mengenai pengguna dan *stakeholders* yang terkait dengan proses perubahan, mengidentifikasi peraturan-peraturan yang terkait dengan perubahan, memetakan proses perubahan dan biaya lebih rinci, mencari *the best practice* dan indikator-indikator kinerja (pelayanan prima RS). Kemudian, hasil analisis ini dilaporkan ke pimpinan puncak dan seluruh anggota organisasi.

Fase ketiga dalam proses perubahan adalah perancangan ulang. Dalam fase ini peran manajemen strategis dibutuhkan. Berdasarkan penemuan pada fase pertama dan fase kedua, penyusunan rencana strategis dapat dimulai dengan mengkaji visi rumah sakit dan merubahnya bila perlu. Selanjutnya, fase ini dapat dipergunakan untuk menyusun kembali rencana strategi rumah sakit dan sistem yang menggunakan konsep manajemen strategis secara keseluruhan. Kegiatan ini tidak hanya mencakup level rumah sakit, tapi mencakup pula pengembangan rencana strategis unit-unit usaha atau instalasi dengan bantuan pihak-pihak yang berkepentingan. Fase ini membutuhkan kegiatan yang sangat banyak dan hasilnya dikomunikasikan ke seluruh anggota organisasi.

Fase keempat merupakan transisi. Pada fase ini tim perubahan secara terus-menerus memberikan orientasi ke seluruh staf dan merancang sistem pemantauan kegiatan pelaksanaan. Dalam fase ini pelatihan sumber daya manusia untuk menghadapi keadaan baru merupakan hal utama. Dalam fase transisi ini perlu diperhatikan berbagai hal secara rinci termasuk perubahan peraturan.

Fase kelima dalam proses perubahan adalah menjaga momentum perubahan. Fase ini yang harus dilaksanakan terus-menerus sebagai akibat dinamika lingkungan. Pada fase ini hasil perubahan perlu dikomunikasikan. Di samping itu, hasil proses perubahan perlu dipelajari untuk perbaikan.

Pengalaman di RSD Kalimas menunjukkan bahwa perubahan di rumah sakit adalah suatu keharusan. Perubahan dilakukan dengan memperhatikan mekanisme pasar, termasuk meningkatkan insentif. Perubahan tersebut merupakan proses rumit dan memakan waktu bertahun-tahun. Sebagai hasil pelatihan manajemen strategis di UGM pada tahun 1996–1997 ada rumah sakit yang berhasil melakukan perubahan. Meskipun demikian, tidak sedikit yang gagal. Bahkan ada kasus rumah sakit yang gagal melakukan perubahan. Kegagalan ini karena dalam langkah awal sudah tidak mampu memobilisasi perubahan. Dalam hal ini penggunaan konsep manajemen strategis oleh rumah sakit yang tidak mempunyai

komitmen melakukan perubahan merupakan hal sia-sia. Penggunaan konsep manajemen strategis termasuk penyusunan rencana strategi merupakan salah satu alat untuk melakukan perubahan organisasi menuju kinerja yang lebih baik.

BAB 3

BUDAYA ORGANISASI DAN MANAJEMEN STRATEGIS

Penggunaan manajemen strategis merupakan bagian penting proses perubahan suatu organisasi. Untuk menggunakan manajemen strategis membutuhkan lembaga yang kuat budaya organisasinya. Mengapa? Sebuah rumah sakit kemungkinan mempunyai keadaan terpecah belah dalam berbagai kelompok sehingga tidak ditemui suatu budaya organisasi bersama. Dalam keadaan terpecah belah, mobilisasi perubahan sulit dilakukan dan penggunaan konsep manajemen strategis di rumah sakit akan menjumpai banyak hambatan. Pertanyaan lainnya ialah mengapa sebuah lembaga dapat terpecah belah? Apakah manajemen strategis dapat dipergunakan untuk merubah budaya organisasi? Apa yang

harus terlebih dahulu dilakukan antara penerapan manajemen strategis atau perubahan budaya organisasi?

1. Budaya Organisasi

Bab 1 telah membahas mengenai berbagai perubahan di lingkungan rumah sakit. Keadaan politik, ekonomi, dan sosial masyarakat berubah. Di samping itu, terdapat perubahan teknologi kedokteran, berkembangnya asuransi kesehatan, berkembangnya harapan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan bermutu, adanya peningkatan tuntutan hukum, desentralisasi pelayanan kesehatan, sampai pada masalah migrasi tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat. Perubahan tersebut terkait dengan dinamika globalisasi yang sering disebut mempunyai ideologi neoliberalisme. Ideologi ini mengacu pada prinsip mekanisme pasar yang menjadi alternatif penting akibat kegagalan pemerintah menjalankan misi membiayai pelayanan untuk kesejahteraan rakyat, termasuk kesehatan. Kekuatan pasar telah menjadi faktor yang sangat menentukan dalam kehidupan rakyat di Indonesia. Secara *de facto* Indonesia telah menggunakan sistem ekonomi berbasis pasar yang dianjurkan oleh IMF dan Bank Dunia.

Pengaruh global berbasis pada mekanisme pasar berdampak pada kehidupan sosial masyarakat. Dampak tersebut dapat dilihat pengaruh berbagai simbol produk global terhadap rakyat Indonesia seperti minuman Coca Cola, McDonalds, mobil BMW, Aqua hingga ke gaya kehidupan modern (lihat Bab 1). Pada sektor kesehatan, sumber daya manusia juga terpengaruh dengan pola kehidupan global. Perubahan-perubahan tersebut mempengaruhi budaya bangsa Indonesia di berbagai tingkat. Perubahan budaya tersebut hampir ditemui di semua tingkatan bangsa, daerah, jenis pekerjaan dan organisasi.

Dalam konteks budaya organisasi, Trice dan Beyers (1993) mendefinisikan budaya sebagai: *..collective phenomena that embody people's responses to the uncertainties and chaos that are inevitable in human experience.* Lebih lanjut, Trice

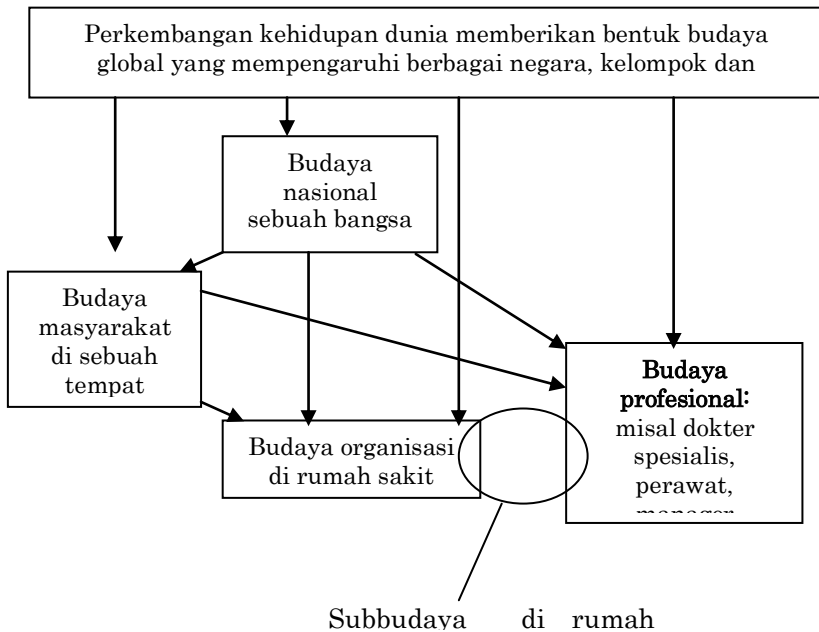
and Beyers (1993) memberikan dua macam kelompok budaya dalam organisasi yaitu (1) bahan budaya berupa sistem yang secara emosi dimiliki bersama sebagai suatu ideologi, (2) bentuk-bentuk budaya yaitu hal-hal yang dapat diamati, misalnya tindakan, kegiatan membina budaya, dan cara mengkomunikasikan berbagai isi budaya antaranggota. Schein (1992) menyatakan bahwa definisi budaya organisasi dapat diketahui berdasarkan kultur kelompok yang didefinisikan sebagai:

A pattern of shared basic assumptions that the group learned as it solves its problems of external adaptation and internal integration, that has worked well enough to be considered valid and, therefore, to be taught to new members as the correct way to perceive, think, and feel in relations to those problems.

Lebih lanjut, Schein menyatakan bahwa terdapat berbagai tingkat budaya, yaitu (1) asumsi dasar yang berada di bawah sadar dan menjadi kepercayaan kuat dalam organisasi, (2) nilai-nilai yang dicari dan diekspresikan dalam berbagai kegiatan termasuk menyusun strategi, tujuan organisasi, dan filosofi organisasi, dan (3) artefak atau hal yang tampak dan benda-benda yang terlihat sebagai ciri budaya kelompok.

Rumah sakit sebagai sebuah organisasi terpengaruh oleh perubahan budaya. Model perubahan budaya (perhatikan Gambar 1.6) dapat dilihat sebagai suatu interaksi antar berbagai budaya di berbagai tingkat kehidupan manusia. Dalam tingkat global terjadi berbagai perubahan penting misalnya telekomunikasi, sistem informasi, dan usaha peningkatan efisiensi di perusahaan. Sistem telekomunikasi dengan satelit memungkinkan siaran televisi berjalan 24 jam misalnya, stasiun televisi CNN yang menyiarkan berbagai peristiwa di seluruh pelosok dunia. Internet meningkatkan efisiensi perusahaan dalam komunikasi. Pada intinya bahan informasi menjadi tersedia dengan mudah. Globalisasi ini akan berinteraksi dengan berbagai budaya. Secara nasional, budaya

bangsa Indonesia akan terpengaruh. Pada dasarnya aspek budaya adalah pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, tatanan hukum, kebiasaan, dan berbagai kemampuan masyarakat, terpengaruh oleh perubahan global.



GAMBAR 1.6.

MODEL INTERAKSI ANTARBUDAYA

Berikutnya, pengaruh global secara langsung mempengaruhi budaya lokal. Demikian halnya pengaruh perubahan secara nasional mempengaruhi juga budaya lokal, budaya di kalangan industri, budaya yang ada di kelompok profesional, sampai budaya organisasi. Pada daerah-daerah yang kesulitan air bersih, pola masyarakat untuk minum terpengaruh dengan adanya air minum kemasan seperti Aqua, Aquaria atau berbagai merek lain. Musik *rock* dan *heavy metal* dimainkan oleh anak-anak SMA di berbagai kabupaten. Hal ini tentu saja karena adanya *channel* musik MTV di pesawat televisi dan berkembangnya penjualan alat-alat musik modern.

Sektor obat-obatan merupakan bagian yang mudah diamati sebagai akibat penetrasi budaya lain. Obat flu dari perusahaan farmasi gencar diiklankan sehingga menggantikan berbagai produk obat tradisional untuk flu. Pemakaian obat Viagra dapat dilakukan oleh masyarakat berkecukupan atau berdaya beli tinggi dengan meninggalkan obat tradisional seperti pasak bumi.

Pengaruh perubahan budaya sektor kesehatan tersebut dapat dicermati terjadi pada: (1) perubahan budaya pada tingkat nasional; (2) budaya kerja rumah sakit; dan (3) budaya para profesional seperti budaya para dokter, perawat, dan tenaga-tenaga kesehatan lainnya. Pada tingkat nasional, saat ini budaya yang berkembang mengarah ke ideologi neoliberalisme. Hal ini wajar karena secara ekonomi pemerintah Indonesia praktis tidak mempunyai kemampuan cukup untuk membiayai pelayanan kesehatan. Pengaruh peraturan-peraturan dalam perdagangan internasional diberlakukan pula untuk sektor rumah sakit, misalnya AFTA untuk Asia Tenggara dan WTO-TRIP.

Budaya organisasi rumah sakit terpengaruh oleh pola pemikiran global yang mengarah ke manajerialisme seperti yang telah dibahas pada Bab 1. Masalah efisiensi dan produktifitas dalam budaya manajerialisme menjadi hal penting. Rumah sakit-rumah sakit diharapkan mengembangkan sistem manajemennya untuk peningkatan mutu pelayanan dan produktifitas kerja. Rumah sakit tidak lagi dinilai sebagai lembaga social yang tidak peduli akan ukuran kinerja, tetapi lebih menyerupai lembaga usaha. Sebagai gambaran, sebuah proyek pengembangan yang dibiayai ADB tahun 2000 membahas mengenai indikator kinerja rumah sakit pemerintah di Indonesia dengan pendekatan lembaga usaha. Program pengembangan ini dilakukan bukan oleh Departemen Kesehatan tetapi dilakukan oleh BPKP.

Dapat dinyatakan bahwa saat ini rumah sakit Indonesia mengalami masa transisi, yaitu pergerakan dari suatu lembaga yang mempunyai budaya birokrasi yang kuat (RS pemerintah) dan budaya keagamaan dan sosial (rumah sakit swasta) menjadi lembaga yang mengarah ke budaya usaha. Ashkanasy

dkk. (2000) menggambarkan budaya birokrasi sebagai suatu ideologi yang menekankan pada pengendalian ketat yang bertingkat untuk mencapai hasil akhir. Munculnya kebijakan otonomi rumah sakit merupakan suatu tanda debirokratisasi rumah sakit. Dalam Mukhtamar Asosiasi Rumah sakit Daerah (ARSADA) di Jogja pada tahun 2004 disampaikan oleh Menteri Aparatur Negara bahwa rumah sakit daerah boleh melepaskan eselonisasi untuk pejabat struktural.

Budaya rumah sakit keagamaan dan sosial yang berlandaskan nilai-nilai kemanusiaan dan ideologi pemerataan mendapat kesulitan karena keterbatasan subsidi. Secara *de facto* rumah sakit keagamaan berubah menjadi lembaga usaha (Trisnantoro, 1999). Budaya usaha mencerminkan berbagai hal yaitu rasionalitas, sistem manajemen yang berorientasi pada hasil, pengacuan pada pasar, penggunaan prinsip-prinsip manajemen secara ilmiah dan penekanan pada hubungan antarmanusia (Trice and Beyers, 1993). Perubahan budaya ini memang tidak dapat dihindarkan. Akan tetapi, muncul pertanyaan penting: apakah mungkin terjadi suatu percampuran antara budaya birokrasi, keagamaan dan sosial dengan budaya lembaga usaha? Apakah tidak ada konflik antarberbagai budaya yang ada di rumah sakit?

Model interaksi antarbudaya (Gambar 1.6), para profesional kesehatan seperti dokter spesialis terpengaruh pola global. Hal ini dapat dilihat dari berbagai tampilan budaya misalnya pengetahuan para dokter spesialis secara teratur mendapat pengaruh global melalui berbagai jurnal ilmiah atau pertemuan-pertemuan ilmiah di luar negeri. Sistem transportasi dan kekuatan ekonomi sudah memungkinkan dokter dari kabupaten terpencil mengikuti pertemuan ilmiah di Hongkong atau di Amerika Serikat. Gaya hidup dokter spesialis mempunyai tingkat khusus. Berbagai perhimpunan dokter spesialis menyelenggarakan pertemuan ilmiah dan kongres di hotel berbintang empat atau lima. Jenis mobil, rumah, dan pendidikan keluarga merupakan bagian dari gaya hidup yang dapat dilihat sebagai budaya kelompok dokter spesialis di suatu daerah.

Perawat sebagai profesional kunci di rumah sakit juga terpengaruh oleh perkembangan budaya. Saat ini di Indonesia sudah tumbuh kesadaran akan perawat sebagai mitra sejajar dokter, bukan sebagai pembantu dokter. Berbagai seminar dan pelatihan untuk perawat bertujuan untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan profesi yang jumlah anggotanya mendominasi sektor kesehatan. Di masa mendatang kegiatan ini akan mempengaruhi cara hidup, pengetahuan, termasuk pula tingkat pendapatan para perawat. Selanjutnya, budaya profesi perawat juga akan berubah.

Trice and Beyers (1993) berpendapat bahwa sebuah organisasi dapat mempunyai budaya secara keseluruhan dan sekaligus mempunyai berbagai *subcultures*. Sifat-sifat *subcultures* yang dimiliki oleh profesional dalam organisasi mempunyai elemen yang sama dengan kultur organisasi. Berbagai ciri tersebut antara lain: (1) anggota *subculture* mempunyai suatu rasa kebersamaan; (2) anggota kelompok profesi saling belajar dari pengalaman kerja; (3) anggota kelompok mempunyai keadaan emosi yang luar biasa dalam pekerjaannya; (4) citra diri dan status sosial anggota meningkat dengan prestasi dalam pekerjaannya; (5) anggota kelompok mengembangkan hubungan sosialnya ke kegiatan hidup di luar kerja.

Dalam hubungan antarbudaya terdapat hal-hal yang perlu diperhatikan. Kemungkinan terjadi konflik atau terjadi sinergi antar-*subculture*. Sebagai contoh pada sektor rumah sakit, terjadi interaksi antara budaya organisasi rumah sakit dengan budaya profesional. Rumah sakit merupakan lembaga yang mempunyai berbagai subbudaya (*subcultures*) berdasarkan profesional yang ada ataupun berdasarkan unit kerja. Sebagai contoh, sistem kerja di Instalasi Gawat Darurat. Instalasi ini mempunyai bentuk budaya yang khas yaitu aspek waktu dan kematian merupakan hal yang mempengaruhi pola kerja. Dengan demikian kultur IGD berbeda dengan kultur rawat jalan biasa. Dalam hal kelompok profesional, di rumah sakit terdapat berbagai *subculture* yang berasal dari berbagai

profesi misalnya, budaya perawat, dokter umum, dokter spesialis dengan bermacam-macam cabang dan juga para manajer.

Pertanyaan penting kemudian yaitu apakah sebuah profesi yang mempunyai *subculture* mempunyai pengaruh lebih kuat dibanding dengan kultur organisasi secara keseluruhan. Dalam keadaan ini maka budaya organisasi yang terlihat identik dengan budaya profesi yang menonjol. Sebagai contoh, kultur dokter spesialis dapat lebih menonjol dibanding dengan kultur rumah sakit sebagai suatu organisasi. Hal ini berarti kultur dokter lebih mempengaruhi dibanding kultur organisasi. Demikian pula andaikata kultur perawat sangat kuat, maka dapat mempengaruhi rumah sakit secara keseluruhan. Satu contoh menarik yaitu kualitas perawatan pasien di rumah sakit Katholik yang dikenal masyarakat lebih baik dibandingkan dengan rumah sakit lain. Keadaan ini dipengaruhi oleh kultur perawat (suster). Kultur perawat (suster) menyebutkan bahwa pekerjaan merawat merupakan bagian penting dalam kehidupan rohaniah.

Faktor sejarah masa lalu mempengaruhi kekuatan budaya. Pengaruh suster-suster di rumah sakit Katolik telah berlangsung lama. Pola kerja sebagai birokrat telah lama dijalankan para manajer rumah sakit pemerintah di Indonesia. Pola kerja dokter spesialis di rumah sakit pemerintah sudah berakar lama. Ditambah oleh pengaruh industri farmasi yang kuat dalam soal resep obat telah lama terjadi di rumah sakit. Faktor perkembangan sejarah yang menjadi tradisi merupakan faktor penting dalam membentuk budaya sebuah kelompok atau organisasi.

Apabila rumah sakit terkena pengaruh budaya baru, kemungkinan akan timbul konflik. Sebagai gambaran di sebuah rumah sakit terjadi konflik budaya antara kelompok yang menghendaki perubahan berbasis efisiensi dengan budaya profesi yang justru berkeinginan sebaliknya. Munculnya kebijakan peningkatan efisiensi di rumah sakit merupakan bagian dari tuntutan budaya baru rumah sakit yang terpengaruh oleh budaya global. Sementara itu, terdapat

sekelompok manajer rumah sakit yang cenderung korup karena menggunakan budaya korupsi, atau sekelompok dokter yang mempunyai budaya pemikiran bahwa efisiensi kerja di rumah sakit pemerintah bukan merupakan ukuran untuk penilaian prestasi dan pencapaian hidup. Keadaan ini akan menimbulkan konflik budaya. Contoh lain konflik yaitu konflik antara direktur rumah sakit yang bermaksud menerapkan kebijakan waktu bekerja yang ketat dengan dokter yang menginginkan waktu bekerja yang fleksibel sesuai dengan kesibukan praktik di luar. Apabila ditelusuri, konflik ini berakar dari budaya yang berbeda antara kebijakan baru dan tradisi bekerja dokter. Dalam suasana konflik budaya antarkelompok profesional maupun antarunit di rumah sakit maka akan menimbulkan kesulitan menerapkan manajemen strategis sebagai konsep untuk pengembangan rumah sakit. Langkah pertama dalam pengembangan konsep manajemen perubahan berupa mobilisasi untuk pengembangan akan macet.

Shate (1994) menyatakan bahwa perubahan budaya merupakan satu kegiatan yang sulit. Diperlukan beberapa langkah antara lain, perlunya suatu guncangan di organisasi dan mengadakan penghentian cara pandang lama. Setelah langkah ini, kemudian dilakukan keputusan-keputusan yang tegas dan membutuhkan kinerja yang jelas. Dilanjutkan kemudian penyusunan visi serta pemberian rencana untuk memberikan penghargaan kepada mereka yang mau berubah. Diharapkan dengan langkah-langkah ini akan menimbulkan budaya organisasi baru yang bertumpu pada kompetensi dan kinerja.

Konsep perubahan budaya ke arah budaya organisasi yang bertumpu pada kompetensi dan kinerja memang masih sulit dilakukan oleh rumah sakit di Indonesia. Terdapat banyak faktor yang mempengaruhi hal itu. Dalam hal ini perlu dicatat bahwa perubahan budaya organisasi membutuhkan perubahan dalam cara berpikir dan pola bertindak sumber daya manusia di rumah sakit.

Kasus Budaya kerja

Sebagai rumah sakit satu-satunya di Kabupaten B, RSUD XXX menjadi tumpuan dan harapan masyarakat dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, terutama pelayanan medis spesialistik. Hal ini dapat dilihat apabila dokter spesialis ada maka masyarakat yang datang berobat meningkat jumlahnya. Tetapi bila dokter spesialis tidak ada atau tidak berada di tempat maka masyarakat yang datang berobat ke rumah sakit jumlahnya langsung menurun. Data yang ada pada rekam medik di RSUD XXX menunjukkan bahwa pada bulan Januari 2000 dimana jumlah dokter spesialis 3 orang jumlah pasien rawat jalan menjadi 808 orang dan pasien rawat inap menjadi 153 orang. Sedangkan pada bulan Pebruari 2000 di mana dokter spesialis tidak ada maka jumlah pasien rawat jalan menurun tajam menjadi 631 orang dan diikuti dengan jumlah pasien rawat inap menurun menjadi 120 orang serta pasien yang dirujuk ke RS Provinsi meningkat menjadi 42 orang.

Ironisnya bahwa dokter spesialis yang bekerja di RSUD XXX pada umumnya tidak pernah menyelesaikan masa Wajib Kerja Sarjana (WKS). Artinya belum sampai masa kerja 4 tahun (masa WKS), mereka pindah karena alasan-alasan yang beragam. Data di bagian kepegawaian RSUD XXX menunjukkan bahwa dokter spesialis lainnya paling lama berkerja di RSUD XXX selama 2 tahun dan bahkan ada yang berkerja hanya 1 tahun. Alasan paling banyak kepindahan mereka adalah karena tidak betah berkerja di RSUD XXX.

Melihat kenyataan tersebut maka, pemerintah daerah pada tahun 1999 memberikan berbagai fasilitas-fasilitas untuk membuat dokter spesialis tersebut betah berkerja dan diharapkan akan memberikan kepuasan kerja. Fasilitas-fasilitas yang diberikan pemerintah daerah untuk dokter spesialis adalah berupa rumah dinas, mobil dinas dan diberikan insentif (uang betah) Rp 1.500.000/bulan. Tetapi usaha yang dilakukan pemerintah daerah tersebut nampaknya

belum memberikan pengaruh yang signifikan, karena dokter spesialis masih juga pergi meninggalkan Kabupaten XXX.

Ketidakpuasan dan ketidakbetahan dokter spesialis bekerja di rumah sakit dapat dilihat dari seringnya dokter spesialis terlambat masuk rumah sakit dan melakukan pelayanan rawat jalan pukul 10.30 dan pulang pukul 12.00 WIB. Di sisi lain loket pendaftaran rawat jalan di buka pada pukul 08.00 WIB, sehingga waktu tunggu pasien untuk mendapatkan pelayanan cukup lama yaitu lebih kurang 2 jam, sehingga banyak pasien mengeluh terhadap layanan yang diberikan. Selain hal tersebut di atas dokter spesialis juga membatasi hari-hari buka pelayanan rawat jalan (poliklinik) dengan alasan mereka capek dan perlu waktu untuk istirahat. Data di bagian pelayanan RSUD XXX menunjukkan bahwa spesialis penyakit dalam hanya membuka pelayanan 4 kali seminggu, sementara spesialis bedah, spesialis anak, spesialis kebidanan dan kandungan masing-masing 3 kali seminggu.

Penilaian lain tentang ketidakpuasan dan ketidakbetahan dokter spesialis dapat dilihat dari penilaian kinerja dengan melihat evaluasi pelayanan kinerja rumah sakit melalui tingkat pemanfaatan sarana pelayanan, dan efisiensi pelayanan melalui: BOR tidak pernah mencapai angka ideal, ALOS tidak pernah mencapai ideal, BTO selama 1 tahun tidak pernah mencapai ideal dan TOI juga tidak pernah mencapai ideal.

Ketidakpuasan dokter spesialis dalam kerja tersebut adalah permasalahan pengelolaan sumber daya manusia dan perilaku seseorang terhadap organisasinya. Sumber daya manusia terlebih dokter spesialis merupakan salah satu modal dasar yang dapat memberikan daya saing, serta tenaga profesional yang mempunyai daya tarik tinggi bagi rumah sakit oleh karena itu harus dikelola dengan strategi yang khusus. Selain itu diperlukan upaya-upaya untuk menumbuhkan komitmen dokter spesialis guna memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berfokus pada kepuasan pasien. Dengan demikian, dapat menambah

pemasukan bagi rumah sakit dan akhirnya dapat meningkatkan insentif seluruh pegawai.

Penelitian yang dilakukan di RSUD XXX menghasilkan kesimpulan bahwa apa yang diharapkan oleh dokter spesialis tidak sesuai dengan kenyataan yang diterima. Dengan demikian terjadi ketidakpuasan. Persoalan yang mendasari ketidakpuasan dokter spesialis bekerja di RSUD XXX adalah karena adanya konflik budaya. Setelah selesai pendidikan spesialisasi dokter spesialis telah mempunyai prinsip kognitif dan prinsip tersirat yang harus diwujudkan sehingga dokter spesialis membuat ukuran-ukuran tertentu sebagai harapan yang akan diperoleh setelah bekerja di daerah termasuk dalam hal ini adalah ukuran kepuasan kerja. Prinsip tersebut mencakup, antara lain: pendapatan, kenyamanan hidup, sampai masalah pendidikan anak. Masalah-masalah yang mempengaruhi kepuasan kerja tersebut tidak semuanya dapat dipenuhi oleh pihak manajemen RSUD XXX. Diharapkan masalah-masalah tersebut harus diselesaikan oleh pembuat kebijakan tentang rekrutmen tenaga dokter spesialis. Tanpa ada pendekatan budaya maka penempatan dokter spesialis di kabupaten terpencil akan terus mengalami kesulitan.

2. Diferensiasi di Rumah Sakit

Di berbagai kota terjadi demonstrasi oleh karyawan rumah sakit untuk menuntut perbaikan insentif. Media massa melaporkan bahwa demonstrasi tidak hanya di rumah sakit pemerintah atau rumah sakit *for profit*, tetapi juga rumah sakit keagamaan. Gejala ini menunjukkan bahwa para karyawan rumah sakit keagamaan merupakan manusia biasa yang bekerja untuk keperluan duniawi. Dalam hal ini ada budaya professional yang kuat di sumber daya manusia.

Dalam kaitan dengan sumber daya manusia, perubahan dengan menggunakan konsep manajemen strategis perlu memperhatikan budaya karyawannya. Oleh karena itu pembahasan mengenai keadaan budaya dokter saat ini dan proyeksi masa depannya menjadi hal penting. Mengapa dokter

yang dibahas dalam bab ini? Dokter khususnya spesialis merupakan profesi yang menentukan dalam arah pengembangan rumah sakit. Apabila perilaku dokter tidak bersemangat untuk mengembangkan rumah sakit maka dapat mempengaruhi profesi lain seperti perawat. Dokter spesialis sebagai bagian dari sumber daya manusia rumah sakit sebenarnya merupakan pemimpin pelayanan klinik rumah sakit.

Model bekerja para dokter adalah bahwa seorang dokter mungkin tidak hanya bekerja di satu atau dua rumah sakit saja. Dokter dapat bekerja di banyak rumah sakit dan masih mempunyai kesempatan untuk praktik pribadi. Keadaan ini menyebabkan dokter menjadi profesi yang istimewa di rumah sakit, terutama apabila tidak mempunyai kontrak yang jelas. Dapat terjadi seorang dokter yang pegawai negeri bekerja di rumah sakit swasta pada jam dinas rumah sakit pemerintah. Akan tetapi, sistem manajemen yang ada tidak dapat memberikan sanksi pada model kerja seperti ini. Hal ini menyebabkan keadaan abu-abu yaitu situasi yang tidak ada yang benar ataupun salah. Keadaan yang salah kaprah ini menyebabkan budaya kerja sebagian dokter yang tidak memandang penting rumah sakitnya. Hal ini sering terjadi di rumah sakit pemerintah yang secara organisasi memang tidak berhasil memberikan kepuasan bekerja kepada para dokter.

Beberapa perawat dan petugas kesehatan di rumah sakit ternyata mengikuti dokter untuk bekerja di rumah sakit swasta atau praktik pribadi. Pola tindakan ini dapat menjadikan hubungan khusus antara perawat dan dokter yang bekerja dalam satu tim. Perawat mungkin akan lebih loyal pada dokter yang memberinya tambahan pendapatan daripada organisasi rumah sakit tempat ia bekerja. Keadaan ini dapat menyebabkan rumah sakit mengalami apa yang disebut sebagai budaya organisasi terpecah-pecah.

Pola bekerja para manajer adalah bersifat penuh waktu untuk rumah sakit. Pola penuh waktu ini terjadi karena sulit bagi seorang direksi RS merangkap sebagai direksi di rumah sakit lain. Dengan demikian mau tidak mau seorang anggota

direksi rumah sakit harus mencurahkan perhatian dan waktunya untuk rumah sakit. Oleh karena itu ada *subculture* direksi atau manajer. Di sisi lain, dokter mempunyai *subculture* berbeda, perawat juga mempunyai *subculture* yang berbeda. Profesional lain di rumah sakit juga mempunyai *subculture*, misalnya para tenaga administrasi atau keuangan, satpam, hingga pengemudi ambulans. Pertanyaan pentingnya adalah apakah berbagai *subculture* tersebut dapat berjalan harmonis atau terpecah-pecah?

Berdasarkan konsep Martin (2002) terdapat tiga pendekatan yang dapat dipergunakan dalam menganalisis budaya organisasi di rumah sakit yaitu, (1) pendekatan integratif; (2) pendekatan diferensiasi; dan (3) pendekatan fragmentasi.

Penekanan pendekatan integratif dalam menilai budaya organisasi terletak pada keserasian dan keseragaman. Pendekatan ini juga berfokus pada nilai-nilai dan pandangan bersama. Intinya adalah bagaimana memadukan berbagai *subculture* yang ada di lembaga.

Pendekatan diferensiasi dalam budaya organisasi menyatakan bahwa keserasian dan keseragaman merupakan asumsi lemah. Diferensiasi menyatakan bahwa budaya organisasi tersusun atas kenyataan adanya berbagai *subculture* yang mungkin berada dalam keadaan harmoni. Atau mungkin dalam keadaan konflik, atau mungkin pula tidak mengacuhkan kelompok lain (Martin, 2002). Cara pandang ini mengakui adanya nilai-nilai dan norma-norma organisasi secara keseluruhan. Akan tetapi, berbagai kelompok yang berbeda dalam organisasi dapat mempunyai budaya masing-masing.

Pendekatan fragmentasi menyatakan bahwa budaya organisasi merupakan hal yang sulit ditetapkan karena mengandung kebimbangan-kebimbangan. Pendekatan ini memperlihatkan bahwa kekuasaan di dalam organisasi tersebar di berbagai orang dan tergantung pada perubahan lingkungan. Batas antara lingkungan dengan organisasi tidak jelas.

Budaya organisasi di berbagai rumah sakit dapat dianalisis dengan pendekatan diferensiasi. Menurut perspektif diferensiasi budaya rumah sakit dapat dilihat sebagai gabungan budaya berbagai profesi seperti budaya para spesialis, budaya para perawat, budaya para manajer dan berbagai budaya unit. Budaya tiap kelompok profesional ini dapat berada dalam keadaan harmonis, saling mengacuhkan, atau pada situasi konflik. Sebagian konflik berasal dari konflik antar pribadi, tetapi ada pula konflik yang bersumber pada perbedaan pandangan mengenai arah dan strategi pengembangan rumah sakit. Konflik terjadi karena memang terjadi perbedaan pandangan antarprofesi atau antara kelompok dalam menanggapi perubahan lingkungan. Sebagai gambaran, pengembangan budaya organisasi berdasarkan kinerja menuntut adanya produktivitas yang optimal. Produktivitas ini hanya dapat terjadi baik apabila para profesional di rumah sakit bekerja penuh. Pengembangan budaya organisasi ini dapat bertentangan dengan budaya kerja dokter.

Kasus di sebuah rumah sakit kota besar menunjukkan pertentangan antara perubahan yang diinginkan pihak rumah sakit dengan budaya sebuah kelompok spesialis. Kelompok spesialis yang bekerja di rumah sakit pendidikan semuanya mempunyai pekerjaan di rumah sakit swasta dan mempunyai rasa kebersamaan sehingga mampu menjaga agar seluruh rumah sakit swasta di kota tersebut tidak mempunyai tenaga spesialis di luar kelompoknya. Rumah sakit-rumah sakit swasta besar berhasil diatur agar menggunakan spesialis dari kelompok spesialis ini. Dalam keadaan ini terdapat semacam *kartel* dalam kelompok spesialis ini. Hal ini dapat dilihat pada data statistik rumah sakit yang menunjukkan bahwa tidak ada tenaga spesialis tersebut di luar kelompok yang bekerja secara *full timer* di rumah sakit swasta. Kebersamaan ini menimbulkan suatu keadaan yang sangat kohesif pada kelompok spesialis. Akan tetapi kultur kelompok spesialis ini menyulitkan manajemen rumah sakit. Dapat dikatakan bahwa rumah sakit menjadi lemah budaya organisasinya akibat

dominasi kelompok spesialis tersebut. Direksi rumah sakit sulit mengelola sumber daya manusia rumah sakitnya.

Pada beberapa rumah sakit terjadi ketidakcocokan antara pihak manajer rumah sakit dengan para spesialis. Dalam hal ini patut dicatat bahwa sistem manajemen rumah sakit pemerintah yang juga diacu oleh rumah sakit swasta tidak lepas dari pengaruh budaya birokratis kantor pemerintah. Sebagaimana dinyatakan oleh Weber bahwa berbagai ciri birokrasi antara lain, prinsip yang kaku dan resmi sehingga keputusan selalu berdasarkan peraturan, dengan hukum dan peraturan administratif, prinsip hierarki dan tingkat-tingkat otoritas sehingga timbul hubungan atasan dengan bawahan, manajemen kantor berdasarkan dokumen tertulis, dan penempatan pejabat selalu ditentukan oleh atasan dengan berbagai syarat yang ditetapkan oleh peraturan.

Dalam konteks budaya birokrasi yang kuat pada kelompok direksi, timbul semacam dugaan-dugaan dan ketidaksenangan pada kelompok lain. Dalam hal ini dokter spesialis merupakan kelompok di rumah sakit yang mungkin tidak senang dengan keadaan ini. Sebagai contoh situasi kerja spesialis di berbagai rumah sakit pendidikan memang buruk. Hal ini tercermin pada ruang kerjanya. Pada beberapa rumah sakit, banyak spesialis yang tidak mempunyai ruangan sendiri akibat keterbatasan ruangan di rumah sakit. Di sebuah rumah sakit pemerintah, enam orang dokter spesialis mempunyai meja kerja di satu ruangan besar, sementara direktur rumah sakit berkantor di sebuah ruangan besar. Sistem imbalan dan sistem kerja menyebabkan para spesialis sebagai tenaga ahli mempunyai pendapatan terbatas dari rumah sakit pemerintah. Sementara itu, para spesialis melihat bahwa direktur rumah sakit mempunyai pendapatan yang lebih besar dan fasilitas kerja yang lebih baik. Dalam hal ini dengan mudah akan terjadi hubungan yang tidak menyenangkan dan saling curiga antara direksi dengan spesialis. Pemikiran yang sering timbul di kalangan spesialis adalah: *“yang bekerja keras adalah para dokter, namun yang menikmati dan kerja enak adalah para direksi dan staf administrasinya”*. Keluhan ini memang perlu

dicermati karena akan menjadi pendorong seorang dokter bekerja di rumah sakit swasta dan mencari pendapatan lebih besar atau mendirikan rumah sakit sendiri. Keadaan ini dapat menjadi lingkaran setan andaikata tidak diputuskan.

3. Apakah Budaya Organisasi dapat Diubah?

Dalam situasi seperti ini mengelola perubahan di rumah sakit memerlukan dukungan para pemimpin kelompok-kelompok di rumah sakit. Sebuah kasus menunjukkan bahwa mobilisasi untuk perubahan di rumah sakit pendidikan pemerintah tidak didukung oleh pemimpin kelompok spesialis. Hal ini terjadi karena pemimpin formal dokter spesialis mempunyai kesibukan sendiri di rumah sakit swasta. Sementara itu, kelompok direksi cenderung banyak menghabiskan waktu untuk mengelola berbagai urusan birokrasi. Kurangnya komunikasi ini menimbulkan lubang-lubang struktural dalam jaringan organisasi yang memudahkan terjadinya konflik.

Rumah sakit yang mempunyai konflik atau ketidakharmonisan antarkelompok, maka pengembangan organisasi dengan konsep manajemen strategis menjadi sulit karena harus mampu mengubah nilai-nilai dan norma sumber daya manusia yang berbeda-beda. Pertanyaan penting adalah apakah mungkin melakukan perubahan di rumah sakit dalam suasana dan budaya organisasi yang terkotak-kotak dalam perbedaan profesi? Bagaimana caranya?

Dalam transformasi tersebut dibutuhkan berbagai hal yang dikerjakan bersama-sama. Konsep manajemen strategis merupakan alat untuk menetapkan arah dan tujuan lembaga serta bagaimana cara mencapai tujuan. Budaya organisasi merupakan hal lain yang dibutuhkan pula dalam transformasi ini karena menyangkut berbagai nilai yang dianut juga penetapan dasar-dasar peraturan yang akan dibuat. Kedua hal ini saling menunjang. Di samping itu, pemimpin organisasi diharapkan mampu untuk mengembangkan budaya organisasi

dan menyusun manajemen strategis sehingga dapat mendukung proses perubahan.

Perubahan transformasi ini dinilai sebagai konsep belaka yang sulit untuk diterapkan. Oleh karena itu, berbagai pengembangan dilakukan oleh berbagai pakar manajemen untuk melakukan perubahan ke arah lembaga yang baik. Salah satunya adalah *Total Quality Management* (TQM). Pada akhir dekade 1990-an berbagai ahli manajemen mencoba memperkenalkan konsep *Total Quality Management* (TQM) di rumah sakit Indonesia. Konsep TQM memang menjanjikan suatu perubahan apabila berbagai syarat dapat dipenuhi yaitu adanya pemimpin yang visioner, pengguna rumah sakit yang puas karena ada proses penanganan yang baik di rumah sakit, peningkatan mutu secara berkesinambungan, dan sumber daya manusia yang baik. Konsep TQM ini baik, akan tetapi membutuhkan perubahan budaya organisasi dan budaya profesi di rumah sakit.

Pelatihan penyusunan rencana strategis untuk rumah sakit daerah yang dilakukan oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM dengan menggunakan konsep TQM menunjukkan bahwa sumber daya rumah sakit di Indonesia masih belum dapat merubah pola kerjanya (PMPK, 2000). Dengan menggunakan metode evaluasi pelatihan Kickpatrick, disimpulkan bahwa pelatihan dengan titik fokus direksi rumah sakit tidak cukup kuat untuk mengubah budaya organisasi rumah sakit daerah (PMPK, 2000).

Berdasarkan hasil evaluasi, pelatihan hanya dapat mengubah pemahaman mereka yang dilatih. Akan tetapi, pada beberapa rumah sakit, pelatihan tidak mampu untuk mendorong perubahan. Terjadi kegagalan pada saat mencari dukungan perubahan dari berbagai komponen di rumah sakit. Dukungan perubahan tidak didapat karena memang terdapat budaya kerja yang belum memungkinkan terjadinya perubahan. Berbagai kunjungan ke lapangan menunjukkan bahwa pelatihan direktur tidak mampu mengubah cara pandang lembaga terhadap seluruh komponen rumah sakit. Jika ditelusuri lebih dalam maka terdapat kesulitan dalam

aplikasi TQM di rumah sakit Indonesia. Hal ini karena sebenarnya TQM merupakan konsep peningkatan mutu pelayanan yang menekankan pada perubahan budaya organisasi seperti yang dinyatakan oleh Tuckman (1994).

Tanpa ada perubahan budaya organisasi dan penekanan pada aspek manusia maka TQM cenderung menjadi konsep manajemen kontemporer yang menarik tetapi kemudian ditinggalkan karena tidak berhasil dipergunakan (*management fad*). Sektor usaha saat ini banyak mengalami kejadian berupa *management fad*. Dengan memahami perbedaan antarkelompok di rumah sakit, kesulitan penerapan TQM, masalah yang menghambat rumah sakit di Indonesia bukan sesuatu yang mudah dipecahkan. Prinsip utama yang diperhatikan adalah bagaimana membentuk budaya organisasi yang lebih kuat dan mengurangi perbedaan nilai dan pandangan antarkelompok di rumah sakit. Dengan demikian, diharapkan ada tindakan yang dapat menimbulkan semangat untuk meningkatkan integrasi antarkelompok berdasarkan budaya organisasi yang berbasis pada kompetensi, kinerja, dan aspek sosial rumah sakit.

Secara konseptual perubahan budaya dalam tingkatan terdalam masih merupakan isu yang kontroversial. Berdasarkan pemahaman Schein (1985), nilai budaya yang paling dalam sulit untuk diubah. Dalam hal ini ahli lain menyatakan bahwa budaya dapat diubah, khususnya dalam level keyakinan dan nilai-nilai. Perubahan-perubahan ini mencakup perubahan ekstrinsik yang dapat dilihat pada perilaku, sedangkan perubahan intrinsik berpengaruh pada perubahan sikap, keyakinan, dan nilai. Perubahan ekstrinsik tersebut dapat dipacu oleh pemberian insentif atau penghargaan dan hukuman atas perilaku yang berubah.

BAGIAN 2

SIFAT RUMAH SAKIT, RENCANA STRATEGIS DAN KEPEMIMPINAN

Pengantar

Pada awal tahun 2005 terjadi kontroversi mengenai bentuk rumah sakit pemerintah. Pemerintah DKI merubah status beberapa RSD menjadi PT. Kebijakan ini memicu pendapat yang pro dan kontra. Hal tersebut merupakan debat klasik di berbagai negara mengenai apa sifat rumah sakit, sebagai lembaga *profit* ataukah sebagai lembaga *nonprofit*. Bagaimanakah konsekuensi sifat rumah sakit terhadap proses perencanaan, indikator, serta *leadership*-nya.

Perencanaan di dalam cara berpikir manajemen strategis disebut sebagai perencanaan strategis yang membutuhkan keterampilan khusus untuk melakukannya. Proses perencanaan strategis tidak dapat berjalan tanpa indikator yang jelas mengenai sukses atau gagalnya sebuah rumah sakit. Bagian II buku ini membahas sifat rumah sakit proses perencanaan strategis, indikator kinerja, dan kepemimpinan. Ketiga hal ini saling terkait. Indikator kinerja rumah sakit tergantung pada misi rumah sakit. Misi tersebut apakah bertujuan untuk memberikan jasa pelayanan dalam basis *nonprofit* atau berbasis *for profit*. Bab 4 membahas perencanaan strategis yang tergantung pada misi rumah sakit dan indikator kinerja yang akan dicapainya. Disamping itu akan dibahas mengenai pembiayaan untuk keluarga miskin. Bab 5 membahas mengenai kepemimpinan yang dibutuhkan dalam menyusun rencana strategis dan pelaksanaannya dalam lembaga rumit seperti rumah sakit. Pembahasan dilakukan dengan cara memahami proses perencanaan strategis yang cukup rumit. Disamping itu pembahasan mengenai komitmen staf dan kepemimpinan merupakan bagian penting dalam Bab 5.

BAB 4

SIFAT LEMBAGA RUMAH SAKIT

Sifat rumah sakit sebagai suatu lembaga diperlukan untuk menyusun rencana. Proses perencanaan rumah sakit berbentuk PT dengan rumah sakit daerah tentunya berbeda, termasuk indikator keberhasilannya. Oleh karena itu, dalam proses menyusun rencana strategis diperlukan indikator kinerja sebagai tonggak yang akan dicapai di masa depan. Selanjutnya indikator kinerja akan diuraikan dalam kegiatan operasional.

Penggunaan indikator kinerja pada berbagai lembaga jasa merupakan hal lazim dalam manajemen. Sebagai gambaran, Olve dkk. (2000) menggambarkan letak pengukuran kinerja di British Telecom sebagai bagian yang tidak terpisahkan dari sistem manajemen yang disebut sebagai *Strategic Planning and Management (SPAM)*. Pengembangan strategi dilakukan dalam pemahaman adanya indikator kinerja dalam bentuk *scorecard* yang dapat dinilai pencapaiannya. Ukuran-ukuran ini menjadi pedoman dalam penyusunan rencana pemasaran dan rencana usaha,

penganggaran, dan pelaksanaannya. Sebagai contoh, pada tingkat operasional para manajer menggunakan ukuran yang sudah disepakati dalam *scorecard* untuk menetapkan tujuan dan mengkaji pencapaiannya.

Pertanyaannya yang muncul adalah apa sajakah indikator kinerja rumah sakit? Bagaimana indikator kinerja rumah sakit yang baik dan yang buruk? Apa indikator misi sosial rumah sakit? Indikator apa yang perlu diacu oleh penyusun rencana strategis? Apakah indikator keuangan merupakan indikator yang wajar untuk rumah sakit? Apakah boleh menggunakan keuntungan sebagai indikator kinerja rumah sakit?

Tidaklah mudah untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas. Sejarah rumah sakit bukan berasal dari sebuah lembaga jasa yang jelas indikatornya. Di samping itu, sebuah rumah sakit dapat mempunyai puluhan bahkan ratusan produk pelayanan, mulai dari pelayanan kesehatan janin di rahim ibu, laboratorium, foto rontgen, kesehatan gigi, sampai pada pelayanan bagi orang-orang tua. Untuk membahas pertanyaan-pertanyaan tersebut, secara garis besar rumah sakit dapat berupa lembaga usaha *for profit* dan *nonprofit* yang mungkin berbeda indikatornya. Perkembangan-perkembangan terakhir semakin menunjukkan bahwa RS secara *de facto* telah bergeser dari lembaga sosial menjadi sebuah lembaga usaha. Penelitian yang dilakukan oleh Trisnantoro (1999) menunjukkan bahwa sejarah pelayanan kesehatan berubah dari pelayanan dengan dasar imperialisme, misionarisme keagamaan menjadi rumah sakit dengan ciri secara *de facto* sebagai badan usaha yang semakin mengandalkan biaya operasional dari pembayaran oleh pasien untuk mendapatkan jasa rumah sakit. Perkembangan ini terjadi pada akhir abad XX.

Perkembangan ini dapat dilihat dari keadaan sebuah rumah sakit swasta pada jaman Belanda (tahun 1936) dimana ada subsidi cukup besar untuk membiayai rumah sakit. Jumlah seluruh pengeluaran rumah sakit itu sebanyak F. 218,459.03. Dari jumlah pengeluaran sebesar itu,

pembiayaannya diperoleh dari berbagai sumber dengan rincian sebagai berikut: subsidi dari Gubernur atau pemerintah sebesar 44,5%; dari gereja-gereja di negeri Belanda, para dokter dan keuntungan bagian klas sebesar 19,4%; dari pembayaran pasien rumah sakit sebesar 10,7%; sumbangan Pemerintah Kasultanan (termasuk F. 250 dari Pakualaman) sebesar 8,4%; sumbangan perusahaan-perusahaan perkebunan, N.I.S., pemberian dan iuran Nederland Indie sebesar 5,6%; setoran premi pensiun dari personil sebesar 2,4%, dan pengeluaran yang tidak tertutup (defisit) sebesar 9% (Zebua, 2000). Dengan demikian, rumah sakit keagamaan ini mempunyai subsidi pemerintah dan bantuan dari donor sebesar lebih kurang antara 70 hingga 80% dari total sumber pembiayaan. Namun, enam puluh tahun kemudian, rumah sakit tersebut tidak mempunyai lagi subsidi yang substansial untuk membiayai pelayanannya. Praktis rumah sakit keagamaan tersebut telah menjadi lembaga usaha yang harus membiayai segala kegiatannya dari pendapatan pasien.

Hasil penelitian Santoso Aji dan Trisnantoro (2000) menunjukkan bahwa rumah sakit-rumah sakit keagamaan di Yogyakarta telah kehilangan sumber subsidi. Kehilangan sumber subsidi ini mau tidak mau memaksa rumah sakit-rumah sakit keagamaan menggunakan pendapatan dari pasien sebagai sumber biaya. Praktis, rumah sakit-rumah sakit keagamaan berkembang menjadi lembaga usaha yang mendapatkan pemasukan dari jasa pelayanan yang diberikannya. Dengan demikian, rumah sakit keagamaan telah berubah menjadi lembaga yang sebelumnya bertumpu pada subsidi menjadi lembaga yang menarik pengguna yang mampu membayar dengan memberikan jasa bermutu.

Berpijak dari sejarah perkembangan rumah sakit di Indonesia, tujuan penulisan bab ini adalah untuk: (1) memahami makna *nonprofit* dan *profit* di rumah sakit; (2) memahami hakikat lembaga usaha bersifat sosial atau lembaga sosial bersifat usaha serta indikator kinerjanya. Pemahaman ini sangat diperlukan untuk mencari bentuk rumah sakit yang tepat dan mencari indikator kinerja rumah

sakit sehingga konsep manajemen strategis dapat dipergunakan. Dalam hal ini pertanyaan kritisnya yaitu apa sajakah kinerja rumah sakit *nonprofit* yang harus memenuhi misi sosial sekaligus harus memikirkan pula keadaan keuangannya.

Untuk membahas indikator kinerja rumah sakit *for profit* dan *non profit* perlu dibahas perbedaannya. Akan tetapi perbedaan antara lembaga *for* dan *nonprofit* tidaklah hitam putih. Dees (1999) menyebutkan bahwa ada suatu spektrum dalam jenis lembaga usaha, mulai dari yang murni kemanusiaan sampai yang murni komersial (Lihat Tabel 2.1).

TABEL 2.1.
SPEKTRUM LEMBAGA USAHA MURNI DAN LEMBAGA
KEMANUSIAAN MURNI

	Murni Kemanusiaan	←	→	Murni Komersial
	• Motivasi.	Demi Kebaikan	Motivasi campuran	Terkesan untuk maksud sendiri
	• Metode, dan	Dipandu oleh misi	Dipandu oleh misi dan nilai-nilai pasar	Dipandu oleh nilai pasar
	• Tujuan	Nilai-nilai Sosial	Nilai-nilai sosial dan ekonomi	Nilai-nilai ekonomi
<i>Stake-holders</i> kunci	Pengguna	Tidak membayar sama sekali	Mempunyai subsidi berdasarkan kemampuan dan mereka yang tidak membayar sama sekali	Membayar tarif berdasarkan nilai pasar
	Modal	Sumbangan dana kemanusiaan dan hibah	Campuran antara sumbangan dana kemanusiaan dan modal yang dinilai berdasarkan pasar	Modal yang berdasarkan nilai pasar
	Tenaga Kerja	Sukarela	Di bayar di bawah nilai pasar, atau campuran antara sukarela dengan yang dibayar penuh	Kompensasi berdasar nilai pasar
	Pasokan bahan	Diberikan pasokan bahan berdasarkan sumbangan kemanusiaan	Ada potongan khusus, atau campuran antara sumbangan dengan pasokan yang <i>full-price</i> .	Pasokan bahan dibayar berdasarkan nilai pasar

Sumber Dees (1999)

Spektrum ini dapat menguraikan berbagai jenis rumah sakit yang bergerak di masyarakat. Rumah sakit swasta

berbentuk PT yang *for profit* berada di esktrim lembaga rumah sakit komersial yang dipandu oleh nilai-nilai pasar. Sementara itu rumah sakit Freeport di Timika merupakan contoh ekstrim rumah sakit berbasis nilai kemanusiaan. Dalam hal ini nilai pasar sama-sekali tidak dipergunakan. Pasien sebagai pengguna tidak membayar sama sekali atas pelayanan yang diterimanya. Modal dan dana operasional berasal dari perusahaan tambang. Hanya satu ciri lembaga kemanusiaan yang tidak tepat menurut Dees adalah tenaga kesehatan di RS Timika dibayar berdasarkan nilai pasar bahkan melebihi nilai pasar oleh lembaga. Sebagian besar rumah sakit pemerintah dan swasta non PT (*nonprofit*) berada di antara kedua ekstrim ini sehingga indikatornya akan bercampur antara misi sosial dan nilai-nilai pasar.

Rumah Sakit *Profit* dan *Nonprofit*

Pembahasan mengenai sifat kelembagaan rumah sakit perlu dianalisis dengan menggunakan model standar lembaga usaha. Model ini sebenarnya mengacu pada perilaku perusahaan yang memaksimalkan keuntungan. Secara tradisional keuntungan merupakan indikator utama kinerja lembaga usaha. Namun, dalam istilah lembaga usaha saat ini dikenal lembaga usaha *for profit* dan lembaga usaha *nonprofit*. Ada tiga jenis rumah sakit yaitu swasta *for profit*, swasta *nonprofit* dan rumah sakit pemerintah yang tentunya *nonprofit*. Menurut data Pusat Data Kesehatan, Indonesia menggolongkan rumah sakit menjadi rumah sakit pemerintah (termasuk militer) dan rumah sakit swasta. Rumah sakit swasta tidak dibedakan antara rumah sakit *profit* dan *nonprofit*. Di Indonesia sudah ada rumah sakit yang berbentuk Perseroan Terbatas (PT), walaupun jumlahnya masih kecil. Dengan demikian, sebagian besar rumah sakit di Indonesia adalah bersifat *nonprofit*.

Menurut Folland dkk. (2001), batasan *nonprofit* secara hukum tidak boleh ada pihak yang menerima atau meminta sisa hasil usaha lembaga usaha *nonprofit* tersebut. Sisa hasil usaha berarti selisih antara pendapatan dan biaya, atau yang disebut sebagai keuntungan dalam lembaga usaha biasa.

Terdapat dua ciri yang membedakan status *nonprofit* dengan *for profit* di Amerika Serikat (Cutler 1997). Perbedaan pertama adalah lembaga *nonprofit* tidak perlu membayar pajak perusahaan dan sering dibebaskan dari pajak bangunan dan tanah, serta pajak penjualan. Kedua, sumbangan ke lembaga *nonprofit* akan mengurangi pajak bagi pihak-pihak yang menyumbang. Definisi *nonprofit* di Amerika Serikat masih sulit untuk dipergunakan di Indonesia. Hal ini karena perlakuan pajak relatif hampir sama antara rumah sakit *nonprofit* dengan rumah sakit *for profit*. Dengan demikian, dapat dinyatakan bahwa dalam masa transisi lembaga sosial menjadi lembaga sosial ekonomi, gambaran mengenai bentuk *for profit* dan *nonprofit* masih belum tegas dilakukan pada sektor rumah sakit di Indonesia.

1. Model Standar Ukuran Kinerja Perusahaan *For Profit*

Model ini pada prinsipnya menyatakan bahwa tujuan badan usaha adalah menghasilkan keuntungan yang sebesar-besarnya dan berusaha untuk mempunyai kemampuan yang cukup dalam mencapai tujuan sesuai dengan lingkungannya. Dalam model *circular flow*, Katz dan Rosen (1998) menyatakan bahwa minimal terdapat tiga komponen firma yaitu: (1) pekerja atau orang yang dibayar atas gaji tetap dan mempunyai peraturan kerja; (2) manajer yang bertanggung jawab untuk menetapkan keputusan dan memonitor para pekerja; dan (3) pemilik yang mempunyai modal dan menanggung risiko keuangan usaha.

Dalam model standar perusahaan terdapat pemisahan antara pemilik dengan para manajer pelaksana. Pemisahan antara pemilik dengan para manajer merupakan salah satu ciri lembaga usaha yang modern. Dengan dibukanya perusahaan di pasar saham, maka diperoleh kemungkinan ribuan pemilik saham, yang tentunya sebagian besar tidak berurusan dengan keputusan-keputusan usaha. Pemisahan

antara pemilik dengan para manajer ini menghasilkan struktur organisasi yang disebut *Board of Directors*. Hal tersebut merupakan standar sebuah perusahaan yaitu adanya badan tersebut dan para manajer yang menjalankan pekerjaan manajemen sehari-hari.

Board of Directors berperan sebagai tonggak utama dalam mekanisme pengendalian internal. Dalam sistem yang mengacu pada *good corporate governance*, terdapat peraturan yang menerangkan peran manajer dan dewan direktur (Lihat Bab 11) Salah satu pekerjaan utama dewan adalah mengawasi kinerja para manajer atas nama para pemegang saham berdasarkan ukuran kinerja yang sudah disepakati. Jika anggota dewan menilai hasil kinerja para manajer tidak sesuai dengan harapan pemegang saham, maka para anggota dewan dapat memberhentikan manajer dan menggantinya dengan orang lain yang dinilai lebih mampu. Hal ini dapat dilakukan apabila sebelumnya telah ada kesepakatan. Ketentuan atau ancaman pemberhentian ini mendorong para manajer bekerja sesuai harapan pemegang saham, yaitu semakin besarnya *dividen* yang diterima. Oleh karena itu, para manajer berusaha menyusun rencana strategis dengan indikator yang menjadi harapan para pemegang saham. Indikator utama yang dipegang adalah keuntungan atau nilai saham.

Akan tetapi, pada dekade 1990-an indikator keuntungan dilengkapi dengan berbagai macam indikator lain seperti, indikator mutu pelayanan, indikator kepuasan pengguna, dan indikator pengembangan sumber daya manusia (Olve dkk. 2000; Kaplan dan Norton, 2001; Maisel, 1992).

Rumah sakit yang berbentuk perusahaan terbatas bertujuan untuk mencari laba. Walaupun tujuan tersebut mungkin tidak dapat dicapai secepat dan sebesar perusahaan jasa keuangan. Hal ini mungkin disebabkan oleh lingkungan ekonomi rumah sakit yang berorientasi laba belum sekuat sektor lainnya. Dalam dua dasawarsa terakhir ini di Indonesia semakin banyak didirikan rumah sakit yang berbentuk PT. Sementara itu, di Amerika Serikat dalam kurun waktu 25

tahun, 263 rumah sakit *nonprofit* (5% dari total jumlah rumah sakit *nonprofit*) berubah menjadi rumah sakit *for profit*.

2. Model Indikator Kinerja Lembaga *Nonprofit*

Berdasar teori ekonomi, *profit* merupakan indikator kinerja bagi sebuah lembaga usaha untuk berkembang. Pertanyaannya yaitu mengapa ada lembaga usaha yang bersifat *nonprofit*? Pada berbagai sektor, seperti pendidikan, kesehatan, transportasi, terdapat berbagai hal yang menyebabkan kegagalan pasar, misalnya adanya eksternalitas dan adanya *public goods*. Munculnya eksternalitas membutuhkan peran pemerintah untuk membiayainya. Dengan menyediakan obat-obatan gratis untuk sekelompok orang yang sakit Tuberkulosis, pemerintah dapat melindungi masyarakat sehat agar tidak tertular oleh penderita Tuberkulosis. Beberapa pelayanan kesehatan dan rumah sakit mempunyai ciri *public goods* yang bersifat *nonexcludable*. Arti dari ciri ini adalah tidak mungkin untuk membatasi jasa yang diberikan dari masyarakat yang tidak membayar. Sarana publik seperti jalan umum tidak mungkin ditutup bagi warga yang tidak membayar pajak penghasilan. Sebagai contoh di sektor rumah sakit, pelayanan rumah sakit yang bersifat *nonexcludable* adalah pelayanan Unit Gawat Darurat. Pelayanan ini harus bersifat gratis kepada seluruh orang yang membutuhkannya, termasuk keluarga miskin. Dengan sifat ini maka sumber anggaran *public goods* biasanya bukan berasal dari pihak swasta.

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat yang mempunyai aspek eksternalitas dan sifat *public goods*, pemerintah mempunyai anggaran sebagai perwujudan sikap politik negara kesejahteraan. Dengan demikian pemerintah mempunyai sumber anggaran untuk pelayanan rumah sakit yang dapat diberikan ke rumah sakit pemerintah atau rumah

sakit swasta yang *nonprofit*. Pemberian tersebut dalam bentuk subsidi. Bab 9 akan membahas hal ini lebih lanjut.

Apabila ditinjau dari sisi masyarakat, pemberian dana masyarakat kepada lembaga *nonprofit* dapat terus bertahan. Sebagian masyarakat masih mempunyai niat untuk menyumbang meskipun rendah. Total pendapatan rumah sakit di Amerika Serikat sampai dengan tahun 1996 sebesar 3% berasal dari dana kemanusiaan. Muncul faktor kemanusiaan yang melatarbelakangi sumbangan dari masyarakat. Pada aspek ini rumah sakit *nonprofit* dapat bergerak lebih baik dibanding yang *for profit*.

Ada berbagai masalah dalam manajemen rumah sakit *nonprofit* yang seringkali timbul. Masalah pertama adalah kemampuan rumah sakit yang tidak mencukupi untuk memenuhi misi sosialnya. Beberapa rumah sakit pemerintah terlihat jelas mempunyai mutu pelayanan rendah, misalnya rumah sakit kotor, pelayanan klinik tidak terkontrol, tenaga dokter yang tidak tepat waktu, tenaga perawat yang sedikit, hingga masalah obat-obatan yang tidak mencukupi. Rumah sakit keagamaan saat ini semakin kesulitan memenuhi misi sosialnya seperti pada masa lalu karena kekurangan anggaran untuk misi ini. Tujuan rumah sakit keagamaan untuk menolong keluarga miskin praktis tidak mungkin dicapai tanpa ada subsidi dari luar atau sumbangan dana kemanusiaan. Dalam hal ini subsidi sering sulit dijumpai.

Masalah kedua adalah rumah sakit *nonprofit* cenderung tidak efisien. Sebagai contoh, rumah sakit pendidikan pemerintah di Indonesia berjalan tidak efisien. Ketidakefisienan tampak pada penggunaan poliklinik hanya saat pagi hari atau tidak seimbangny jumlah spesialis dengan jumlah tindakan atau pasien.

Masalah ketiga adalah pembiasaan diri dengan hal-hal yang tidak sepatutnya. Contohnya, kenyataan di berbagai rumah sakit pemerintah skala besar, sistem keuangan rumah sakit pemerintah ditangani oleh dokter, bukan oleh akuntan. Hal lain adalah membiarkan keadaan yang sepatutnya berjalan terus, misalnya jam kerja yang tidak diatur secara

jelas apakah *full timer* atau *part timer*, sehingga ada pegawai rumah sakit pemerintah yang bekerja di rumah sakit swasta pada jam dinas. Hal yang tidak sepatutnya terus dilakukan karena memang belum ada peraturan atau hal-hal standar mengenai rumah sakit *nonprofit*.

Herzlinger (1999) menyatakan lembaga *nonprofit* mempunyai kekurangan pada tiga mekanisme yang menjamin akuntabilitas usaha. Tiga hal tersebut adalah: (1) para staf yang tidak mempunyai rasa memiliki terhadap organisasi, (2) kekurangan pesaing, dan (3) tidak mempunyai indikator kinerja. Dalam konteks rumah sakit, efek dari staf tidak mempunyai rasa memiliki dapat bermacam-macam. Kemungkinan rumah sakit tidak mempunyai sistem untuk mencegah kompensasi yang berlebihan. Sebagai contoh, di rumah sakit sampai saat ini belum ada sistem mengenai standar jasa medik untuk dokter spesialis. Bisa jadi pemberian jasa medis dapat berlebihan, walaupun di rumah sakit keagamaan. Kemudian, kemungkinan lain pengelola rumah sakit tidak mengetahui cara menjadikan pelayanan lebih efisien dan juga ketidakmampuan mengelola risiko. Hal ini dapat dijumpai di berbagai rumah sakit pemerintah, khususnya rumah sakit pendidikan.

Kekurangan pesaing dapat menjadi kelemahan rumah sakit rujukan tertinggi. Dipandang dari segi teknis medik tidak terdapat rumah sakit lain yang menjadi saingan sehingga rumah sakit kekurangan pendorong dari luar. Apabila tidak berhati-hati kinerja rumah sakit dapat merosot karena tidak mempunyai pesaing. Kekurangan ketiga adalah rumah sakit sebagai lembaga *nonprofit* kekurangan indikator untuk mengukur sukses atau gagalnya kegiatan. Sampai saat ini belum ada indikator kinerja yang jelas untuk rumah sakit *nonprofit*. Keadaan ini berbeda dengan rumah sakit *for profit* yang mempunyai laba sebagai ukuran kesuksesan.

Hasil pengamatan dalam evaluasi pelatihan manajemen strategis di rumah sakit daerah (PMPK, 2000) menunjukkan bahwa ada berbagai akibat rumah sakit daerah sebagai lembaga *nonprofit* yang tidak mempunyai indikator keuangan.

Pertama, akibat kurangnya penekanan pada indikator keuangan, terjadilah kekurangan sumber biaya dan motivasi rendah sumber daya manusia yang rendah. Kedua, ketidakcocokan antara misi sosial rumah sakit daerah dan keinginan sumber daya manusianya. Fenomena ketiga, ketidaksiapan rumah sakit daerah mengembangkan indikator kinerja karena memang tidak dituntut oleh sistem. Masalah indikator kinerja yang tidak jelas memang merupakan masalah umum di rumah sakit *nonprofit*.

Pertanyaan penting adalah apakah perlu mengubah bentuk rumah sakit *nonprofit* menjadi *for profit* agar lebih jelas indikator dan sistem manajemennya? Ataukah tetap sebagai lembaga *nonprofit* tetapi memperbaiki sistem manajemen dan menggunakan indikator yang jelas? Patut diketahui bahwa saat ini sebagian rumah sakit *nonprofit* di Indonesia menjadi lembaga yang bentuk dan proses keuangannya membingungkan.

Ditinjau dari sudut sejarah, yayasan pemilik atau pengelola rumah sakit di masa lalu (khususnya di zaman penjajahan Belanda) mempunyai fungsi sebagai pencari dana bagi kegiatan rumah sakit. Sumber pembiayaan dapat berasal dari pemerintah, masyarakat atau kelompok masyarakat berupa sumbangan dana kemanusiaan. Akan tetapi, pada saat Indonesia mengalami proses menjadi lebih modern justru rumah sakit menjadi sumber pembiayaan untuk menjalankan kegiatan yayasan atau memberikan semacam sisa hasil usaha untuk pemilik yayasan. Terdapat kemungkinan bahwa yayasan mempunyai kegiatan tidak hanya rumah sakit tetapi juga pendidikan ataupun panti asuhan. Dalam konteks ini, biasanya rumah sakit merupakan kegiatan utama bagi pencarian dana yang selanjutnya dana tersebut digunakan bagi kegiatan yayasan atau digunakan untuk tujuan mencari keuntungan. Dengan demikian terjadi orang sakit mensubsidi kegiatan untuk orang sehat. Secara praktis yayasan rumah sakit tersebut sebenarnya merupakan sebuah PT dengan pemilik para anggota yayasan.

Pemerintah berusaha mengembalikan sifat yayasan ke arah lembaga yang berbasis sosial dengan transparansi keuangan yang terjaga. Hal itu diwujudkan dengan diterbitkannya UU Nomor 16 Tahun 2001. UU tersebut diharapkan dapat mengurangi akses sebuah yayasan yang dipergunakan untuk mencari keuntungan dengan berbagai cara. Kehadiran UU Nomor 16 tahun 2001 apabila dikaitkan dengan konsep *corporate governance*, menimbulkan dua ekstrim pilihan untuk RS swasta *nonprofit*.

Kemungkinan pertama yaitu rumah sakit yayasan *nonprofit* berubah menjadi Perusahaan Terbatas. Kebijakan tersebut akan memiliki tiga manfaat yaitu pertama, rumah sakit dapat terhindar dari bentuk “yayasan” yang tidak jelas sistem manajemen dan indikatornya. Manfaat kedua, struktur *corporate governance* dengan mudah dapat dipergunakan (Lihat Bab 5). Dengan menggunakan konsep *corporate governance* yang benar, diharapkan sistem manajemen dapat lebih baik dengan indikator yang jelas disepakati yaitu keuntungan. Manfaat ketiga, dengan menggunakan sistem manajemen yang baik dan mempunyai indikator kinerja yang jelas, rumah sakit dapat menjadi lebih efisien.

Akan tetapi, pilihan ini mempunyai kerugian dan kesulitan, misalnya: (1) berdasarkan aspek historis, perubahan menjadi rumah sakit *for profit* dapat bertentangan dengan misi rumah sakit yang berdasar nilai keagamaan dan sosial. Apakah nantinya misi sosial akan ditinggalkan? (2) membutuhkan perubahan budaya organisasi. Perubahan tersebut diawali dari suatu lembaga dengan budaya kerja kekeluargaan menjadi lembaga usaha yang harus transparan; dan (3) kemungkinan rumah sakit akan ditinggalkan oleh pengguna tradisionalnya.

Kemungkinan kedua adalah rumah sakit *nonprofit* tetap berbentuk yayasan. Walaupun tetap bersifat *nonprofit*, pilihan ini diharapkan menggunakan konsep manajemen strategis dengan indikator kinerja yang jelas. Alternatif ini merupakan tantangan menarik bagi para pemilik, konsultan, dan peneliti manajemen rumah sakit untuk mengembangkan konsep

rumah sakit *nonprofit* dengan indikator yang jelas. Bagian berikut akan membahas mengenai konsep indikator rumah sakit *nonprofit* dengan indikator yang jelas sehingga memperbaiki berbagai kekurangan yang ada.

3. Indikator Rumah Sakit sebagai Lembaga *Non-profit*

Secara *de-facto* rumah sakit merupakan lembaga usaha yang mempunyai dua ciri. Pertama rumah sakit mempunyai pesaing yang memberikan pelayanan serupa. Kedua, masyarakat bebas memilih rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan yang dianggap sebagai yang terbaik. Apakah menjadi lembaga usaha *nonprofit* tersebut merupakan hal yang baik atau buruk? Pertanyaan ini sangat relevan karena lembaga usaha menggunakan sistem pelayanan yang dijalankan berdasarkan prinsip-prinsip bisnis (*business*). Prinsip-prinsip tersebut menggunakan berbagai indikator termasuk indikator keuangan.

Pertanyaan lebih lanjut, apakah bisnis merupakan sesuatu yang jahat? Menurut kamus Webster *business* memiliki beberapa arti: (1) *the normal activity of a person or group*; (2) *a commercial enterprise*; (3) *the making, buying and selling of goods and service*; dan (4) *personal concerns*. Berkaitan dengan persoalan praktis *business* lebih umum diartikan sebagai perusahaan komersial, walaupun terdapat beberapa arti lainnya. Oleh karena itu, perlu dibahas definisi bisnis. Menurut Mulyadi (1997) bisnis adalah:

Bisnis merupakan usaha penyediaan produk dan jasa berkualitas bagi pemuasan kebutuhan customers untuk memperoleh return (pengembalian) jangka panjang memadai bagi kemampuan bertahan dan berkembang bisnis tersebut

Rumah sakit merupakan lembaga yang dapat menerapkan prinsip bisnis ini dengan tidak melanggar etika

kedokteran dan tetap dengan misi melindungi keluarga miskin. Kata-kata “pemuasan kebutuhan *customer*”, mempunyai makna pemenuhan kebutuhan pasien yang ditetapkan berdasarkan indikasi medik. Rumah sakit yang baik tentunya memberikan pelayanan berdasarkan kebutuhan pasien, bukan atas dasar untuk meningkatkan pemasukan keuangan rumah sakit atau penghasilan karyawan. Arti lain dari *customer* adalah staf rumah sakit sendiri yang harus dipuaskan. *Return* jangka panjang dapat berupa *return* keuangan atau *return* nonkeuangan. *Return* keuangan untuk rumah sakit *for profit* merupakan laba yang dapat menjamin berkembangnya lembaga usaha. Bagi rumah sakit *non profit*, *return* nonkeuangan dapat berupa tercapainya misi rumah sakit. Di samping itu, rumah sakit *nonprofit* juga perlu *return* dalam bentuk keuangan untuk melakukan pengembangan. Bertahan dan berkembang merupakan asas pokok sebuah lembaga untuk menempuh masa depan. perkembangan tersebut memerlukan berbagai konsep *business* dalam usaha. Sebagai contoh, salah satu prinsip dalam *business* adalah pelayanan yang bermutu. Tanpa pengembangan yang bertumpu pada mutu pelayanan, sebuah rumah sakit akan terus-menerus mengalami penurunan kinerja dan pada gilirannya dapat terpuruk.

Dengan menggunakan pemahaman ini, maka *business* merupakan suatu hal yang netral. *Business* bukan sebuah kata yang mempunyai asosiasi negatif, seperti kata penipuan. *Business* menjadi mempunyai asosiasi negatif andaikata ditambah dengan kata sifat buruk, misalnya bisnis rumah sakit yang menipu. Sebaliknya bisnis dapat mempunyai asosiasi positif misalnya, bisnis rumah sakit yang etis. Dalam hal ini rumah sakit perlu berkembang dengan menerapkan prinsip bisnis yang etis. Pembahasan mengenai etika bisnis dalam rumah sakit lebih lanjut akan dibahas pada Bab 12.

Dalam konteks melakukan bisnis yang etis, lembaga *nonprofit* perlu mempelajari berbagai konsep bisnis agar dapat berkembang. Salah satu konsep bisnis yang menarik untuk dipergunakan di rumah sakit adalah konsep *balanced*

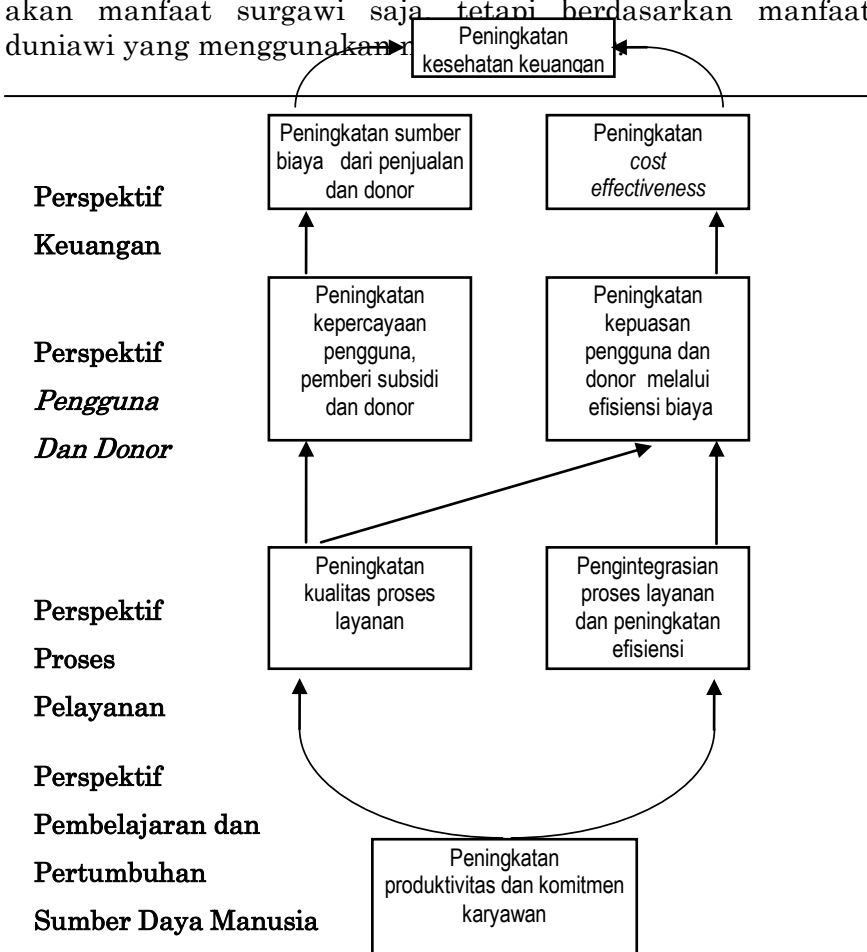
scorecard. Di dekade 1990-an, kalangan dunia usaha mendapat masukan mengenai konsep *balanced scorecard* yang diusulkan oleh Norton dan Kaplan (1995). Konsep ini menegaskan bahwa perusahaan yang sukses tidak hanya mencari keuntungan saja, tetapi juga berusaha untuk memenuhi kepuasan pengguna, melakukan pengembangan sumber daya manusia, dan mempunyai proses kegiatan yang bermutu.

Pengembangan konsep *Balanced Score Card* ini relevan diaplikasikan di rumah sakit *nonprofit*. Dengan berbasis pada konsep *Balanced Score Card*, indikator yang dipergunakan untuk menilai keberhasilan rumah sakit sebagai sebuah lembaga usaha tersusun atas empat perspektif yaitu: (1) pemberdayaan dan pengembangan sumber daya manusia; (2) proses pelaksanaan kegiatan; (3) kepuasan pengguna, pemberi subsidi, atau/dan pemberi donor kemanusiaan. Indikator ini merupakan modifikasi dari perspektif kepuasan pengguna bagi organisasi *for profit*; dan (4) keuangan (Gambar 2.1).

Perspektif pertama menyatakan bahwa karyawan medik, paramedik, dan karyawan lain merupakan komponen penting rumah sakit yang harus diberdayakan. Mutu proses pelayanan kesehatan hanya akan dapat meningkat jika karyawan rumah sakit mempunyai komitmen dan terlatih dalam pekerjaannya. Salah satu faktor penting dalam penegakan komitmen yaitu insentif keuangan sebagai kompensasi bekerja. Berkaitan dengan hal insentif keuangan untuk sumber daya manusia, pengaruh sejarah masa lalu perlu dipertimbangkan. Pada beberapa rumah sakit keagamaan memang masih terdapat suster atau tenaga medis lain yang bekerja atas dasar keyakinan surgawi yang tidak mementingkan kompensasi keuangan. Akan tetapi, pengaruh lingkungan memperlihatkan bahwa semakin sedikit sumber daya manusia rumah sakit yang bekerja atas dasar surgawi. Sebagai gambaran, demonstrasi yang dilakukan oleh tenaga perawat untuk perbaikan insentif ternyata juga terjadi di rumah sakit keagamaan.

Profesi dokter juga mempunyai keinginan untuk memperoleh pendapatan tertentu. Hal itu bergantung pada situasi setempat dan kelangkaan tenaga (Trisnantoro, 2000).

Dalam hal ini bekerja di rumah sakit keagamaan ternyata tidak mengurangi tuntutan dokter akan jasa medik. Jasa medik di rumah sakit keagamaan dibandingkan dengan rumah sakit pemerintah ternyata dapat jauh lebih besar. Pada intinya kompensasi keuangan untuk sumber daya manusia di rumah sakit *nonprofit* tidak bisa dilakukan berdasarkan keyakinan akan manfaat surgawi saja tetapi berdasarkan manfaat duniawi yang menggunakan



GAMBAR 2.1.
NILAI-NILAI KELEMBAGAAN RUMAH SAKIT
BERBASIS PADA EMPAT PERSPEKTIF

Insentif keuangan dapat mempengaruhi komitmen tenaga medik. Pada akhirnya insentif tersebut akan mempengaruhi proses pelayanan rumah sakit. Sebagai contoh sebuah penelitian menunjukkan bahwa waktu tunggu rata-rata pasien untuk mendapat pelayanan dokter gigi ternyata jauh lebih lama di rumah sakit pemerintah dibandingkan dengan rumah sakit swasta. Hal ini disebabkan karena komitmen rendah akibat kecilnya insentif untuk bekerja cepat. Sebenarnya waktu tunggu di poli gigi rumah sakit pemerintah dapat dipersingkat apabila dokter giginya mempunyai komitmen besar sebagai profesional (Hendrartini 1995).

Pengembangan sumber daya manusia dilakukan pula dengan pelatihan-pelatihan, selain pengembangan dengan kompensasi. Kesalahan-kesalahan dalam praktik di rumah sakit yang menjadikan pelayanan tidak efisien, sebenarnya dapat dikurangi apabila sumber daya manusianya lebih terlatih dan mempunyai komitmen tinggi.

Perspektif kedua dalam *balanced scorecard* menekankan mengenai proses pelayanan. Hal yang perlu mendapat perhatian dalam proses pelayanan ini yaitu mutu proses pelayanan. Proses pelayanan rumah sakit dapat berupa proses medis klinis dan keperawatan, nonklinis seperti pelayanan kamar hotel, hingga soal pelayanan pada saat mengantri. Pelayanan rumah sakit bersifat rumit dan membutuhkan integrasi berbagai layanan. Di samping itu, pelayanan ini membutuhkan sistem manajemen yang baik.

Perspektif ketiga membahas kepuasan pengguna sebagai hasil dari peningkatan mutu dan efisiensi proses pelayanan rumah sakit. Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa pengguna tersebut dibedakan atas pengguna yang membeli sendiri secara perorangan atau kelompok (dalam bentuk asuransi kesehatan atau perusahaan yang mengontrakkan pelayanan kesehatan karyawannya) dan pihak yang membelikan bagi orang lain dalam bentuk dana kemanusiaan atau memberi subsidi.

Kepuasan pengguna yang membeli ini merupakan hal wajar dalam jasa pelayanan di segala bidang. Rumah sakit *nonprofit* yang mempunyai misi melayani keluarga miskin, memiliki kelompok pengguna yang “membelikan” untuk orang lain dalam bentuk subsidi atau dana-dana kemanusiaan. Sebagai contoh, dana kompensasi subsidi BBM dari pemerintah pusat dapat diperoleh oleh rumah sakit pemerintah atau swasta bagi pelayanan keluarga miskin (Wahyuni, 2002). Dalam hal ini tentunya pelayanan bagi keluarga miskin harus pula memberikan kepuasan ke pemberi subsidi dan ke penderita (keluarga miskin) dengan indikator yang jelas.

Selanjutnya, kepuasan para pengguna akan meningkatkan kemampuan keuangan rumah sakit secara berkesinambungan. Bentuk kepuasan bagi para pembeli jasa adalah kesetiaan terhadap rumah sakit yang memberikan pelayanan yang baik, serta memberikan saran kepada orang lain untuk menggunakan rumah sakit tersebut. Hal ini akan memberikan pendapatan yang terus-menerus ke rumah sakit. Sementara itu, para donor termasuk wakil rakyat diharapkan dapat mengusahakan dana untuk subsidi bagi rumah sakit yang melayani keluarga miskin.

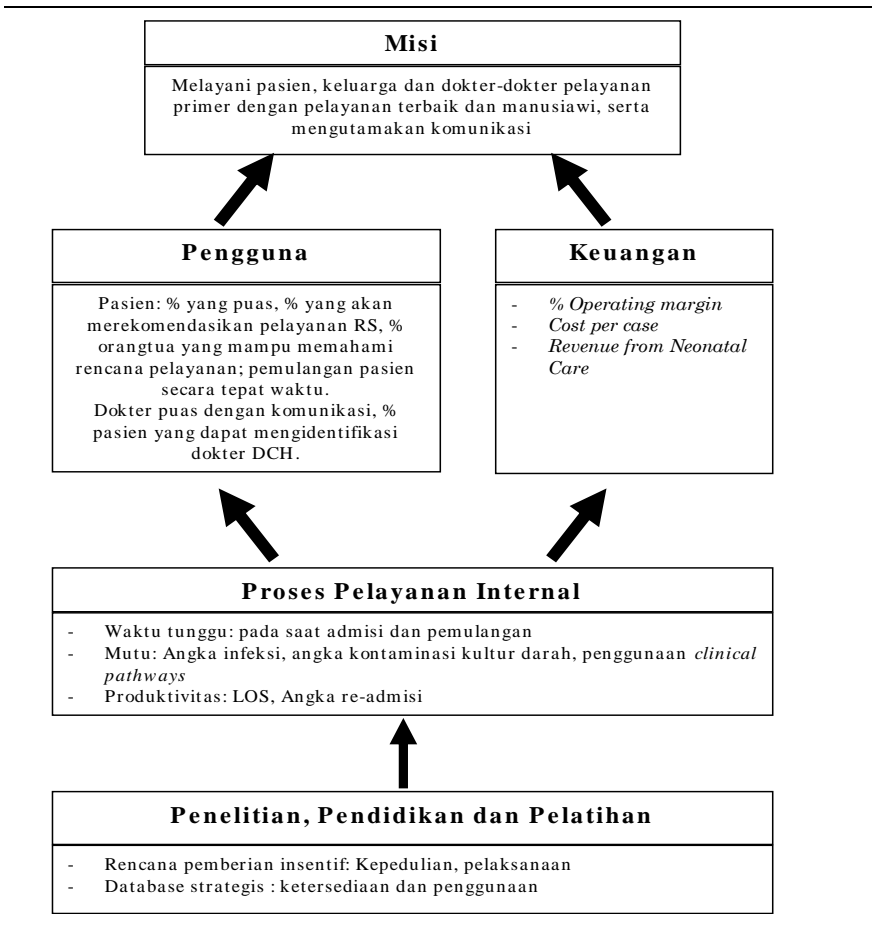
Perspektif keuangan merupakan hal penting untuk rumah sakit *nonprofit*. Aspek keuangan yang kuat akan memungkinkan rumah sakit *nonprofit* berbuat lebih banyak dalam melaksanakan berbagai misinya. Misi tersebut meliputi pelayanan keluarga miskin, menjadikan tempat bekerja yang nyaman bagi karyawan organisasi, dan peningkatan kesejahteraan masyarakat luas. Lebih lanjut, secara berkesinambungan rumah sakit dengan aspek keuangan mantap akan senantiasa meningkatkan mutu proses pelayanan dengan perbaikan fasilitas medik dan fisik rumah sakit serta pengembangan sumber daya manusia.

Keempat perspektif dalam *Balanced Score Card* ini diukur dengan indikator kinerja. Oleh karena itu, konsep *Balanced Score Card* ini dapat dipakai untuk menerangkan mengapa sebuah rumah sakit yang buruk proses pelayanannya mengalami penurunan kinerja yang terus-menerus dan sulit

untuk mengatasi permasalahannya. Dalam hal ini muncul lingkaran penurunan kinerja. Penurunan kinerja tampak pada proses yang bermutu rendah sehingga hanya akan mampu menarik pasien tidak mampu dan kemungkinan mengalami kesulitan memperoleh subsidi. Akibatnya, keuangan rumah sakit sangat terbatas. Keterbatasan ini berakibat pada ketidakmampuan rumah sakit memberi insentif yang cukup untuk para karyawan dan ketidakmampuan memperbaiki fasilitas serta fisik rumah sakit. Keadaan ini dapat menjadi lingkaran setan yang tidak menentu ujung-pangkalnya.

Penggunaan model *Balanced Score Card* untuk rumah sakit *nonprofit* merupakan langkah untuk mengurangi berbagai kelemahan lembaga *nonprofit* seperti yang diuraikan oleh Herzlinger (1999). Makna pemakaian konsep *Balanced Score Card* yang dimodifikasi untuk rumah sakit merupakan salah satu cara untuk meningkatkan kinerja rumah sakit *nonprofit* dengan menggunakan konsep bisnis yang etis. Dengan menggunakan indikator-indikator secara sistematis, berbagai kelemahan di rumah sakit *nonprofit* dapat diketahui dalam pelaksanaan. Konsep *Balanced Score Card* ini dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam menentukan indikator untuk tonggak-tonggak yang ingin dicapai oleh rumah sakit di masa depan. Oleh karena itu, dalam penyusunan visi rumah sakit, berbagai perspektif ini dapat dimasukkan secara eksplisit (Lihat Bab 6).

Aplikasi konsep *Balanced Score Card* sudah dipergunakan di berbagai rumah sakit di Amerika Serikat. Gambar 2.2, menunjukkan aplikasi *Balanced Score Card* pada Duke's Children Hospital. Tampak bahwa terdapat modifikasi konsep *Balanced Score Card*. Modifikasi tersebut terlihat pada pernyataan misi rumah sakit yang ditempatkan sebagai salah satu perspektif keberhasilan rumah sakit. Setiap perspektif terdapat berbagai indikator yang dapat diukur sebagai tonggak-tonggak untuk menentukan keberhasilan rumah sakit.



GAMBAR 2.2.
APLIKASI *BALANCED SCORE CARD* DI DUKE'S CHILDREN HOSPITAL

Berdasarkan bagan di atas terlihat bahwa beberapa indikator kinerja rumah sakit yang merupakan kombinasi berbagai perspektif yang mencerminkan nilai-nilai klinik, kepuasan pengguna, keuangan, sumber daya manusia, dan misi sosial rumah sakit. Hal ini mencerminkan indikator

kinerja rumah sakit yang mempunyai misi sosial namun tetap memperhatikan indikator ekonomi dan nilai pasar.

Bagaimana keadaan indikator kinerja rumah sakit di Indonesia? Sampai saat ini indikator kinerja belum dikembangkan secara luas. Akan tetapi, berbagai usaha untuk mencari indikator rumah sakit diupayakan, misalnya penelitian mengenai penggunaan *balanced scorecard* untuk penilaian rumah sakit pemerintah oleh BPKP. Di samping itu, ada penetapan indikator kinerja berdasarkan keputusan Menteri Negara Pendayagunaan BUMN Nomor KEP-215/M.BUMN/ 1999, tanggal 27 September 1999 tentang Penilaian Tingkat Kesehatan Badan Usaha Milik Negara.

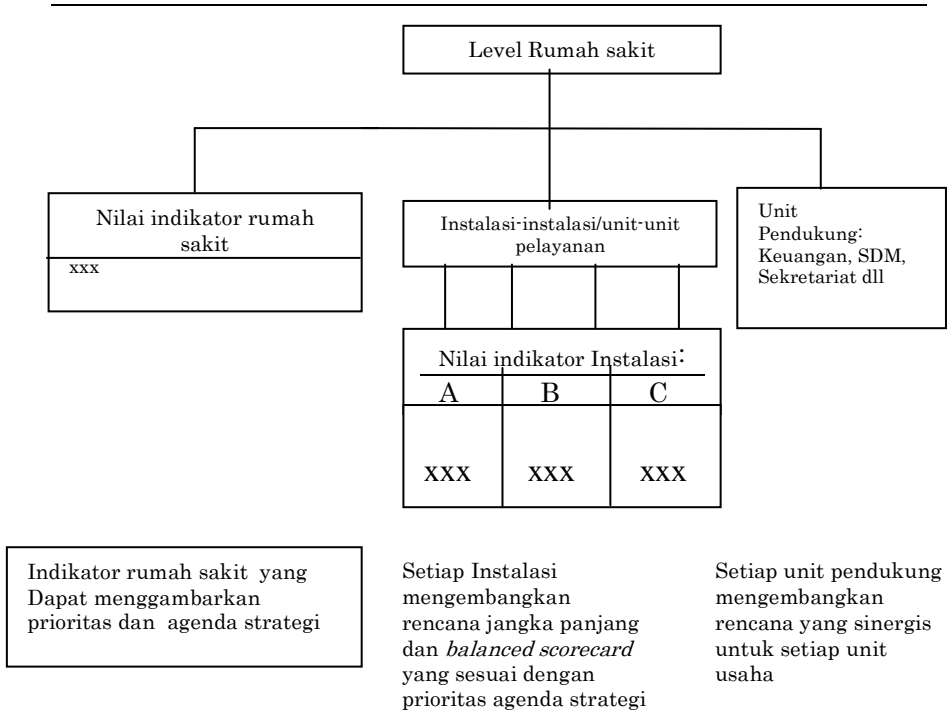
Untuk tahun 2002 ditetapkan indikator kinerja keuangan rumah sakit perusahaan jawatan yang meliputi berbagai hal. Nilai-nilai keuangan diukur dengan *Debt Equity Ratio* (DER), *Cash Ratio* (CAR), *Networking Capital to Total Asset* (WCA), *Inventory Turn Over* (ITO), *Collection Period*, *Sale to Total Asset* (STA), *Return on Equity*, *Return on Assets*, dan *Net Profit Margin* (NPM). Indikator keuangan tersebut memiliki kesan hanya mengambil dari indikator BUMN lain dan bukannya rumah sakit. Kelompok utama indikator kinerja operasional terdiri atas volume kegiatan dan rasio pada pelayanan rawat jalan, rawat inap, rawat darurat, dan pelayanan penunjang medis, pertumbuhan produktivitas, pertumbuhan daya saing, pertumbuhan efisiensi, pertumbuhan sumber daya manusia, inovasi produk layanan dan bisnis, serta penelitian dan pengembangan.

Kelompok utama indikator kinerja mutu pelayanan dan manfaat bagi masyarakat terdiri atas pelayanan ibu dan anak, pelayanan bedah, pelayanan nonbedah, kepedulian terhadap masyarakat, kepuasan pelanggan internal dan eksternal, kepedulian terhadap lingkungan dan pelayanan terhadap kelompok miskin. Aplikasi indikator yang sangat banyak ini belum teruji di lapangan.

Satu hal penting dalam indikator adalah apakah mengukur rumah sakit secara keseluruhan ataukah mengukur sebuah instalasi tertentu dari rumah sakit. Hal ini terkait

dengan rencana strategis pada tingkat rumah sakit atau instalasi. Apabila rencana strategis tersebut berada dalam tingkat instalasi tentu dibutuhkan indikator-indikator instalasi. Dalam hal ini proses menyusun rencana strategis memang merupakan kegiatan yang interaktif antara direksi rumah sakit dengan para manajer instalasi sebagai unit-unit usaha dan manajer-manajer unit pendukung. Hubungan antara tingkat rumah sakit dengan instalasi dapat digambarkan melalui adaptasi model yang dikembangkan oleh Kaplan dan Norton (2001). Kaplan dan Norton menyatakan bahwa penetapan strategi harus diterjemahkan dalam kegiatan-kegiatan operasional yang terukur.

Rumah sakit mungkin terdiri atas Instalasi Rawat Jalan, Rawat Inap, Farmasi, Gawat Darurat yang masing-masing mempunyai indikator yang berbeda. Namun, secara keseluruhan rumah sakit mempunyai pula indikator. Dengan demikian, indikator-indikator dapat berupa indikator spesifik untuk berbagai instalasi, unit pelayanan dan unit pendukung. Gambar 2.3. menunjukkan hubungan antara instalasi sebagai unit pelayanan, unit pendukung, dengan rumah sakit secara keseluruhan. Setiap instalasi dapat mempunyai *scorecard* tersendiri, akan tetapi terdapat *scorecard* rumah sakit secara keseluruhan. Sebagai gambaran IGD atau poli rawat jalan dapat mempunyai indikator yang lebih rinci dan spesifik dibanding dengan indikator level rumah sakit.



GAMBAR 2.3.
HUBUNGAN ANTARA STRATEGI BERSAMA PADA UNIT USAHA, UNIT PENDUKUNG, DAN RUMAH SAKIT SECARA KESELURUHAN

Hasil penelitian evaluatif mengenai kinerja Instalasi Gawat Darurat di RSD XY, Jawa Barat yang dilakukan oleh Rauf dan Trisnantoro (2000) menunjukkan beberapa indikator kinerja berdasarkan konsep *balanced scorecard*. Evaluasi dilakukan berdasarkan 4 perspektif yaitu: (1) sumber daya manusia, (2) proses pelayanan, (3) kepuasan pengguna, dan (4) keuangan.

Indikator Kinerja Sumber Daya Manusia

Hasil penelitian menunjukkan bahwa komitmen dokter jaga saat melakukan tugas pada di bagian Instalasi Gawat Darurat ternyata sangat rendah. Hal ini terungkap dari keluhan perawat. Keluhan bahwa mereka sering kesal terhadap dokter jaga yang sering tidak ada di tempat, terutama waktu sore hari. Dokter jaga pada waktu sore tidak berada di tempat jaga tetapi pulang untuk melakukan praktik pribadi sore hari. Hal ini dilakukan dengan alasan bahwa insentif yang diterima mereka tidak cukup menutupi praktik sore. Dalam hal ini dokter jaga tidak puas terhadap insentif yang diterima karena dipengaruhi oleh kebutuhan dan nilai seorang dokter di wilayah XY. Dokter konsulen tidak komitmen terhadap waktu melakukan konsultasi. Hal ini terungkap dari keluhan dokter jaga bahwa dokter konsulen tidak melayani permintaan konsultasi diluar jam dinas. Hal ini diasumsikan dengan rendahnya kompensasi keuangan yang mereka terima.

Perawat tidak komitmen terhadap prosedur tetap pelayanan pasien. Keadaan ini terungkap dari keluhan dokter jaga bahwa perawat sering melakukan tindakan terhadap pasien yang tidak sesuai dengan prosedur tetap (protap). Tidak komitmennya perawat terhadap prosedur tetap pelayanan pasien karena perawat tidak puas terhadap dokter jaga, petugas laboratorium dan radiologi sehingga mereka bersikap acuh terhadap protap yang ada. Sikap perawat tidak mematuhi prosedur tetap tersebut, diasumsikan karena ketidakpuasan mereka terhadap kondisi kerja dan mitra kerja yang tidak komitmen dengan waktu jaga.

Selain itu, ketrampilan dokter jaga dan perawat yang masih kurang. Hal ini dapat diungkap dari keluhan mereka bahwa pengetahuan dan ketrampilan mereka dalam hal kegawatdaruratan masih kurang. Dari data ketenagaan di Instalasi Gawat Darurat menunjukkan bahwa pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia belum efektif, sedangkan semua

dokter jaga dan perawat berharap diberi kesempatan dan biaya untuk mengikuti pelatihan dan pendidikan.

Proses Pelayanan Pasien

Proses pelayanan pasien di Instalasi Gawat Darurat relatif belum baik. Predikat ini dapat dilihat pada waktu tunggu di *triase*, angka kematian dan rujukan kasus *triase resuscitation*, serta prosedur tetap penerimaan pasien baru gawat darurat yang belum sesuai standar. Sebanyak 24 kasus (5,1%) untuk waktu tunggu di *triase* yang mengalami keterlambatan kontak pertama oleh perawat, dan 117 kasus (31,8%) oleh dokter jaga. Keadaan ini tidak memenuhi standar seperti yang dipergunakan oleh The Australian Council on Healthcare Standards (1998). Standar The Australian Council on Healthcare Standards menyatakan bahwa pada Instalasi Gawat Darurat tidak boleh terjadi pasien yang terlambat kontak pertama oleh dokter dan perawat sesuai dengan kriteria *triase*.

Prosedur tetap alur penerimaan pasien baru yang masuk ke rumah sakit belum sesuai dengan standar. Tidak semua pasien baru gawat darurat mendapat tindakan di Instalasi Gawat Darurat. Sebanyak 139 kasus anak dan kebidanan langsung masuk ke ruangan anak dan kebidanan tanpa terlebih dahulu melalui prosedur. Standar Departemen Kesehatan RI (1997) membagi kegiatan pelayanan gawat darurat menjadi kasus bedah, kasus nonbedah, dan kebidanan. Hal ini berarti kasus kebidanan seharusnya juga mendapat pelayanan dan tindakan di Instalasi Gawat Darurat.

Kepuasan Pasien

Hasil angket (kuesioner) terhadap 232 responden pasien atau keluarga pasien dapat dilihat pada tabel 2.2. berikut.

TABEL 2.2.
PERSENTASE KEPUASAN PASIEN INSTALASI GAWAT
DARURAT
RUMAH SAKIT UMUM XY TAHUN 1999

No	Variabel kepuasan	Sangat Setuju	Setuju	Ragu Ragu	Tidak Setuju	Sangat Tidak Setuju
1.	IGD dapat dicapai dengan baik	43,6 %	48,2 %	6,7 %	1,5 %	0,05 %
2.	Pelayanan dokter baik	22,6 %	50,1 %	12,9 %	8,4 %	5,0 %
3.	Pelayanan perawat baik	30,9 %	49,6 %	11,8 %	5,6 %	1,9 %
4.	Waktu tunggu dirawat	11,7 %	45,1 %	16,2 %	17,6 %	9,4 %
5.	Waktu tunggu rujukan	2,1 %	28,1 %	19,1 %	47,6 %	3,1 %

Sumber data : Data primer olahan

Berdasarkan tabel 2.2. dapat diketahui bahwa kepuasan pasien terhadap layanan Instalasi Gawat Darurat belum maksimal. Hal tersebut ditunjukkan oleh besarnya persentase pasien yang tidak puas terhadap layanan Instalasi Gawat Darurat. Ketidakpuasan pasien terutama terhadap waktu tunggu rujukan (50,7%) dan waktu tunggu rawat (27%). Hal ini terjadi karena persiapan rujukan ke rumah sakit lain yang terlalu lama, sopir ambulans yang sering tidak berada di tempat, prosedur rujukan yang berbelit-belit, waktu observasi di Instalasi Gawat Darurat yang lama, dan kelambanan pemberian informasi tentang bangsal kosong di rawat inap.

Kinerja Keuangan

Hasil penelitian terhadap kinerja keuangan Instalasi Gawat Darurat dapat dilihat pada tabel 2.3. Kinerja keuangan ini dilakukan dalam hubungannya dengan kemampuan IGD memberikan dukungan terhadap pengembangan sumber daya manusia. Indikator mengenai subsidi untuk bagian IGD tidak dilakukan karena keterbatasan informasi keuangan.

TABEL 2.3.

**KESENJANGAN ANTARA SUBSIDI RUMAH SAKIT DAN
HARAPAN *PROVIDER* IGD RUMAH SAKIT UMUM XY TAHUN
1999**

Jenis Kebutuhan	Subsidi RS	Yang diharapkan	Kesenjangan
A. Kebutuhan insentif:			
▪ Insentif dokter jaga per bulan (Insentif dokter jaga per hari)	Rp 1.705.250 (Rp 56.850)	Rp 2.250.000 (Rp 75.000)	Rp 544.750 (Rp 18.150)
▪ Insentif perawat per bulan (per perawat per bulan)	Rp 1.388.700 (Rp 138.870)	Rp 2.500.000 (Rp 250.000)	Rp 1.111.300 (Rp 111.130)
B. Kebutuhan pengembangan:			
▪ Seminar / Simposium per tahun (Rata-rata per bulan)	Rp 90.000 (Rp 7.500)	Rp 300.000 (Rp 25.000)	Rp 210.000 (Rp 17.500)
▪ Kursus / Pelatihan per tahun (Rata-rata per bulan)	Rp 2.050.000 (Rp 170.850)	Rp 3.000.000 (Rp 250.000)	Rp 950.000 (Rp 79.150)
▪ Pendidikan formal per tahun (Rata-rata per bulan)	- -	Rp 3.000.000 (Rp 250.000)	Rp 3.000.000 (Rp 250.000)
C. Kesejahteraan:			
▪ Perbaikan gizi per hari (Rata-rata per bulan)	Rp 3.000 (Rp 90.000)	Rp 9.000 (Rp 3.240.000)	Rp 6.000 (Rp 3.150.000)
Jumlah perbulan	<u>Rp 3.362.700</u>	<u>Rp 6.270.000</u>	<u>Rp 2.907.700</u>
Jumlah pertahun	<u>Rp 40.347.600</u>	<u>Rp 75.240.000</u>	<u>Rp 34.892.400</u>

Sumber data: Data sekunder, laporan keuangan IGD rumah sakit XY tahun 1999 dan hasil wawancara

Berdasarkan tabel 2.3. di atas dapat diungkapkan bahwa indikator kinerja keuangan tidak baik karena belum memenuhi harapan karyawan serta tidak mencukupi untuk memberi pelatihan dan tambahan gizi. Hasil penelitian di RSD XY menyimpulkan belum adanya keseimbangan dalam mengelola IGD. Misi IGD di sebuah rumah sakit adalah memberikan pelayanan gawat darurat kepada semua orang yang memerlukan. Misi ini membutuhkan fasilitas, keterampilan, waktu, dan komitmen yang tinggi. Akan tetapi, perspektif keuangan menunjukkan adanya kekurangan untuk mendukung pencapaian misi mulia ini. Keadaan ini memang mencerminkan keadaan yang sering terjadi di lembaga pemerintah yang mempunyai misi sosial besar tetapi tidak mempunyai dukungan keuangan dan sumber daya manusia yang cukup. Hal ini tidak hanya terjadi di rumah sakit pemerintah, tetapi juga terjadi di pusat kesehatan masyarakat, sekolah-sekolah dasar, hingga ke perpustakaan pemerintah.

Penelitian ini menunjukkan pula bahwa setiap instalasi mempunyai berbagai indikator khusus. Dengan demikian, indikator Instalasi Gawat Darurat akan berbeda dengan Instalasi Rawat Inap, demikian halnya dengan Laboratorium.

Pembiayaan untuk Pasien Miskin

Konsep *Balanced Score Card* yang dimodifikasi untuk rumah sakit dapat menjadi alat rumah sakit *nonprofit* yang mempunyai misi sosial menjalankan usaha secara baik. Pembiayaan masyarakat miskin yang berobat di rumah sakit *nonprofit* merupakan hal penting dan perlu dimasukkan sebagai salah satu indikator, khususnya dalam perspektif keuangan. Perlu suatu indikator khusus yang menyebutkan berapa persen pembiayaan rumah sakit berasal dari subsidi untuk keluarga miskin. Dalam waktu tiga tahun terakhir ini telah ada sistem subsidi pemerintah pusat yang diperuntukkan untuk keluarga miskin yaitu Jaring Pengaman Sosial (JPS) dan subsidi kompensasi BBM. Fungsi sosial rumah sakit pemerintah dapat diukur dengan indikator subsidi ini.

Berkaitan dengan hal itu telah terjadi perdebatan. Perdebatan mengenai pendapat yang mengatakan bahwa pembayaran untuk keluarga miskin dapat dilakukan dengan pendekatan *cross-subsidy*. Artinya, keuntungan dari kelas atas di rumah sakit akan dipergunakan untuk membiayai pasien miskin di kelas-kelas bawah. Pendapat kedua menentang adanya *cross-subsidy* karena secara ekonomi tidak memungkinkan. Sedangkan secara kompetitif tidak layak, dan secara etis layak atau tidak untuk “memaksa” pasien kaya membiayai pasien miskin.

Secara *factual*, pendekatan *cross-subsidy* sulit dipertanggungjawabkan dalam meningkatkan daya kompetisi sebuah rumah sakit sebagai lembaga usaha. Penelitian di satu RS pemerintah menunjukkan bahwa tarif kamar VIP jauh di bawah *unit cost* (Trisnantoro dan Setyawan, 1995). Penelitian Abeng (1997) di sebuah rumah sakit swasta menunjukkan bahwa tarif kamar VIP berada di bawah *unit cost*. Hal yang dikhawatirkan adalah justru pasien kelas bawah memberikan subsidi ke kelas atas. Hal ini mungkin terjadi karena harga obat mempunyai keuntungan yang sama besarnya antara kelas atas dan kelas bawah, sedangkan jumlah pasien kelas bawah jauh lebih tinggi dibanding dengan kelas atas. Konsep subsidi silang apabila dilakukan secara murni akan merugikan daya kompetisi sebuah rumah sakit termasuk daya kompetisi internasional.

Pendekatan subsidi silang ini secara praktis mengharapakan direktur rumah sakit melakukan pekerjaan yang berat yaitu sebagai manajer lembaga pelayanan kesehatan sekaligus sebagai pengatur redistribusi pendapatan masyarakat yang *notabene* adalah tanggung jawab pemerintah. Dapat dibayangkan betapa beban direktur dan sistem manajemen menjadi berat dalam melakukan subsidi silang ini.

Pendekatan kedua yang berdasarkan pada donor dan subsidi akan lebih masuk akal. Dengan demikian, donor atau subsidi merupakan usaha mendukung misi sosial rumah sakit. Pendekatan ini dilakukan di berbagai negara untuk rumah

sakit yang melayani keluarga miskin. Sebagai contoh, Rumah sakit Kota Cambridge di Massachusetts mempunyai dana dari pemerintah federal (pusat) dan pemerintah negara bagian untuk melayani keluarga miskin. Program ini merupakan bagian dari *safety net program* untuk penduduk yang tidak mampu membeli premi asuransi kesehatan. Rumah sakit di Inggris mendapat pembiayaan untuk keluarga miskin dari pemerintah pula. Berdasarkan hal itu dapat disimpulkan bahwa tidak mungkin sebuah rumah sakit memberikan pelayanan bagi keluarga miskin tanpa ada subsidi dari luar.

Di Indonesia, pertanyaannya adalah siapa yang harus memberikan subsidi untuk keluarga miskin? Pemerintah tentu merupakan pihak yang harus bertanggung jawab terhadap subsidi ini. UUD 1945 telah menjamin bahwa fakir miskin berada di bawah tanggungan negara, dan bukan tanggungan sumber keuangan RS pemerintah atau swasta. Di samping itu, alternatif lain berupa penggalan dana-dana kemanusiaan. Siapa yang memberikan donor kemanusiaan? Dalam hal ini terdapat empat pasar donor yang utama, yaitu individual atau perseorangan, yayasan, perusahaan, dan pemerintah. Donor-donor kemanusiaan di Indonesia saat ini semakin lama semakin mengecil. Rumah sakit-rumah sakit keagamaan semakin sulit mendapatkan dana, khususnya biaya operasional untuk menangani keluarga miskin. Menjadi pertanyaan besar, apakah memang sumber donor ini sudah habis? Dalam hal ini memang diperlukan suatu konsep pengembangan manajemen penggalan dana kemanusiaan. Bab 9 akan membahas masalah ini.

BAB 5

PERENCANAAN STRATEGIS DAN KEPEMIMPINAN

Proses menyusun rencana strategis merupakan usaha merencanakan langkah-langkah strategis dalam jangka menengah oleh sebuah lembaga. Literatur mengenai manajemen strategis menyebutkan bahwa proses menyusun rencana strategis merupakan awal sistem manajemen strategis yang diikuti dengan pelaksanaan dan sistem kontrol strategis. Mengapa berupa perencanaan? Truitt (2002) menguraikan berbagai manfaat perencanaan, antara lain untuk menyadarkan organisasi agar memahami dan menyadari tentang masa depan, mendisiplinkan organisasi, menekankan pilihan-pilihan keputusan, menyadarkan para pemimpin bahwa mereka harus mengelola lembaga, dan membuat para manajer berpikir. Perencanaan merupakan suatu proses yang menghasilkan dokumen rencana. Dokumen rencana ini akan berfungsi sebagai peta untuk mencapai suatu tujuan dengan indikator pencapaian yang disepakati bersama oleh seluruh pihak terkait lembaga.

1. Pemahaman Mengenai Rencana Strategis

Terdapat perbedaan pemahaman rencana strategis menurut para ahli. Dalam hal ini perlu ada pembedaan tentang apa yang disebut rencana strategis (*strategic plan*) dengan rencana usaha (*business plan*). Terdapat penulis yang menyatakan kedua rencana tersebut adalah sama, misalnya Piggot (2000). Sementara itu, penulis lain membedakan dua pengertian tersebut, misalnya Pinson dan Jinnat (1999) dan Zuckerman (1998). Rencana strategis merupakan rencana jangka menengah yang menjadi arah dari rencana operasional. Jangka waktu perencanaan berkisar tiga sampai tujuh tahun ke depan tergantung pada situasi dan jenis lembaga. Rencana usaha (*business plan*) merupakan rencana kegiatan satu sampai tiga tahun ke depan yang mencakup rencana keuangan (Brickerhoff, 2000). Pemahaman rencana strategis yang dipergunakan dalam buku ini adalah rencana jangka menengah yang tidak mencakup rencana operasional tahun pertama dan penghitungan *cash flow*. Sementara itu, rencana usaha harus mencakup rencana keuangan detail dalam bentuk *cash flow* sekitar dua atau tiga tahun ke depan.

Beberapa definisi rencana strategis oleh para ahli antara lain sebagai berikut:

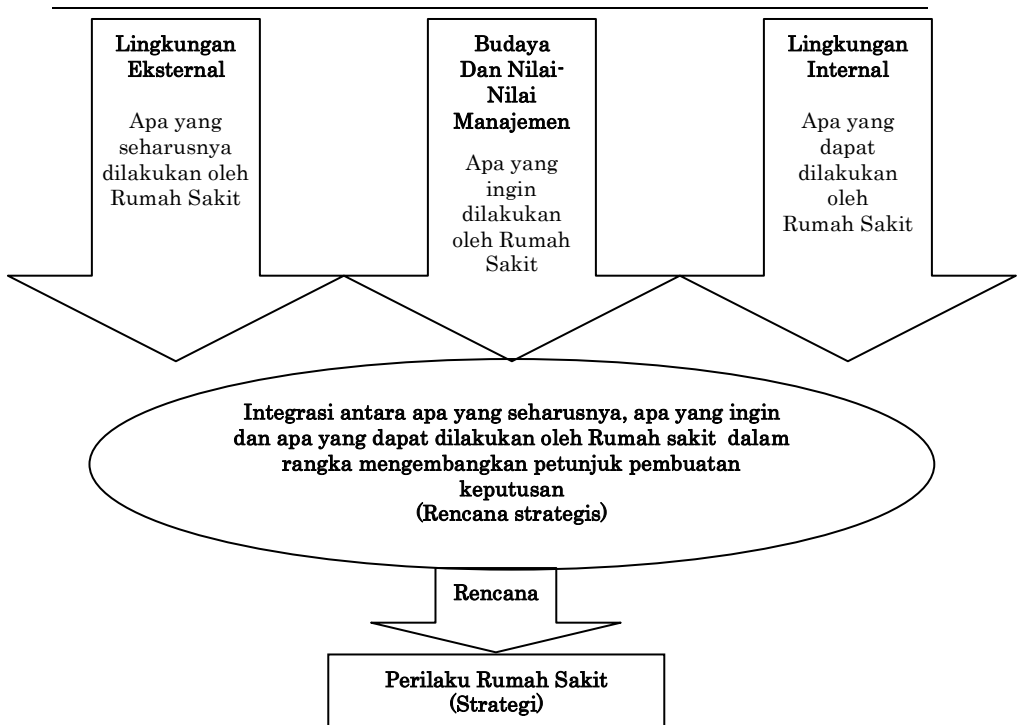
Strategic planning is the set of processes used in organization to understand the situation and develop decision making guidelines (the strategy) for the organization (Ginter dkk, 1995)

...is the process by which a system maintains its competitiveness within its work environment by determining where the organization is, where it wants to go and how it wishes to get there. In otherwords, examining that strategis will enable the

corporation or association to prosper in the future... (Katsioloudes, 2002)

Strategic planning is the technique used to try to understand the complexities of the longer term external business environment and to chart a path thorough it for sustained health and viability of the firm.... (Truitt, 2002)

Definisi-definisi tersebut di atas pada dasarnya menyebutkan analisis lingkungan luar dan keadaan di dalam organisasi untuk mencari strategi pengembangan. Gambar 2.4. menunjukkan berbagai hal yang menjadi faktor untuk menyusun rencana strategis pada rumah sakit.



GAMBAR 2.4.
RENCANA STRATEGIS RUMAH SAKIT BERDASAR ANALISIS
LINGKUNGAN EKSTERNAL, INTERNAL, DAN BUDAYA
MANAJEMEN RS

Pengamatan menunjukkan bahwa berbagai rumah sakit telah menyusun rencana strategis. Akan tetapi, rencana strategis tersebut ternyata tidak meningkatkan kinerja. Dokumen rencana strategis menjadi dokumen yang tidak dipergunakan dalam pelaksanaan. Keadaan ini muncul apabila rencana strategis merupakan dokumen yang harus ada karena dibutuhkan dalam penilaian atasan, akreditasi, ataupun hasil suatu pelatihan. Dalam hal ini terjadi apa yang disebut rencana di atas kertas. Terdapat jurang pemisah antara rencana dengan pelaksanaan di lapangan. Apabila hal ini ditelusuri lebih lanjut, rencana strategis tersebut tidak berhubungan dengan sistem penganggaran, pelaksanaan, dan pengendalian kegiatan. Bahkan, lebih lanjut rencana strategis tidak terkait dengan penyusunan struktur, *staffing*, pelaksanaan, dan pembangunan fasilitas fisik.

Berbagai rumah sakit melakukan perubahan fisik, renovasi, atau membuat kompleks baru tanpa disertai penyusunan rencana strategis. Akibatnya, kegiatan rumah sakit lebih direncanakan oleh perencana bangunan bukan oleh pelaku kegiatan di rumah sakit. Sebagai gambaran, letak ruang bersalin dapat ditemui berada di tengah-tengah kompleks rumah sakit. Hal ini tidak menyenangkan ibu hamil dan keluarganya. Mereka menginginkan ketenangan. Gambaran lain, sebuah rumah sakit pemerintah daerah dipindah ke sebuah tempat yang sulit dijangkau oleh transportasi. Akibatnya pasien kesulitan untuk mencapai rumah sakit tersebut sehingga pasien lebih banyak pergi ke rumah sakit swasta yang dianggap lebih strategis lokasinya. Contoh lain adalah instalasi rawat jalan yang mencakup kebidanan dan kandungan serta anak-anak. Sebagian dari pengunjung poli ini adalah orang yang sehat yang terpaksa

harus bercampur dengan pasien sakit karena pengaturan *layout* fisiknya memaksa mereka harus bercampur.

Siapakah yang harus menyusun rencana di rumah sakit?

Berkaitan dengan hal tersebut muncul pertanyaan: bagian-bagian mana atau siapa-siapa yang sebaiknya menyusun rencana strategis di rumah sakit. Apakah perlu untuk menyusun rencana strategis rumah sakit, rencana strategis instalasi, dan rencana kelompok kerja fungsional? Pertanyaan penting lainnya yaitu bagaimana proses perencanaannya? Secara khusus, bagaimanakah hubungan antara misi dan visi RS dengan visi dan misi instalasi/bagian di rumah sakit?

Untuk menjawab berbagai pertanyaan tersebut, struktur pelayanan rumah sakit perlu diperhatikan. Perubahan lingkungan mendorong rumah sakit menjadi organisasi yang berciri multiproduk. Secara garis besar konsep ini dapat diuraikan sebagai berikut, rumah sakit adalah sebuah badan usaha yang mempunyai berbagai macam produk misalnya, instalasi rawat inap, instalasi laboratorium, gawat darurat, gizi, hingga urusan pemulasaran jenazah. Dengan demikian, rumah sakit secara keseluruhan dapat dianggap sebagai suatu lembaga usaha yang mempunyai berbagai unit pelayanan. Unit-unit ini dipergunakan secara langsung oleh masyarakat, dinilai, dan mempunyai akuntabilitas (untung/rugi). Secara teoritis berbagai pengembangan unit usaha di rumah sakit dapat mendekati Unit Bisnis Strategis (*Strategic Business Unit*) karena sangat independen. Akan tetapi sebagian besar unit pelayanan di rumah sakit tidak independen satu sama lainnya. Hal ini sejalan dengan pendapat yang dikemukakan oleh Hax dan Majluf, serta Ginter dkk. Ginter dkk. (1998) menyebut unit di rumah sakit sebagai Unit Pelayanan Strategis (*Strategic Services Unit*). Unit-unit tersebut pada rumah sakit disebut Unit Pelayanan Strategis.

Sebuah Unit Pelayanan Strategis rumah sakit memberikan pelayanan kepada masyarakat, mempunyai pesaing serupa, serta mempunyai misi yang berbeda. Contoh Unit Pelayanan Strategis di rumah sakit misalnya, pelayanan laboratorium, pelayanan apotek, unit pelayanan ibu dan anak, serta unit pelayanan perawatan rumah. Unit-unit ini mempunyai pesaing yang memberikan pelayanan serupa. Masyarakat nantinya akan membandingkan mutu pelayanan ibu dan anak antara rumah sakit A dengan rumah sakit B. Demikian pula pelayanan obat. Sebagai contoh pasien sebuah rumah sakit tidak membeli obat di apotek rumah sakit, tetapi membeli obat di apotek luar rumah sakit karena lebih murah.

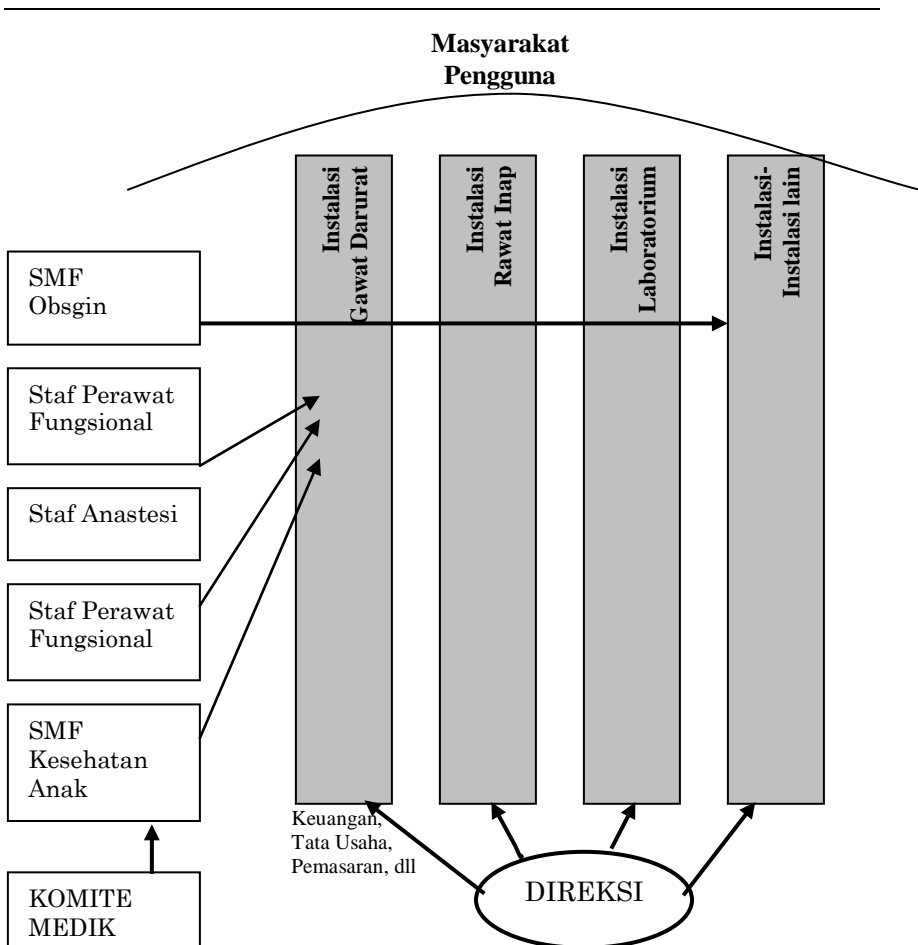
Unit-unit usaha ini ditopang oleh manajemen tingkat rumah sakit dan oleh manajemen fungsional. Secara garis besar, area manajemen fungsional digolongkan pada beberapa area yaitu: (1) keuangan; (2) sumber daya manusia, (3) teknologi; (4) pengadaan dan pembelian; (5) medis fungsional; (6) sistem informasi dan (7) pemasaran.

Unit usaha atau unit pelayanan strategis di rumah sakit merupakan suatu hal yang kontroversial. Cara pandang yang menolak menyatakan bahwa adanya unit pelayanan di rumah sakit dapat menimbulkan batas-batas yang tidak diperlukan antarunit sehingga membahayakan mutu pelayanan bagi pasien. Hal ini disebabkan karena pasien misalnya pasien *bedah caesar*, seharusnya mendapatkan pelayanan terintegrasi dari berbagai unit usaha di rumah sakit secara terpadu, mulai dari Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Inap, Laboratorium sampai pada Instalasi Gizi. Apabila unit-unit usaha terlalu independen dan *chauvinistis*, dapat terjadi hal yang membahayakan mutu pelayanan pasien *bedah caesar*. Kekhawatiran lain yaitu bahwa pengembangan sistem unit usaha akan menyebabkan rumah sakit mempunyai tujuan untuk menghasilkan keuntungan semata dengan mengabaikan fungsi sosial.

Cara pandang yang menerima menyatakan bahwa konsep unit pelayanan strategis bersifat relevan untuk rumah sakit, tetapi disertai dengan modifikasi. Unit-unit usaha di rumah

sakit sebenarnya terletak pada instalasi dan membutuhkan keaktifan staf medis fungsional. Staf medis ini berfungsi sebagai *production line manager*. Staf medik merupakan pihak yang bersifat lintas unit.

Unit-unit usaha tersebut juga tidak independen satu sama lainnya. Terdapat saling keterkaitan antarunit usaha untuk mendukung pelayanan rumah sakit. Pada saat pasien ditangani oleh berbagai instalasi sebagai unit usaha, staf medik fungsional menjadi penjamin mutu pelayanan (lihat Gambar 2.5.). Sebagai contoh, kasus penanganan *bedah caesar* darurat. Pada saat pasien berada di Instalasi Gawat Darurat, maka penanganan dilakukan oleh dokter kebidanan, dokter anastesi, dan dokter anak, serta staf medik dan keperawatan IGD. Pada saat ditangani di IGD, berbagai instalasi lain melakukan kegiatan pula, misalnya Instalasi Laboratorium dan Instalasi Farmasi. Setelah pasien melahirkan, perawatan di teruskan di bangsal kebidanan dan bangsal anak yang menjadi tanggung jawab dokter. Pada saat di bangsal, diperoleh kemungkinan pasien mendapatkan pelayanan dari berbagai instalasi lain, antara lain laboratorium, gizi, hingga fisioterapi. Pada kasus *bedah caesar* ini, dokter kebidanan menjadi manajer kasus yang mengelola pasien sejak dioperasi sampai pemulangan ibu. Sedangkan untuk bayinya akan menjadi tanggung jawab dokter anak. Dengan model ini terlihat bahwa para spesialis yang tergabung dalam staf medik fungsional merupakan sumber daya kunci dalam pelayanan di rumah sakit.



GAMBAR 2.5.
HUBUNGAN LINTAS INSTALASI DAN UNIT DI RUMAH SAKIT

Pada tahun 1992 Menkes mengeluarkan Permenkes mengenai pedoman organisasi rumah sakit yang berbasis instalasi (Kepmenkes No. 983/Menkes/SK/XI/1992). Hal menarik dicermati bahwa pembagian instalasi dilakukan berdasarkan kelompok kegiatan, bukan berdasarkan penyakit. Dengan demikian, terdapat instalasi rawat inap, rawat jalan, laboratorium, dan lain-lain. Pembagian instalasi pada rumah sakit luar negeri umumnya berdasarkan pada penyakit atau organ, atau segmen dalam masyarakat. Sebagai contoh, pelayanan kebidanan dan kandungan. Pelayanan ini memiliki ruangan untuk *antenatal care*, melahirkan, dan bangsal kebidanan. Juga terdapat instalasi kesehatan anak meliputi poli rawat jalan anak dan bangsal anak yang berada pada satu unit. Hal ini berbeda dengan rumah sakit yang diatur oleh Permenkes. Menurut peraturan Permenkes poli rawat jalan anak berada di bawah Instalasi Rawat Jalan, sedangkan bangsal anak berada di bawah Instalasi Rawat Inap. Dapat dilihat pada kasus ini terjadi segmentasi pelayanan. Dalam rumah sakit yang menggunakan model instalasi Permenkes ini diharapkan adanya peran kuat Staf Medik Fungsional dalam proses penanganan pasien. Tanpa peran dokter yang baik, akan sulit untuk menjamin mutu pelayanan. Pada berbagai bagian dokter dan perawat merupakan profesi yang memegang kunci dalam perawatan di rumah sakit (Gair dan Hartery, 2001).

Dengan adanya konsep instalasi sebagai unit pelayanan strategis, diharapkan ada pemimpin yang mampu mengelola setiap unit pelayanan. Kesadaran ini akan memicu pengembangan ketrampilan manajemen dan kepemimpinan untuk para kepala unit pelayanan strategis.

Dengan mengacu pada pemahaman akan struktur rumah sakit, terdapat beberapa strategi di dalam rumah sakit yaitu (1) Strategi pada tingkat rumah sakit secara keseluruhan; (2)

Strategi pada *level* instalasi-instalasi atau unit-unit usaha yang memberikan pelayanan langsung ke masyarakat; dan (3) Strategi fungsional pada bidang–bidang pendukung misal keuangan, pemasaran, staf medik fungsional, keperawatan, dan sebagainya. Sebagai catatan, strategi mengenai pelayanan klinik seharusnya dilakukan oleh SMF bersama dengan instalasi terkait.

Rencana strategi pada tingkat rumah sakit bersifat luas (lihat lebih lanjut pada Bab 8). Strategi yang ditetapkan mungkin dalam keadaan garis besar, misalnya pertumbuhan, pengurangan kegiatan, atau likuidasi. Strategi pada tingkat usaha merupakan strategi yang spesifik terkait dengan usaha yang dijalankan. Secara keseluruhan, rumah sakit sebenarnya merupakan gabungan dari berbagai macam jenis usaha, meliputi usaha menyembuhkan orang sakit, usaha perhotelan, apotek, transportasi, hingga usaha pendidikan untuk rumah sakit pendidikan. Dapat dilihat bahwa dinamika lingkungan usaha apotek, unit bedah, dibanding instalasi laboratorium sangat berbeda. Oleh karena itu, perlu strategi yang berbeda. Untuk mendukung strategi yang ditetapkan oleh rumah sakit dan unit-unit pelayanan strategis, diperlukan strategi fungsional. Oleh karena itu, koordinasi perencanaan menjadi penting. Kasus-kasus berikut ini menunjukkan adanya kelemahan perencanaan.

Kasus 1.

Di sebuah rumah sakit pendidikan, terjadi keluhan para dosen yang tidak mempunyai tempat yang baik untuk bekerja di rumah sakit. Ruang kerjanya berupa sebuah ruangan luas yang ditempati banyak dokter. Dalam hal ini privasi akan terganggu dan sulit memberikan bimbingan kepada mahasiswa. Pada sisi lain, para *koas* juga mengeluh karena rumah sakit tidak memberikan ruangan bagi *koas* sehingga memaksa mereka belajar di berbagai tempat.

Kasus 2.

Dengan adanya kebijakan desentralisasi, seorang direktur RSD diminta oleh Bupati untuk menghitung besarnya biaya yang dipergunakan bagi keluarga miskin yang mendapat pelayanan rawat inap. Bupati menyatakan bahwa rumah sakit akan mendapat anggaran dari dana desentralisasi (DAU dan Dana Bagian Daerah). Dana tersebut, dengan persetujuan DPRD akan diberikan kepada keluarga miskin, bukan ke rumah sakit. Jadi, pemerintah daerah berfungsi sebagai pembeli pelayanan rumah sakit dan digunakan untuk keluarga miskin. Direktur rumah sakit bingung karena selama ini tidak pernah menemui model pembiayaan rumah sakit seperti ini. Sebelum desentralisasi sumber pembiayaan yang telah umum adalah SBO dan OPRS dengan jumlah ditentukan oleh pemerintah pusat. Saat ini sistem keuangan RSD belum mampu memberikan informasi ini.

Kasus 3.

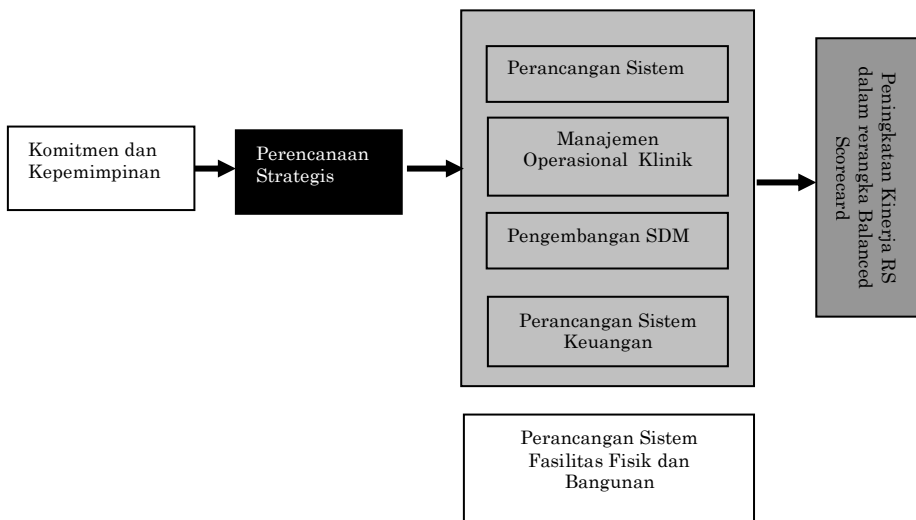
Keluhan pasien terhadap poliklinik *obsgyn* yang bercampur dengan poliklinik lainnya. Seorang ibu yang sedang hamil mengeluh kepada direktur RSD karena ia harus menunggu untuk pemeriksaan kandungannya bersama-sama dengan pasien-pasien lain di poliklinik. Ibu tersebut takut tertular penyakit dari pasien-pasien lain di poliklinik yang berbeda penyakit.

Kasus 4.

Pengaturan manajemen medik dan keperawatan. Sebuah penelitian mengenai waktu tunggu di sebuah RSD menyebutkan bahwa waktu tunggu rata-rata pasien *bedah caesar emergency* di sebuah RSD adalah tiga jam. Standar baku menyatakan bahwa pasien bedah SC harus dioperasi secepat mungkin.

Kasus-kasus di atas menunjukkan adanya berbagai masalah dalam subsistem di rumah sakit. Rencana strategis rumah sakit diharapkan mencakup berbagai hal tersebut. Hubungan antara rencana strategis dengan pengembangan subsistem fungsional manajemen dapat dilihat pada konsep

Horak (1997) di Gambar 2.6. Konsep ini menggambarkan bahwa menyusun rencana strategis bukanlah menyusun dokumen. Perencanaan strategis diawali dari komitmen dan *leadership* yang kuat (lihat Bab berikut) serta mempunyai implikasi pengembangan sistem dalam fungsi-fungsi manajemen. Secara logis, rencana strategis rumah sakit atau unit-unit kerjanya akan diikuti dengan pengembangan sistem manajemen. Misalnya, rumah sakit mempunyai strategi pengembangan berupa penambahan berbagai pelayanan baru dan peningkatan mutu pelayanan. Strategi ini harus diikuti dengan pengembangan sistem operasional klinik maupun nonklinik, pengembangan sistem informasi, pengembangan sistem keuangan, pengembangan sumber daya manusia hingga pengembangan fasilitas fisik. Setiap aspek pengembangan ini diharapkan mempunyai peran dalam peningkatan kinerja rumah sakit.



(Adaptasi dari Bernard J Horak, *Strategic Planning in Healthcare*, 1999)

GAMBAR 2.6.
RENCANA STRATEGIS DALAM KAITANNYA DENGAN
BERBAGAI ASPEK

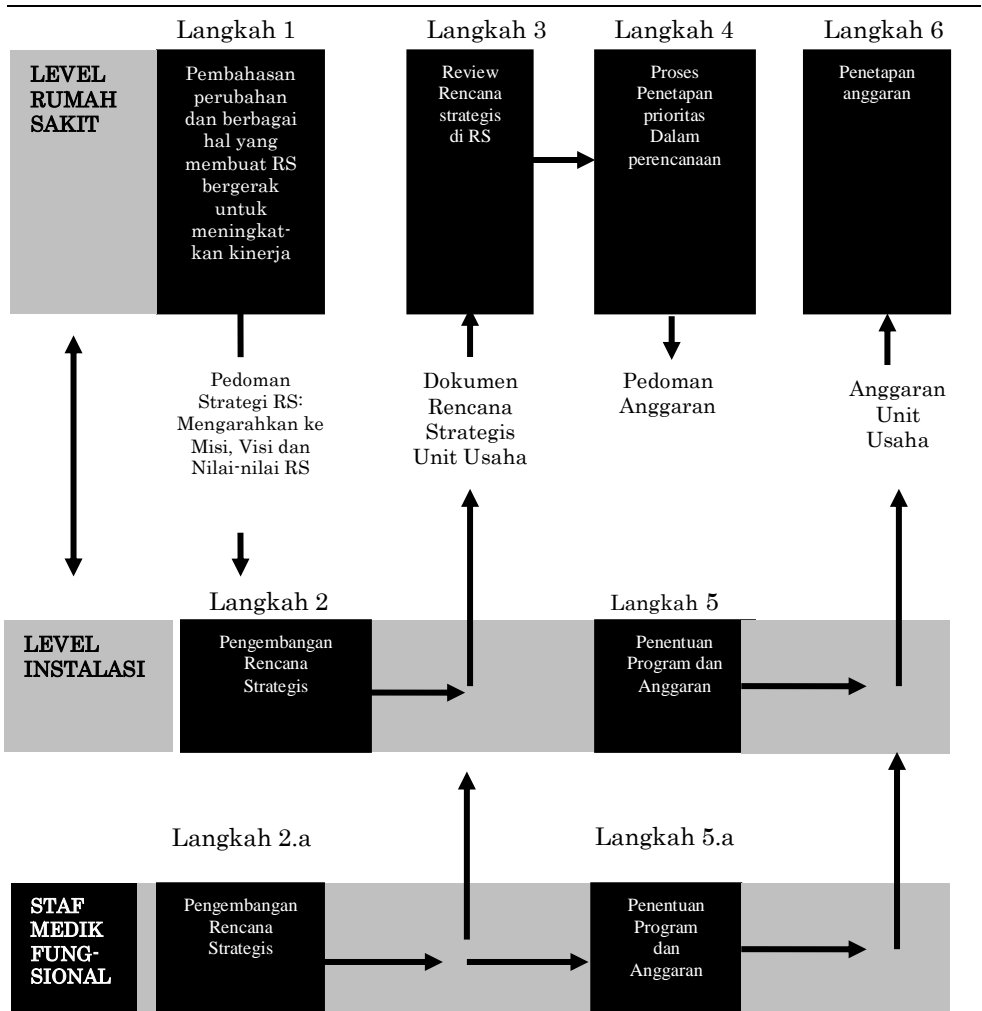
Kasus poliklinik kebidanan dan kandungan yang bercampur dengan poliklinik lain menunjukkan bahwa unit pelayanan kebidanan dan kandungan rumah sakit memang tidak mempunyai strategi. Hal ini disebabkan oleh interpretasi kaku mengenai Permenkes No. 983 Tahun 1992 bahwa semua kasus rawat jalan harus berada di bawah Instalasi Rawat Jalan sehingga poli kebidanan dan kandungan digolongkan ke dalam Instalasi Rawat Jalan. Akibatnya, ibu hamil yang takut tertular penyakit enggan menggunakan instalasi rawat jalan tersebut. Keadaan ini timbul karena tidak ada rencana strategis sebelum melakukan perancangan sistem fasilitas fisik dan bangunan. Hal ini terjadi pula pada kasus ruangan rumah sakit pendidikan. Arsitek perancang fisik mungkin tidak memahami kegiatan pendidikan atau mungkin rumah sakit dirancang oleh arsitek bukan untuk proses pendidikan.

Kasus tidak adanya informasi biaya timbul karena rencana strategis berupa pengajuan dana ke pemerintah daerah tidak diikuti dengan perencanaan sistem keuangan. Akibatnya, terjadi kesulitan memberikan informasi yang tepat di setiap saat untuk mengajukan anggaran kepada DPRD. Dalam situasi seperti ini diharapkan terdapat perencanaan sistem manajemen keuangan termasuk sistem akuntansi rumah sakit agar dapat memberikan informasi yang tepat. Kasus pasien *bedah caesar* menunggu selama tiga jam merupakan hal yang perlu diperhatikan dalam sistem manajemen operasional klinik. Kegagalan rumah sakit dalam merancang sistem operasional klinik akan menurunkan mutu pelayanan. Perencanaan sistem operasional klinik perlu ditekankan dalam perencanaan strategis. Juga perlu diperhatikan bahwa perancangan sistem di rumah sakit perlu mengacu pada indikator kinerja yang sudah ditetapkan bersama.

Langkah-Langkah Penyusunan Rencana Strategis

Secara diagram, langkah-langkah penyusunan rencana strategis dapat digambarkan pada Gambar 2.7. Model ini

relevan untuk diperhatikan pada rumah sakit yang mempunyai unit-unit pelayanan dalam jumlah banyak. Pada akhir proses perencanaan ini terdapat hasil berupa rencana strategis untuk rumah sakit secara keseluruhan dan rencana-rencana usaha untuk tiap-tiap unit pelayanan, serta rencana unit-unit fungsional.



GAMBAR 2.7.
ALUR PROSES PERENCANAAN STRATEGIS RUMAH SAKIT

Langkah tersebut di atas dapat dilakukan secara bertahap pada sebuah rumah sakit. Secara garis besar, proses manajemen strategis akan dimulai dari analisis mengenai kecenderungan-kecenderungan di luar lingkungan rumah sakit seperti yang terdapat pada Bab 1. Analisis ini dilakukan berdasarkan kesadaran dan komitmen seluruh kelompok di rumah sakit untuk melakukan perubahan. Dari langkah awal ini secara bolak-balik akan bergerak ke perencanaan tingkat instalasi, misal di IGD, laboratorium, rawat inap, dan lain-lain. Dalam langkah ke dua ini, perlu ditekankan bahwa staf medik fungsional sebaiknya perlu terlibat dalam perencanaan secara aktif. Dalam hal ini diperlukan proses perencanaan pada staf medik fungsional, misalnya perencanaan mengenai tindakan bedah apa yang akan dilakukan rumah sakit pada masa mendatang. Perencanaan staf medik fungsional harus dilakukan secara integratif dengan perencanaan berbagai instalasi. Hal ini perlu dilakukan karena anggota-anggota staf medik fungsional bedah bekerja di berbagai instalasi misalnya, bedah sentral, IGD, instalasi rawat inap, dan sebagainya.

Langkah ketiga berupa konsolidasi rencana-rencana pada tingkat rumah sakit yang merupakan kegiatan prioritas (langkah 4). Saat ini sering terjadi proses yang bolak-balik antara tingkat rumah sakit dengan instalasi. Langkah berikutnya, menyusun perencanaan program dan anggaran untuk tahun mendatang berdasarkan rencana strategis yang dirumuskan bersama. Penentuan besarnya anggaran berdasarkan kegiatan pada instalasi dan unit-unit lain sehingga menghasilkan dokumen anggaran yang berbasis pada dokumen rencana strategis.

Proses perencanaan dengan model ini cukup rumit sehingga muncul kemungkinan terjadi penyusunan rencana strategis yang tidak bersambung dengan proses penetapan anggaran. Hal ini terjadi karena penyusunan rencana strategis dilakukan untuk keperluan sesaat, misalnya untuk memenuhi

tugas pelatihan, untuk akreditasi maupun untuk menunjukkan kepada suprasistem bahwa rumah sakit mempunyai dokumen rencana strategis. Untuk keperluan sesaat, rumah sakit memang dapat melakukan penyusunan rencana strategis oleh tim pada tingkat rumah sakit tanpa berhubungan dengan seluruh instalasi ataupun staf medik fungsional. Dokumen rencana strategis rumah sakit ditulis tanpa hubungan dengan proses penganggaran pada tiap instalasi.

Sebagai gambaran, sebuah rumah sakit pemerintah memiliki dua macam perencanaan yaitu (1) perencanaan strategis yang dilakukan oleh direksi untuk masa antara dua hingga lima tahun kedepan; dan (2) perencanaan kegiatan dan anggaran tahunan yang dilakukan tiap instalasi. Dua macam perencanaan ini tidak memiliki keterkaitan. Perencanaan kegiatan dan anggaran tahunan ini bersifat *top down*. Artinya, bagian anggaran menggunakan metode *incremental*. Metode ini bertumpu pada pencapaian tahun lalu kemudian bagian anggaran melakukan penambahan atau pengurangan sekitar 10%. Akibatnya, timbul kesenjangan antara dokumen rencana strategis dengan perencanaan anggaran tahunan.

Apakah rumah sakit-rumah sakit dapat melakukan proses ini? Sampai sekarang belum dilakukan penelitian ke seluruh rumah sakit mengenai proses perencanaan ini. Akan tetapi, sebagai gambaran pada sebuah rumah sakit pendidikan pemerintah, tidak semua instalasi mempunyai rencana strategis. Jikapun memiliki, ternyata rencana strategis yang disusun pada umumnya tidak lengkap. Dari 27 instalasi pada rumah sakit tersebut, hanya tiga instalasi yang melakukan penyusunan anggaran secara lengkap. Penyusunan tersebut meliputi anggaran pendapatan, anggaran biaya, dan anggaran investasi. Beberapa instalasi yang dianggap lengkap, ketika ditelusuri lebih lanjut ternyata kesulitan dalam melibatkan SMF saat menyusun rencana strategis mereka. Padahal secara teoritis instalasi-instalasi harus melakukan perencanaan dengan berbagai SMF dan berbagai instalasi lainnya. Dalam hal ini timbul kesulitan yang harus dipahami. Sebuah

Instalasi, misalnya Instalasi Rawat Inap harus berhubungan dengan lebih dari dua puluh instalasi lain dan SMF untuk melakukan perencanaan. Praktis hal ini sulit dilakukan. Patut dicatat bahwa SMF tidak mempunyai perencanaan klinik karena memang terlihat tidak membutuhkan. Dengan demikian, dapat dipahami bahwa bagian penyusunan anggaran menjumpai kesulitan untuk melakukan perencanaan berbasis pada perencanaan instalasi. Akibatnya dapat timbul apatisme dalam perencanaan.

Proses penyusunan rencana strategis ini memang rumit. Oleh karena itu, Horak memberikan suatu prasyarat adanya kepemimpinan dan komitmen kuat untuk melakukan proses ini. Tanpa adanya kepemimpinan dan komitmen, proses perencanaan tidak akan berjalan. Disamping kepemimpinan Direktur, fungsi *governing board* (Dewan Penyantun) dalam proses penyusunan rencana strategis harus tercakup di dalamnya. Salah satu fungsi dewan tersebut adalah mengesahkan dokumen rencana strategis yang dihasilkan. Tabel 2.4. menunjukkan proses penyusunan rencana strategis.

TABEL 2.4.
PROSES PERENCANAAN STRATEGIS

Langkah Perencanaan	Waktu	Pihak yang bertanggung-jawab dan yang terlibat
Pengembangan proses perencanaan dan kesepakatan antar berbagai pihak	Dua pertemuan dalam waktu dua minggu	Direktur/direksi RS, Ketua Tim perencana dan konsultan rencana strategis
Menilai misi dan visi organisasi	Dua hari retreat	Direktur, Anggota Dewan Penyantun atau Yayasan, serta wakil-wakil dokter.
Menilai lingkungan luar	6 minggu (bersama dengan lingkungan dalam)	Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Menilai lingkungan dalam	6 minggu	Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Mengembangkan tujuan organisasi	Dua minggu setelah melakukan analisis lingkungan luar dan dalam	Direktur/direksi, Ketua Tim perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Perumusan Strategi untuk	Satu minggu sesudah	Direktur/direksi, Ketua Tim

menjapai tujuan	kesepakatan mengenai tujuan organisasi	perencana dan staf, serta konsultan rencana strategis
Persetujuan rencana strategis	Pertemuan Dewan Penyantun atau Yayasan	Dewan (<i>Governing body</i>)
Pengembangan rencana kegiatan dan jadual pelaksanaan untuk setiap strategi yang terpilih	Bervariasi berdasarkan kerumitan setiap pilihan. Diharapkan tidak lebih dari satu bulan	Direksi, Ketua Tim perencana dan staf.

Sumber: Wolper (1999)

Dalam proses perencanaan yang rumit dan merupakan hal baru bagi rumah sakit, diperlukan kebutuhan akan peran konsultan. Manfaat konsultan perencana pada dasarnya berfungsi sebagai fasilitator dan pengatur proses perencanaan agar dapat diselesaikan. Isi yang disusun dalam proses perencanaan strategis merupakan tanggung jawab direksi dan staf rumah sakit. Tabel 2.4. di atas tampak bahwa fungsi konsultan cukup penting yaitu sejak awal sampai dengan akhir proses penyusunan rencana strategis. Salah satu tugas penting konsultan dalam proses ini adalah membantu mengolah data untuk analisis lingkungan luar dan dalam. Kehadiran konsultan akan membantu rumah sakit menganalisis strategi secara lebih obyektif dan komprehensif.

2. Komitmen dan Kepemimpinan di Rumah Sakit

Proses penyusunan rencana strategis merupakan usaha untuk memetakan jalan yang akan ditempuh oleh rumah sakit. Kegiatan ini tidak mudah dan membutuhkan pemikiran serta kerja keras seluruh sumber daya manusia rumah sakit. Sebagai catatan, pada Bab 2.1 telah dibahas tentang budaya rumah sakit dan subbudaya profesi yang berbeda-beda. Di samping itu, terdapat catatan mengenai adanya perbedaan antara maksud misi yang diemban rumah sakit dengan keinginan sumber daya manusianya. Untuk menyusun rencana strategis dibutuhkan komitmen sumber daya manusia terhadap organisasi. Hal ini perlu ditekankan karena berbagai kasus menunjukkan bahwa penyusunan rencana strategis di

rumah sakit lebih didorong oleh penyelesaian tugas dalam pelatihan atau syarat yang dibutuhkan dalam proses akreditasi rumah sakit. Disamping itu, kenyataan bahwa komitmen sumber daya manusia mungkin berbeda-beda. Tanpa komitmen, pengaruh rencana strategis terhadap efektivitas organisasi menjadi kurang bermakna. Oleh karena itu, sebelum menyusun rencana strategis perlu diperhatikan pemahaman mengenai komitmen dan kepemimpinan.

Komitmen

Komitmen merupakan konsep perilaku perorangan yang sulit didefinisikan. Kanter (1968) menyatakan bahwa komitmen menggambarkan kesediaan pelaku sosial memberikan tenaga dan kesetiaan kepada sistem sosial. Porter dkk, (1974) memberikan batasan mengenai komitmen organisasi yang merupakan besarnya kekuatan identifikasi seseorang terhadap sebuah organisasi dan keterlibatan di dalamnya. Komitmen dengan sifat tersebut dipengaruhi sedikitnya oleh tiga faktor, (1) kepercayaan kuat terhadap tujuan organisasi dan nilai-nilainya; (2) kesediaan untuk memberikan tenaganya atas nama organisasi; dan (3) keinginan mantap untuk tetap menjadi anggota lembaga. Luthans (1996) menyatakan bahwa komitmen organisasi merupakan keadaan keinginan yang kuat para anggota organisasi untuk mengikatkan diri dalam sebuah organisasi secara sukarela dan berusaha secara keras untuk kepentingan organisasi.

Meyer dan Allen (1997) menyebutkan tiga dimensi komponen komitmen organisasi yaitu, (1) komitmen afektif, yang melibatkan perasaan memiliki dan terlibat dalam organisasi; (2) komitmen *continuance* yang berarti dimensi komitmen atas dasar biaya yang akan ditanggung oleh karyawan jika meninggalkan organisasi. Pada dimensi ini yang menentukan komitmen adalah faktor rasional bagi pertimbangan untung-rugi yang didapat anggota organisasi.; (3) komitmen *normative* yang melibatkan perasaan karyawan untuk tinggal di sebuah organisasi. Dimensi ini melibatkan

dedikasi seseorang untuk tinggal dalam sebuah organisasi. Berdasarkan berbagai definisi tersebut, pada intinya komitmen merupakan kesetiaan para anggota dan pemimpin terhadap organisasinya. Komitmen merupakan proses yang berkelanjutan dengan para anggota organisasi masing-masing menyumbangkan kontribusi terhadap kemajuan organisasi mereka.

Penyusunan rencana strategis membutuhkan komitmen dalam bentuk keterlibatan berbagai pihak. Zuckerman (1998) menyebutkan perlunya keterlibatan berbagai *stakeholders* kunci dalam perencanaan strategis, termasuk Dewan Penyantun atau yayasan. Wakil dari Dewan Penyantun harus ada dalam tim penyusunan rencana strategis. Kelompok dokter spesialis merupakan komponen penting rumah sakit yang diharapkan menentukan masa depan rumah sakit. Dalam pengembangan rumah sakit, para spesialis merupakan kelompok yang memahami pola kecenderungan penyakit (epidemiologi), perilaku pasien dan keluarganya, serta perkembangan teknologi kedokteran. Kelompok perawat dan tenaga medis lainnya juga perlu mempunyai wakil dalam penyusunan rencana strategis.

Harapan untuk melibatkan *stakeholder* kunci dalam penyusunan rencana strategis mungkin sulit dilakukan dalam praktik sehari-hari. Sebuah kasus RSD di Jawa Tengah yang sulit bersaing dengan RS swasta yang relatif masih baru berdiri merupakan contoh menarik. Direktur kesulitan melakukan penyusunan rencana strategis. Pada saat mengajak karyawan menyusun rencana strategis terdapat apatisme para karyawan melakukannya. Sementara itu, para dokter spesialis RSD tersebut cenderung tidak memberikan komentar ataupun minat. Dokter spesialis merasa tidak mempunyai peran dalam proses perencanaan strategis. Selama ini sebagian besar pendapatan dokter spesialis berasal dari rumah sakit swasta dan praktik pribadi sehingga usaha untuk mengembangkan rencana strategis dianggap bukan merupakan hal penting. Di samping itu, beberapa dokter mempunyai saham dalam pendirian rumah sakit swasta tersebut. Keadaan ini menjadi

sangat sulit ketika terjadi keterperangkapan dalam siklus hidup RSD ini. Kinerja RSD merosot, dan tidak ada kemungkinan untuk meningkatkan kembali melalui penyusunan rencana. Usaha perencanaan masa datang tidak berhasil karena dukungan dari seluruh *stakeholders* terhadap usaha perbaikan tidak diperoleh. Sumber daya manusia RSD ini sudah tidak percaya lagi kepada rumah sakit.

Kasus lain, sebuah RSUP yang mengalami kasus serupa. Proses penyusunan rencana strategis sulit diwujudkan karena sebagian besar kepala instalasi tidak berminat melakukan perencanaan strategis. Proses penyusunan rencana strategis dinilai hanya sebagai proyek dari direksi saja. Sementara itu, proses pemilihan kepala instalasi tidak berdasarkan pada kemampuan manajerial, tetapi lebih mengacu pada senioritas.

Kedua kasus di atas, masalah utama yang dihadapi adalah komitmen. Kasus tersebut menunjukkan tidak ada kepercayaan kuat dari sumber daya manusia terhadap tujuan organisasi dan nilai-nilainya dan tidak ada kesediaan untuk memberikan tenaga atas nama organisasi untuk menyusun rencana strategis. Berdasarkan kedua kasus tersebut menarik dicermati bahwa pegawai negeri di kedua rumah sakit pemerintah mempunyai komitmen rendah mengembangkan rencana strategis. Problem ini menunjukkan bahwa pengembangan rumah sakit sangat tergantung pada komitmen.

Dalam kehidupan sehari-hari seseorang dapat memiliki berbagai komitmen pada berbagai tempat. Sebagai contoh, seorang manajer rumah sakit yang merangkap sebagai pengurus partai politik sekaligus sebagai seorang dokter klinik akan mempunyai berbagai komitmen. Pertama, komitmen terhadap lembaga rumah sakit. Kedua, komitmen terhadap partai politiknya, dan ketiga komitmen terhadap pekerjaannya sebagai klinisi yang ternyata juga bekerja di berbagai tempat. Contoh lain, kemungkinan seorang dokter spesialis berstatus pegawai negeri mempunyai komitmen bukan pada rumah sakit pemerintah. Komitmen dokter tersebut ternyata pada rumah sakit swasta yang didirikannya atau ia mempunyai

saham dalam pendirian rumah sakit swasta. Komitmen bekerja ke tempat lain banyak dipengaruhi oleh tarikan pasar.

Munculnya komitmen ke berbagai lembaga akan mempengaruhi suasana bekerja. Keadaan yang paling sulit adalah mengatur waktu bagi para staf rumah sakit untuk bekerja bersama. Pada pembahasan kasus yang membutuhkan kerja antarspesialis, kesulitan utama yang dihadapi adalah bagaimana melakukan kerja kelompok misalnya, dalam proses konsultasi antarbagian. Apabila para dokter bekerja pada beberapa rumah sakit lain dengan waktu yang berbeda-beda, akan sulit bagi pasien untuk melakukan konsultasi dengan cepat dan tepat. Pada prinsipnya komitmen mempengaruhi kenyamanan kerja, meningkatkan produktivitas kerja, serta mempertebal rasa memiliki lembaga. Hal-hal ini memberi hasil berupa kinerja rumah sakit yang prima.

Mengapa terjadi kekurangan komitmen?

Aspek historis dapat menerangkan mengapa komitmen menjadi masalah yang bersumber pada aspek kompensasi keuangan (terpengaruh mekanisme pasar) dan nonkeuangan. Hal ini dapat dilihat dari fakta sejarah adanya kenyataan pada masa tahun 70-an hingga 80-an. Masa tersebut jasa medik yang besar dinilai merupakan pungutan liar (komunikasi pribadi dengan almarhum Dr. Sudibjo Sardadi, mantan Direktur RS Dr. Sardjito). Awal tahun 1980-an, Dr. Soedibjo Sardadi mempertaruhkan jabatannya untuk mengembangkan pola yang menjadi cikal bakal kebijakan swadana. Kebijakan ini memunculkan jasa medik yang cukup besar bagi para dokter di kelas Wijaya Kusuma (bangsal VIP), RS Dr. Sardjito. Insentif ini ditetapkan dengan suatu kesadaran. Kesadaran bahwa akan terjadi hal yang berlawanan dengan peraturan pemerintah yang cenderung menganggap rumah sakit sebagai lembaga birokrasi. Pada periode yang sama para spesialis sebagian besar bekerja di rumah sakit swasta skala besar. Di samping itu, beberapa dosen senior FK UGM mendirikan rumah sakit sendiri.

Bukti empiris di Kota Denpasar dan Kota Padang menunjukkan adanya gejala pendirian rumah sakit sendiri. Kedua kota itu tidak memiliki sejarah rumah sakit swasta keagamaan yang besar. Akibatnya, sebagian besar rumah sakit didirikan oleh dokter spesialis rumah sakit pendidikan. Bahkan, ada kasus sebuah rumah sakit swasta milik dokter didirikan dalam jarak yang dekat (cukup jalan kaki) dengan rumah sakit pendidikannya. Secara historis terlihat bahwa ketidakpuasan dalam kompensasi keuangan merupakan salah satu alasan didirikannya berbagai rumah sakit swasta oleh para spesialis.

Di samping, kompensasi keuangan munculnya tradisi mendirikan rumah sakit sendiri atau melakukan praktik pribadi merupakan hal umum yang terjadi di rumah sakit pemerintah di Indonesia. Pada sebuah rumah sakit pendidikan, poliklinik (rawat jalan) sebagian tidak dipakai setelah jam dinas. Para dokter spesialis melakukan praktik pribadi di luar jam dinas bukan pada rumah sakit pemerintah tetapi di rumah sakit swasta ataupun di tempat praktik pribadi. Beberapa tahun belakangan ini pola praktik mandiri (sendiri) dilakukan secara bersama oleh beberapa spesialis dan berkoordinasi dengan apotek yang membuka pelayanan dalam satu lokasi. Sejauh ini belum dilakukan penelitian yang mengamati mengapa terjadi pola atau fenomena seperti ini. Menggunakan logika, tempat praktik pribadi tidak begitu lengkap dan pasien harus mondar-mandir untuk pemeriksaan laboratorium atau *rontgen*. Namun, diduga faktor kepuasan pribadi, kenyamanan, dan jaminan akan kelanggengan praktik pribadi ini yang menimbulkan gejala tersebut. Hal ini berbeda jika dibanding dengan tempat praktik di bangunan rumah sakit pemerintah. Disamping itu, faktor birokrasi rumah sakit pemerintah dan insentif yang rendah mendorong terjadinya praktik sore sampai malam di tempat praktik sendiri atau di rumah sakit swasta.

Pola praktik ini mempengaruhi kegiatan di rumah sakit pemerintah. Secara otomatis, pelayanan rumah sakit pemerintah untuk rawat jalan hanya berjalan pada pagi hari.

Menjelang jam kerja kantor tutup, pelayanan akan menyusut karena dokter dan tenaga kesehatan lain akan istirahat di rumah atau berpindah ke rumah sakit swasta. Pola kegiatan ini sudah mengakar puluhan tahun sehingga untuk merubah adanya praktik sore di rumah sakit pemerintah dibutuhkan tenaga yang mempunyai komitmen tinggi.

Dengan pola praktik seperti ini berakibat seorang spesialis dapat memiliki berbagai komitmen. Komitmen spesialis dapat berupa komitmen ke rumah sakit swasta atau rumah sakit sendiri atau praktik pribadi atau RS pemerintah. Pengamatan pada kasus RSUP Y menunjukkan bahwa komitmen para spesialis lebih banyak pada rumah sakit swasta dibanding rumah sakit pemerintah. Gambar 2.8. menunjukkan berbagai model keterlekatan (kedekatan) spesialis dengan rumah sakit.

		Keterlekatan kepada rumah sakit swasta	
		Rendah	Tinggi
Keterlekatan Kepada rumah sakit pemerintah	Rendah	A. Tidak Berkomitmen kemana-mana	B. Berkomitmen kepada rumah sakit swasta
	Tinggi	C. Berkomitmen kepada RS pemerintah	D. Berkomitmen kepada keduanya

GAMBAR 2.8.
BERBAGAI MODEL KETERLEKATAN SPESIALIS
TERHADAP RUMAH SAKIT

Mungkinkah seorang spesialis mempunyai komitmen untuk rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta secara bersama, seperti pada kolom D? Secara teoretis sebenarnya memungkinkan, akan tetapi secara praktis mengalami kesulitan. Salah satu kesulitan praktis adalah pembagian waktu. Hal ini mengingat bahwa ada kemungkinan seorang

spesialis bekerja tidak hanya di salah satu rumah sakit swasta. Apabila spesialis bekerja di berbagai rumah sakit swasta, maka ada kemungkinan akan sulit untuk membagi waktu. Dengan adanya para residen di RS pendidikan, maka ada kemungkinan akan terjadi perwakilan ke residen untuk menangani kasus di rumah sakit swasta. Akibatnya, dokter spesialis sangat sulit dijumpai di rumah sakit pendidikan, termasuk di poli spesialis yang seharusnya menjadi rujukan rumah sakit kelas C atau swasta di bawahnya. Kesulitan komitmen akan terjadi semakin besar apabila spesialis yang bersangkutan memiliki rumah sakit swasta dan bersaing dalam mendapatkan pasien. Dalam hal ini, akan terjadi suatu *conflict of interest*. Diperlukan kearifan untuk menjaga keseimbangan komitmen ini.

Pertanyaan penting disini adalah bagaimana komposisi spesialis di sebuah RS? apakah berada di kotak A, B, C atau D?. Harapan pemilik, masyarakat dan pengelola RS pemerintah tentunya para spesialis berada pada kotak C. Kotak ini merupakan tempat para spesialis yang bekerja secara *full timer* di rumah sakit pemerintah. Mereka mendapatkan kepuasan kerja dan pendapatan dari rumah sakit pemerintah karena memang tidak mempunyai komitmen di rumah sakit swasta. Akan tetapi para spesialis masih jarang berada pada kotak C. Sebagian besar spesialis melakukan kerja di rumah sakit swasta. Mereka diharapkan berada pada kotak D yang mempunyai komitmen tinggi ke rumah sakit swasta dan pemerintah secara sama. Komitmen ini akan diatur dengan model kontrak kerja *part timer*. Model kontrak kerja *full timer* dan *part timer* merupakan hal wajar di rumah sakit swasta, tetapi hal itu belum diterapkan secara tegas di rumah sakit pemerintah.

Fungsi Pemimpin dalam Penyusunan Rencana Strategis

Ketika seorang direktur berusaha menyusun rencana strategis, sebenarnya ia sedang memimpin proses perubahan ke masa

depan agar menjadi lembaga yang lebih baik. Penyusunan visi merupakan tahap seorang direktur rumah sakit bersama dengan seluruh staf berusaha meletakkan tonggak perkembangan rumah sakit ke masa depan. Oleh karena itu, dalam menyusun rencana strategis terdapat kemungkinan seorang direktur rumah sakit menjadi pemimpin sebuah proses transformasi, misal dari rumah sakit yang bermutu rendah menjadi rumah sakit bermutu internasional. Proses transformasi ini tidak hanya perubahan secara peraturan, tetapi perubahan cara berpikir, budaya, sampai perubahan pola kegiatan sumber daya manusia di rumah sakit. Dengan demikian, direktur rumah sakit perlu memperhatikan konsep *transformational leadership*. Konsep ini menyatakan bahwa pemimpin transformasi meletakkan nilai-nilai dan merumuskan visi organisasi (Sashkin dan Rosenbach, 1998). Hasil dari perumusan ini mungkin tidak akan dirasakan secara langsung tetapi dapat dipahami untuk dilaksanakan. Rumah sakit dengan komitmen sumber daya manusia yang tidak kuat, maka peran pemimpin dalam proses penyusunan rencana strategis menjadi penting.

Peranan Pemimpin di Organisasi

Koteen (1997) menyatakan bahwa peran pemimpin saat ini yaitu sebagai, (1) arsitek penyusunan visi organisasi, (2) pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada, (3) pemimpin dalam mengembangkan manajemen strategis, (4) pengamat untuk memahami lingkungan, (5) penggerak penggalan sumber biaya, dan (6) penjamin mutu tinggi dalam kinerja. Di samping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk berubah.

Direktur rumah sakit sebagai pemimpin lembaga merupakan pihak yang bertanggung jawab dalam usaha pengembangan lembaga secara strategis. Pengembangan organisasi tidak akan berjalan tanpa ada usaha direktur dan seluruh staf. Hal itu perlu disadari semua pihak. Dalam era

lingkungan yang dinamis , bukan saatnya lagi para direktur menunggu petunjuk pelaksanaan dari atasan atau pemilik rumah sakit. Direktur rumah sakit saat ini harus memahami perkembangan lingkungan yang ada. Ia harus siap mendapat tekanan dari berbagai pihak, masyarakat, pemilik rumah sakit, pasien, dan staf di dalam rumah sakit itu sendiri. Dalam keadaan ini direktur rumah sakit sebenarnya menjadi pemimpin strategis. Ia harus melakukan keputusan manajemen strategis yang harus dilaksanakan dan dievaluasi oleh lembaga. Hal ini dilakukan dengan bantuan berbagai piranti manajemen, kelompok-kelompok kerja, pertemuan-pertemuan, dan adanya rencana strategis.

Dengan menggunakan konsep Koteen, para direktur rumah sakit mempunyai peran besar dalam penyusunan rencana strategis. Peran sebagai arsitek penyusunan visi organisasi merupakan hal menantang bagi seorang direktur rumah sakit. Dalam hal ini ada contoh direktur rumah sakit yang selalu berusaha untuk bertanya ke diri sendiri dan organisasinya. Dalam keadaan lingkungan apa sekarang ini, ke mana kita ingin menuju, bagaimana kita akan mencapai tujuan, perubahan apa yang kita perlukan, untuk siapa perubahan ini. Itulah pertanyaan-pertanyaan yang sering muncul dan pantas ada dalam benak seorang direktur.

Akan tetapi, ada pula direktur yang praktis menyerupai seorang kepala kantor. Ia tidak mempunyai pandangan mengenai masa depan dan tidak peduli pada perubahan lingkungan. Perlu dicermati bahwa kemampuan berpikir, menafsirkan perubahan lingkungan, dan bertindak sebagai arsitek penyusunan visi memang bukan merupakan bagian dari budaya kerja pegawai negeri. Oleh karena itu, cara berpikir untuk berperan sebagai arsitek penyusun visi perlu ditanamkan dan membutuhkan berbagai prasyarat, termasuk otonomi manajemen rumah sakit. Bab 6 akan membahas masalah visi secara lebih rinci.

Peran pembentuk budaya organisasi dari nilai-nilai yang ada merupakan peranan yang sulit dilakukan khususnya pada rumah sakit dengan sumber daya manusia antar kelompok

tidak mempunyai visi yang sama. Sebagaimana diketahui rumah sakit terdiri dari berbagai sumber daya manusia dengan tingkat pendidikan yang sangat bervariasi. Tingkat pendidikan yang dimulai dari pendidikan rendah hingga pendidikan tertinggi dengan pengalaman internasional. Budaya organisasi di rumah sakit harus mampu dibentuk untuk menggalang nilai-nilai kerja dan komitmen berbagai unsur sumber daya manusia di rumah sakit. Peran ini membutuhkan kemampuan besar untuk menjawab berbagai pertanyaan seperti berikut:

- Nilai-nilai apakah yang mempengaruhi budaya organisasi rumah sakit? Apakah nilai-nilai bekerja rumah sakit kalah dengan nilai-nilai lain?
- Apakah sumber daya manusia rumah sakit bekerja dengan penuh perhatian pada rumah sakit mereka ataukah cenderung untuk lebih bekerja ke lembaga lain?
- Apa yang dilakukan untuk memperbaiki nilai-nilai kerja seluruh sumber daya rumah sakit? Bagaimana caranya?

Pertanyaan-pertanyaan mengenai nilai-nilai bekerja seluruh staf rumah sakit perlu muncul dalam pikiran direktur. Hal ini kemudian digunakan untuk menggalang kultur organisasi rumah sakit. Peran ini membutuhkan ketrampilan khusus, terutama komunikasi interpersonal. Proses penyusunan rencana strategis bukan sebuah proses yang dibuat sendiri oleh direktur. Sejak awal, proses ini sebaiknya melibatkan berbagai *stakeholders* di rumah sakit. Dalam hal ini peran direktur sebagai pemimpin akan diuji. Direktur harus mampu berkomunikasi dengan pemilik rumah sakit, konsultan yang membantu proses penyusunan, pihak-pihak luar terkait, dan tentu saja dengan berbagai kelompok sumber daya manusia di dalam rumah sakit itu sendiri. Setelah perencanaan strategis, aplikasi manajemen strategis merupakan sistem yang kompleks dengan beberapa ketersediaan data yang baik dan cepat analisisnya terpenuhi, sistem informasi dan proses pengambilan keputusan yang baik. Pemimpin dalam rumah sakit harus mampu berperan sebagai

motor penggerak utama agar sistem manajemen strategis dapat berjalan.

Direktur rumah sakit merupakan pemimpin organisasi yang bertugas ke dalam dan keluar. Dalam perannya sebagai pemimpin, seorang direktur diharapkan mampu melihat dan menafsirkan perubahan lingkungan dan membina hubungan dengan pihak luar. Peran ini membutuhkan kemampuan untuk mengatur kegiatan-kegiatan dan waktu agar terjadi keseimbangan antara kegiatan di luar organisasi dengan di dalam organisasi. Sebuah kasus menarik berikut ini yaitu seorang direktur rumah sakit yang terlalu banyak menggunakan waktunya untuk *lobbying* di luar sehingga sumber daya manusia di dalam rumah sakit menilai pemimpinnya tidak memperhatikan masalah di dalam. Akhirnya, terjadi jurang pemisah antara direktur dengan stafnya.

Saat sumber daya untuk kegiatan rumah sakit dibutuhkan, maka peran pemimpin untuk menggerakkan penggalan sumber dana menjadi sangat penting. Dalam hal ini direktur harus mampu melihat bagaimana dampak kekurangan sumber daya keuangan terhadap kinerja. Selanjutnya ia akan mencari berbagai macam cara agar diperoleh penggalan sumber biaya baru. Dalam konteks rumah sakit pemerintah, kemampuan untuk mendeteksi sumber biaya bagi rumah sakit tergantung dari kemampuan analisis direktur terhadap lingkungan luar rumah sakit. Pada suatu wilayah dengan kemampuan ekonomi masyarakat yang kuat, seorang direktur harus mampu menggerakkan sumber biaya dari masyarakat dalam bentuk pembayaran atas tarif rumah sakit. Dapat pula dilakukan penggalan dana-dana kemanusiaan dari masyarakat. Sedangkan apabila berada pada lingkungan yang lemah secara ekonomi, maka berbagai alternatif penggerakan sumber daya perlu dipikirkan dengan cara tersendiri. Dalam hal ini hubungan baik dengan anggota DPRD dan pihak pemerintah pusat perlu dijaga untuk mengatasi masalah kekurangan sumber biaya.

Direktur rumah sakit sebaiknya juga mampu berperan sebagai penjamin agar kinerja rumah sakit yang dipimpinnya bermutu tinggi. Rumah sakit merupakan lembaga yang mempunyai risiko untuk melakukan kesalahan dalam kegiatannya. Oleh karena itu, direktur rumah sakit diharapkan mampu menyusun sistem perencanaan, pelaksanaan, dan kontrol agar mutu pelayanan dapat meningkat. Disamping itu, apabila terjadi kemacetan dalam perkembangan organisasi, seorang pemimpin harus berperan sebagai penggerak agar suasana kerja dapat bergairah untuk perubahan.

Secara khusus peran pemimpin dalam proses perencanaan strategis adalah:

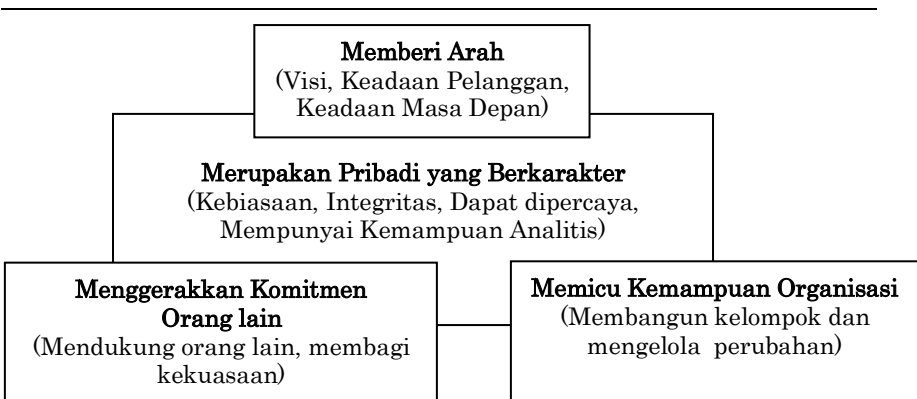
1. menggerakkan komitmen seluruh kelompok sumber daya manusia untuk memahami pentingnya perencanaan,
2. merencanakan proses perencanaan strategis,
3. menjadi penanggung jawab utama proses perencanaan strategis termasuk perumusan strategisnya.
4. memimpin pelaksanaan rencana strategis termasuk mengkoordinasi pelaksanaan berbagai subsistem di rumah sakit.
5. melakukan penilaian dan pengendalian kinerja.

Kegagalan pemimpin untuk menggerakkan komitmen perencanaan, akan mempengaruhi proses perencanaan selanjutnya sehingga menjadi kurang bermakna. Hal itu mungkin dapat dipahami bersama. Kemampuan direktur menggalang komitmen merupakan hal penting sebelum meneruskan proses perencanaan strategis. Sebuah kasus pada sebuah rumah sakit memperlihatkan bahwa proses penyusunan rencana strategis yang dibantu oleh seorang konsultan dihentikan. Hal ini karena konsultan menilai bahwa direktur tidak mampu menggalang komitmen bahkan direktur itu sendiri menjadi bagian dari permasalahan. Dalam diri direktur dinilai tidak terlihat kepemimpinan. Konsultan yang berusaha bekerja baik menilai bahwa sebelum terjadi

perbaikan dalam diri direktur maka program penyusunan rencana strategis akan gagal. Oleh karena itu, proses penyusunan dihentikan untuk menghindari pemborosan waktu dan sumber daya. Oleh konsultan disarankan agar direktur melakukan perbaikan kepemimpinan terlebih dahulu.

Elemen-elemen Kunci sebagai Sifat yang Menempel pada Pemimpin

Mengingat peranan yang berat seorang pemimpin dalam menyusun rencana strategis dan mengaplikasikan sistem manajemen strategis, perlu pemikiran mengenai persyaratan untuk menjadi pemimpin. Secara umum Ulrich (1999) menyatakan bahwa terdapat empat elemen kunci kemampuan yang sebaiknya dimiliki pemimpin yaitu, (1) menetapkan arah, (2) memobilisasi komitmen individu, (3) memicu kemampuan organisasi, dan (4) menunjukkan karakter pribadi.



GAMBAR 2.9.
APA YANG DILAKUKAN OLEH PEMIMPIN YANG SUKSES?

Konsep yang dipaparkan Ulrich ini dapat dipergunakan untuk direktur rumah sakit terutama untuk menganalisis kemampuan kepemimpinannya. Pemimpin rumah sakit diharapkan mampu menetapkan arah. Dalam mengantisipasi masa depan, dibutuhkan kemampuan untuk menyeimbangkan pengaruh dari perubahan lingkungan dan berbagai *stakeholders*. Termasuk dalam golongan ini pemerintah, DPR maupun DPRD, pelanggan, teknologi, dokter spesialis, perawat, dokter umum, pesaing, penanam modal, dan pemasok. Dalam keadaan inilah pemimpin harus mampu menciptakan identitas rumah sakit dan membangun nilai bagi semua pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). Pemimpin yang memberi arah melakukan paling tidak tiga hal, yaitu memahami dan menafsirkan kejadian-kejadian di luar rumah sakit, memfokuskan diri pada masa depan, dan mampu menerjemahkan visi ke dalam tindakan. Oleh karena itu, kemampuan penafsiran terhadap perubahan lingkungan seperti yang dibahas pada Bab 1 sangat diperlukan.

Pemimpin rumah sakit perlu mempunyai sifat yang dapat menggalang komitmen sumber daya manusia. Hal ini dibutuhkan karena dalam usaha perumusan dan pencapaian visi diperlukan keterlibatan seluruh sumber daya manusia. Dengan demikian, komitmen sumber daya manusia rumah sakit harus digalang sehingga selaras dengan misi rumah sakit. Dengan komitmen yang baik, diharapkan sumber daya manusia rumah sakit dapat mendedikasikan pikiran dan kegiatan mereka demi tercapainya tujuan rumah sakit. Dalam penggalangan komitmen ini diperlukan pendekatan individu dan pendekatan kelompok. Untuk menghasilkan komitmen ini, pemimpin perlu membangun hubungan kerja sama yang baik, membagi kekuasaan dan wewenang, dan mengelola kekuasaan dengan penuh perhatian. Pemimpin harus dapat membantu setiap orang agar mampu merasakan bagaimana peranan masing-masing dalam pencapaian tujuan rumah sakit.

Pemimpin rumah sakit tidak hanya membangun komitmen perorangan tetapi juga mampu membangun

organisasi. Kemampuan membangun organisasi mengacu pada proses, tindakan, dan kegiatan yang menciptakan nilai bagi rumah sakit. Pemimpin membutuhkan kemampuan untuk meterjemahkan visi ke dalam tindakan dan usaha pencapaian tujuan dalam proses kegiatan. Hal itu membutuhkan pemimpin yang memiliki berbagai kemampuan seperti membangun infrastruktur organisasi, merancang sistem sumber daya manusia, dan membuat tindakan agar terjadi perubahan pada rumah sakit. Dengan demikian, kemampuan manajerial harus dimiliki oleh pemimpin rumah sakit.

Salah satu sifat penting pemimpin rumah sakit adalah pemimpin rumah sakit harus berkarakter. Para pegawai rumah sakit membutuhkan pemimpin yang dapat dipercaya dan mampu berkomunikasi. Kedua hal ini sering disebut sebagai kredibilitas. Pemimpin yang berkarakter harus hidup sesuai dengan nilai masyarakat yang baik. Pemimpin ini memiliki dan menciptakan citra diri yang positif serta menunjukkan ketrampilan berhubungan dengan orang lain. Di samping itu, memiliki kepribadian yang menarik. Latar belakang sifat rumah sakit yang sangat kompleks dengan sumber daya manusia yang sangat bervariasi merupakan hal berat bagi pemimpin untuk memiliki sifat-sifat tersebut. Hal ini mungkin dapat dipahami. Oleh karena itu, persoalan ini tidak dapat dipecahkan hanya dengan pelatihan saja. Kemampuan-kemampuan tersebut didapat dari proses hidup yang panjang.

Proses penyusunan rencana strategis merupakan salah satu kegiatan yang dapat mencerminkan kemampuan seorang pemimpin. Apakah seorang direktur mampu menggalang komitmen untuk melakukan perencanaan? Kemudian, apakah direktur rumah sakit mampu melaksanakan perencanaan dan mengendalikan secara strategis?

Pertanyaan kemudian, siapakah para pemimpin rumah sakit? Apakah direktur saja atautkah ada lainnya? Dalam hal ini perlu diingat bahwa rumah sakit merupakan lembaga yang sangat kompleks dengan berbagai unit pelayanan dan bidang pendukung. Oleh karena itu, pemimpin rumah sakit bukan

hanya direksi, tetapi kumpulan orang misalnya, pemimpin di bidang keperawatan, pemimpin di proses klinik, manajer instalasi, pemimpin di berbagai unit pendukung, seperti keuangan atau hubungan masyarakat. Para pemimpin ini juga berperan dalam menyusun rencana strategis dan sistem manajemennya.

Sebagai contoh, Kepala Instalasi Gawat Darurat berperan sebagai pemimpin. Ia mempunyai visi mengenai instalasi gawat daruratnya. Proses perencanaan strategis di Instalasi Gawat Darurat merupakan tanggung jawabnya. Demikian juga dengan pemimpin bidang keuangan. Kepala bagian keuangan rumah sakit harus mempunyai kepemimpinan. Dengan demikian, sesuai dengan besar kecilnya rumah sakit akan ditemukan berbagai rencana strategis pada berbagai unit dan instalasi serta bidang pendukung.

Bagaimana mengembangkan kepemimpinan di rumah sakit? Berbagai kegiatan dapat dilakukan untuk mengembangkan kepemimpinan misalnya, rumah sakit memberikan kesempatan penugasan tertentu sebagai bagian proses pengembangan kepemimpinan, rumah sakit melakukan pembinaan teknis sehingga terdapat mekanisme pelatihan internal, atau mengundang pelatih-pelatih berpengalaman dari luar yang bertindak sebagai *coach* (pelatih). Model lain yang dapat diterapkan yaitu rumah sakit mempunyai proses *mentoring*. Proses ini mengharuskan manajer muda atau orang-orang baru ditempelkan (*nyantrik*) pada manajer berpengalaman untuk menimba ilmunya. Berkaitan dengan regenerasi, pemimpin rumah sakit melakukan perencanaan penggantian manajer. Di samping itu, rumah sakit dapat melakukan proses belajar secara nyata dari masalah yang terjadi. Disamping itu, diharapkan rumah sakit melakukan program penilaian kinerja. Penilaian kemampuan pemimpin ditentukan oleh kinerja unit yang dipimpinnya.

Dalam konteks perubahan budaya, pemimpin diharapkan memperoleh wewenang dan kemampuan untuk mempengaruhi orang lain. Problem utama yang timbul, apakah direktur rumah sakit Indonesia memiliki wewenang untuk

mempengaruhi orang lain. Pertanyaan ini menarik karena sebenarnya para direktur rumah sakit di Indonesia, khususnya pemerintah tidak mempunyai cukup kekuasaan untuk mempengaruhi orang lain. Sebagai contoh, sistem manajemen rumah sakit menyebabkan direksi rumah sakit pemerintah tidak mempunyai wewenang untuk memindahkan staf rumah sakit ke tempat lain atau memberhentikan kontrak. Wewenang ini berada pada kantor lain, sehingga tidak ada otonomi dalam mengelola sumber daya rumah sakit. Sebagai contoh terjadi pada rumah sakit pendidikan, wewenang memindahkan dosen FK berada di Fakultas Kedokteran yang merupakan lembaga terpisah. Oleh karena itu, direksi rumah sakit pemerintah mempunyai kesulitan mendasar dalam membentuk kultur organisasi. Ketika direktur rumah sakit mengajak staf untuk menyusun rencana strategis muncul kesulitan besar karena tidak ada nilai kebersamaan dan komitmen yang kuat.

Keadaan ini menjadikan adanya ungkapan “merubah sistem dalam kurungan besi”. Berbagai konsep kepemimpinan pada umumnya berasal dari sistem manajemen di lembaga swasta yang mempunyai fleksibilitas dalam berbagai aspek. Pertanyaan kritisnya adalah bagaimana konsep kepemimpinan ini diterapkan di rumah sakit pemerintah yang memiliki struktur kaku dan sulit diubah. Evaluasi pelatihan manajemen strategis RSD oleh PMPK menunjukkan bahwa pengembangan sumber daya manusia sulit dilakukan akibat berbagai faktor, termasuk salah satunya sistem eselonisasi. Kekakuan sistem ini terjadi di berbagai unit pemerintahan di dunia (Feldam dan Khademian, 2001). Pertanyaan yang sering timbul adalah bagaimana dapat membangun sistem organisasi yang baik apabila harus menggunakan struktur yang demikian kaku itu? Bagaimana dapat menyusun rencana strategis yang baik apabila struktur tidak memungkinkan untuk diubah.

Untuk menjawab pertanyaan tersebut perlu ditekankan bahwa kebijakan otonom rumah sakit diperlukan untuk mengurangi kekakuan sistem dan struktur dalam pemerintahan. Dapat dipahami hal-hal mengenai keadaan sistem manajemen rumah sakit di Indonesia yang masih belum

jelas aspek otonominya, kemampuan pemimpin untuk membentuk kultur organisasi rumah sakit mungkin masih seperti seni dalam mengelola orang yang sulit untuk dipelajari.

BAGIAN 3

DARI VISI DAN STRATEGI KE PROGRAM

Pengantar

Bagian III membahas perwujudan pernyataan visi dan misi menjadi program dan kegiatan di rumah sakit.

Sebagaimana telah dibahas pada Bab-Bab awal, konsep manajemen strategis ditulang-punggunginya oleh model perencanaan organisasi pelayanan kesehatan yang bersifat strategis, diikuti dengan pelaksanaan dan pengendalian yang tepat. Model perencanaan strategis menekankan pentingnya pembahasan mengenai misi dan visi serta analisis faktor-faktor eksternal dan internal organisasi. Faktor-faktor internal menunjukkan kekuatan dan kelemahan organisasi, sedangkan analisis faktor eksternal menggambarkan hambatan dan dorongan dari luar.

Faktor-faktor eksternal dan internal yang ada harus dipelajari dan dianalisis untuk proses perencanaan kegiatan di masa mendatang. Dengan analisis keadaan ini maka perencanaan rumah sakit merupakan suatu proses yang memperhatikan lingkungan strategis. Bab 6 buku ini

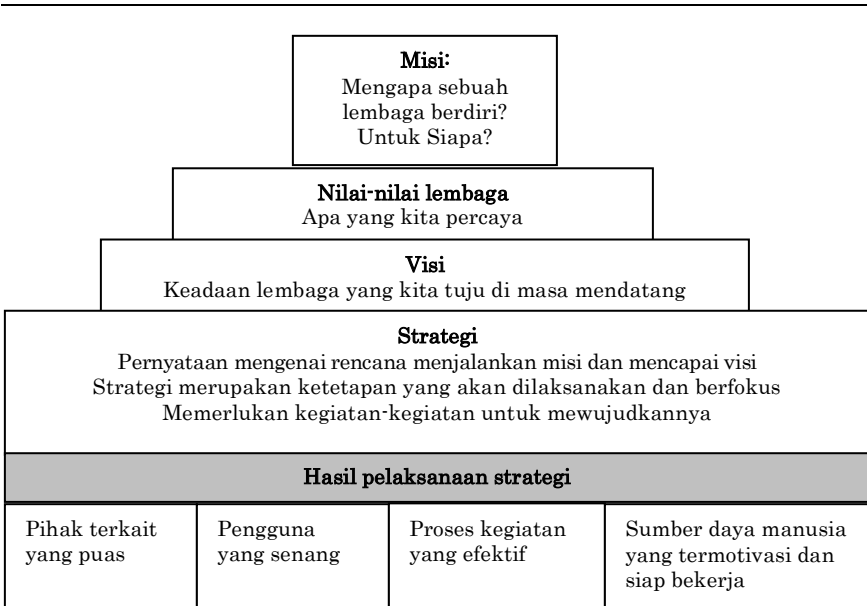
membahas mengenai Visi dan Misi, serta pedoman nilai sebuah rumah sakit. Analisis eksternal, analisis internal, dan Isu-isu Pengembangan dibahas pada Bab 7 yang merupakan fase diagnosis dalam proses perencanaan. Fase diagnosis ini dapat dipergunakan untuk memahami kesulitan rumah sakit menjalankan misi sosialnya dalam lingkungan yang didominasi oleh mekanisme pasar.

Selanjutnya dari diagnosis ini, Bab 8 membahas strategi pengembangan rumah sakit yang mencakup strategi rumah sakit, strategi di unit-unit pelayanan strategis dan strategi fungsional yang biasanya dilakukan oleh unit-unit pendukung di rumah sakit. Pembahasan strategi pengembangan ini mengacu pada model perencanaan lembaga usaha di sektor lain. Bab 9 membahas strategi penggalan sumber biaya untuk aspek sosial rumah sakit. Dalam bab ini dibahas perkembangan subsidi pemerintah untuk rumah sakit, memahami pandangan partai politik, dan bantuan dana kemanusiaan (*charity*) yang merupakan tradisi sumber pendanaan rumah sakit.

BAB 6

MISI DAN VISI RUMAH SAKIT

Penyusunan misi dan visi rumah sakit merupakan fase penting dalam tindakan strategis rumah sakit. Hal ini sebagai hasil penafsiran terhadap lingkungan yang berubah. Penafsiran-penafsiran yang dilakukan dengan cerdas akan mendorong pemimpin untuk berpikir mengenai misi organisasi dan keadaan organisasi yang dicita-citakan. Pemikiran ini merupakan dasar untuk menetapkan strategi pengembangan lembaga. Lebih lanjut, pemimpin rumah sakit memerlukan pernyataan misi dan visi sebagai isi komunikasi dalam meningkatkan komitmen seluruh pihak terkait. Berdasarkan konsep dari Kaplan dan Norton terdapat hubungan misi dan visi sampai pada strategi seperti terdapat pada gambar 3.1. Berdasarkan gambar ini, hasil pelaksanaan strategi harus dapat mencerminkan berjalannya misi dan juga merupakan langkah-langkah untuk tercapainya visi lembaga.



GAMBAR 3.1.
HUBUNGAN VISI, MISI, DAN STRATEGI

Menetapkan misi dan visi bukanlah proses yang mudah. Pernyataan misi dan visi tidak dianjurkan disusun atas dasar tugas pelatihan ataupun tuntutan akreditasi. Pernyataan misi dan visi merupakan hasil pemikiran bersama dan disepakati oleh seluruh anggota rumah sakit. Dalam konsep *learning organization* menurut Senge, diperlukan suatu visi bersama (*shared vision*). Visi bersama ini memberikan fokus dan energi untuk pengembangan organisasi.

1. Misi Rumah Sakit

Misi rumah sakit merupakan pernyataan mengenai mengapa sebuah rumah sakit didirikan, apa tugasnya, dan untuk siapa rumah sakit tersebut melakukan kegiatan. Sebagai contoh, salah satu misi rumah sakit keagamaan adalah melayani masyarakat miskin dan membutuhkan pertolongan kesehatan.

Sementara itu, misi sebuah rumah sakit *for profit* salah satunya adalah melayani masyarakat dengan sebaik-baiknya. Rumah sakit *for-profit* juga berusaha memenuhi harapan pemegang saham yaitu memperoleh keuntungan. Dengan demikian pernyataan misi tergantung pada sifat lembaga dan pemilik rumah sakit.

Misi sebaiknya dapat menggambarkan tugas, cakupan tindakan yang dilakukan, kelompok masyarakat yang dilayaninya, pengguna yang harus dipuaskan, dan nilainya. Perincian misi mencakup pernyataan mengenai tujuan yang akan dicapai oleh lembaga. Berikut ini beberapa contoh misi rumah sakit atau lembaga pelayanan kesehatan.

Henry Ford Health System is one of the nation's leading health care providers, offering a seamless array of acute, primary, tertiary, quaternary and preventive care backed by excellence in research and education. Henry Ford Health System (HFHS).

To provide the highest quality care to individuals and to the community, to advance care through excellence in biomedical research, and to educate future academic and practice leaders of the health care professions (Massachusetts General Hospital)

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang bermutu tinggi dan profesional dengan dilandasi sentuhan manusiawi serta terjangkau bagi masyarakat eks Karesidenan Banyumas dan sekitarnya (RSUD Banyumas).

Beberapa sifat misi adalah sebagai berikut (Ginter dan Duncan);

1. Misi merupakan pernyataan tujuan rumah sakit secara luas, tetapi jelas batasannya. Dalam misi Henry Ford Health Service secara jelas diungkap tujuan pelayanan kesehatan, pendidikan, dan penelitian. Sementara itu, RSUD Banyumas terbatas mencantumkan tugas pelayanan kesehatan. RS ini tidak mempunyai tugas penelitian maupun pendidikan.

- Pernyataan misi ditulis untuk dikomunikasikan ke seluruh sumber daya manusia serta seluruh *stakeholder*.
2. Pernyataan misi sebaiknya bersifat tahan lama tetapi dapat berubah. Tujuan organisasi yang tercakup dalam misi dapat berubah tetapi tidak terlalu sering berganti. Dengan sifat misi yang dapat bertahan lama maka sumber daya manusia rumah sakit dapat mempunyai komitmen terhadap tujuan lembaga. Sebagai contoh, misi rumah sakit pendidikan harus dipahami, sehingga dokter yang bekerja pada rumah sakit pendidikan akan mempunyai komitmen sebagai seorang pendidik. Komitmen sebagai pendidik ini bersifat spesifik dan harus bertahan lama. RSUD Banyumas, di tahun 2000 sedang merintis menjadi rumah sakit pendidikan untuk Fakultas Kedokteran UGM. Apabila hal ini benar terjadi maka misi rumah sakit akan ditambah dengan misi pendidikan dan penelitian.
 3. Misi sebuah rumah sakit sebaiknya menggarisbawahi keunikan lembaga. Hal ini dilihat pada pergantian misi sebuah rumah sakit kusta. Setelah penyakit kusta berkurang drastis, rumah sakit kusta berubah misi menjadi rumah sakit umum. Akan tetapi, rumah sakit tersebut masih mempunyai keunikan karena merupakan rumah sakit umum yang dikenal mempunyai misi rehabilitasinya.
 4. Pernyataan misi sebaiknya mencantumkan jangkauan pelayanan, kelompok masyarakat yang dilayani dan pasar penggunaannya. Misi sebuah lembaga sebaiknya menyatakan kebutuhan manusia akan peran lembaga.

Berikut dua contoh pernyataan misi sebuah rumah sakit daerah di Jawa.

Menyelenggarakan pelayanan kesehatan preventif, kuratif maupun rehabilitatif dan promotif dengan mutu terbaik, sejalan dengan program pemerintah dan berorientasi kepada kepuasan konsumen (RSUD Y).

Rumah sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan untuk mencapai Kab X sehat di tahun 2010 (RSUD X).

Berdasarkan kedua contoh tersebut terlihat bahwa pernyataan misi masih bersifat umum, kurang mencerminkan keunikan dan kejelasan mengenai penggunaannya. Pernyataan misi seperti ini sering ditulis oleh lembaga rumah sakit pemerintah. Pada saat pelatihan manajemen strategis bagi rumah sakit daerah yang diselenggarakan oleh Departemen Dalam Negeri dan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan FK-UGM, terlihat bahwa penyusunan misi menghasilkan pernyataan yang hampir seragam dan tidak mencerminkan keunikan rumah sakit. Sebagai gambaran, rumah sakit di daerah industri ternyata tidak menuliskan misinya sebagai rumah sakit yang mendukung kesehatan industri. Demikian pula rumah sakit di daerah pariwisata ternyata tidak mencantumkan misi rumah sakit yang berkaitan dengan sektor kepariwisataan. Dalam hal ini seolah-olah penulisan misi dilakukan tanpa memperhatikan lingkungan yang ada.

Penulisan misi sebenarnya merupakan proses yang penting dan sebaiknya melibatkan pemimpin puncak serta para *stakeholder* kunci. Pengamatan menunjukkan bahwa penulisan misi sering dilakukan secara mendadak atau didasarkan pada kebutuhan untuk lulus akreditasi dan mengikuti pelatihan.

Proses penyusunan misi sebaiknya memperhatikan berbagai hal. Pernyataan-pernyataan ini dapat dianggap sebagai *check list* untuk penyusunan misi yang benar (Ginter dkk,1995; Truitt, 2001).

- Misi RS X memberikan Dalam menuliskan misi perlu memperhatikan tatabahasa dan susunan kalimat agar dapat menggambarkan tugas rumah sakit secara jelas. Penulisan misi terkait dengan kebutuhan masyarakat. Penulisan misi sebaiknya untuk jangka panjang.
- Kami melaksanakan tujuan rumah sakit dengan memberikan pelayanan Perlu dinyatakan apa saja pelayanan yang dilakukan oleh rumah sakit. Pernyataan ini harus bermakna untuk pihak luar yang mungkin tidak paham dengan tugas rumah sakit, dan bermakna pula bagi karyawan rumah sakit.

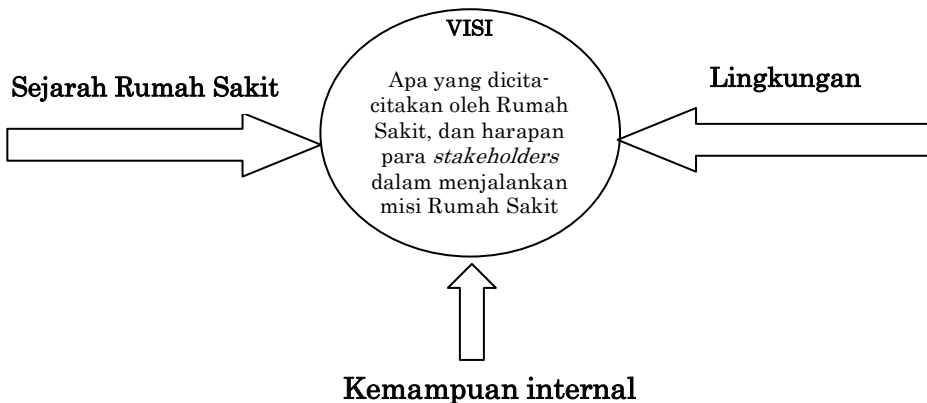
- Kami menyelenggarakan pelayanan ini untuk Dalam hal ini perlu disebutkan siapa pengguna layanan rumah sakit dan di mana tempat mereka.
- Prinsip dasar yang dipegang dalam hubungan dengan pengguna adalah..... Dalam mengisi hal ini perlu disebutkan standar pelayanan yang menjadi pegangan rumah sakit. Misalnya, rumah sakit yang menerima pasien dari luar negeri akan mencantumkan standar internasional dalam pernyataan misinya. Standar-standar ini akan menjadi pedoman nilai untuk pegangan karyawan dan pihak manajemen dalam bekerja. Selanjutnya, standar tersebut dapat diuraikan dalam bagian pedoman nilai.

Berdasarkan *check list* tersebut dapat dikemukakan bahwa penyusunan misi membutuhkan persiapan yang serius dan pelaksanaan yang cermat. Pertemuan menyusun misi tidak hanya dilakukan sambil berjalan, tetapi sebaiknya dilakukan dalam suatu kesempatan khusus.

Dalam konteks perubahan lingkungan, perubahan misi mungkin dapat terjadi. Sebagai contoh, pada sebagian rumah sakit jiwa yang dipindahkan pengelolaannya dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah terjadi perubahan misi agar lebih sesuai dengan keadaan daerah. Sebagian diantaranya berubah menjadi rumah sakit umum dengan unggulan pelayanan kesehatan jiwa. Berbagai rumah sakit kemanusiaan berbasis *nonprofit* saat ini mengalami berbagai tekanan, khususnya dari sumber pembiayaan yang kecil dan ditambah dengan keluarnya UU Nomor 16 tahun 2001 tentang Yayasan. Rumah sakit *nonprofit* ada yang mengubah misinya menjadi rumah sakit *for profit*. Perlu dicatat bahwa perubahan misi rumah sakit bukan suatu tindakan mudah. Perubahan misi tidak hanya berpengaruh dalam jangka pendek. Perubahan misi ini harus dipikirkan untuk kebutuhan jangka panjang.

2. Visi

Visi rumah sakit adalah gambaran keadaan rumah sakit di masa mendatang dalam menjalankan misinya. Isi pernyataan visi tidak hanya berupa gagasan-gagasan kosong. Visi merupakan gambaran mengenai keadaan lembaga di masa depan yang berpijak dari masa sekarang. Dalam visi, terdapat dasar logika (nalar) dan naluri yang digunakan secara bersama-sama. Visi harus mempunyai nalar dan memberi ilham bagi seluruh pihak terkait. Sifat mempunyai nalar berarti visi tersebut bukan impian. Secara logika visi tersebut dapat diwujudkan melalui berbagai strategi dan program kegiatan. Di samping itu, visi sebaiknya menyiratkan harapan dan kebanggaan jika dapat dicapai. Tidak ada sebuah lembaga yang mempunyai visi menjadi lembaga yang tidak bermutu atau menjadi lembaga yang tidak disukai oleh masyarakat.



Sumber: Ginter dkk 1998

GAMBAR 3.2.
FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI VISI
SUATU RUMAH SAKIT

Pernyataan visi sebaiknya memperhatikan sejarah kelembagaan, perubahan lingkungan rumah sakit, dan kemampuan internal rumah sakit. Pada Bab 1 telah dibahas

berbagai peristiwa masa lalu yang mempengaruhi rumah sakit di masa sekarang. Sebagai contoh, seorang pemimpin rumah sakit menetapkan visi tentang keinginan rumah sakit ini menjadi rumah sakit yang bermutu internasional pada tahun 2010. Pernyataan visi ini mengandung suatu keberanian dan semacam janji kepada semua pihak untuk membawa rumah sakit tersebut menjadi seperti yang diharapkan. Keberanian dan janji ini dapat menjadi tidak masuk akal apabila sejarah mutu pelayanan rumah sakit tersebut sangat rendah dengan kemampuan internal yang tidak mempunyai prospek untuk ditingkatkan. Akibatnya, visi yang ditulis menjadi tidak logis dan tidak mungkin untuk dicapai.

Dapat dikatakan bahwa menyusun visi bukan suatu pekerjaan yang sembarangan. Pernyataan visi ini mengandung suatu pembaharuan akan keadaan yang ada pada saat ini. Pembaharuan ini berarti melakukan perubahan di seluruh aspek lembaga melalui perubahan yang sistematis.

Visi dan Kepemimpinan

Penyusunan visi rumah sakit ataupun instalasi, bagian, dan unit pendukung, merupakan tanggung jawab pemimpin. Dalam hal ini pemimpin di rumah sakit tidak hanya seorang atau hanya anggota direksi saja. Hal ini disebabkan rumah sakit tersusun atas berbagai instalasi ataupun unit yang berbeda tetapi saling terkait. Para pemimpin inilah yang akan mengajukan visi mengenai keadaan unit rumah sakit ataupun instalasi yang dipimpinnya. Oleh karena itu, hanya pemimpin yang mempunyai pemahaman mengenai makna perubahan dan pembelajaran yang dapat menyusun visi. Henry Kissinger, mantan menteri luar negeri Amerika Serikat menyatakan:

Leadership must invoke an alchemy of great vision. Those who do not, are ultimately judged failures, even though they may be popular at the moment.

Ungkapan Kissinger menegaskan bahwa pemimpin harus mempunyai visi yang akan dipakai oleh lembaga ataupun

stafnya. Visi yang baik dari seorang pemimpin mungkin akan terus dipergunakan oleh penggantinya dalam mengembangkan lembaga. Dengan demikian, keberadaan visi merupakan salah satu persyaratan yang membuat pemimpin berbeda dari yang dipimpin.

Hal-hal utama yang membedakan pemimpin dengan manajer biasa yaitu, (1) pemimpin mempunyai visi; (2) pemimpin mempunyai keyakinan dan nilai-nilai dasar yang kuat; dan (3) pemimpin mempunyai keberanian untuk bertindak agar visinya dapat terwujud. Tanpa memiliki visi, seorang pemimpin akan dinilai sebagai orang yang tidak memiliki arah ke depan. Sementara itu, tanpa nilai-nilai yang baik seorang pemimpin dengan mudah menjadi orang yang jahat atau kejam tetapi berkuasa. Tanpa keberanian bertindak, maka seorang pemimpin hanya dinilai sebagai orang yang banyak bicara tetapi tanpa ada bukti nyata berupa tindakan dan hasilnya.

Bagi seorang pemimpin, visi yang dimilikinya bukan hanya sebuah ide semata. Visi bagi seorang pemimpin mengandung janji yang harus dibuktikan apabila diikuti oleh semua orang. Bagi pemimpin timbul suatu perjuangan untuk membawa lembaganya yang diharapkan lebih baik pada masa yang akan datang dibanding dengan masa sekarang.

Dengan demikian, visi yang dikemukakan oleh pemimpin dan dikembangkan bersama serta diadopsi oleh lembaga akan mempunyai berbagai fungsi. Visi akan memberi makna dalam kehidupan organisasi. Visi juga akan meningkatkan komitmen seluruh sumber daya manusia. Dalam penyusunan komitmen ini para pemimpin yang melontarkan visi harus siap mengatasi rasa takut akan kegagalan dan harus berani menantang *status quo*. Keberanian menantang *status quo* berarti keberanian untuk memulai suatu perubahan di rumah sakitnya.

Sebagai gambaran, seorang Direktur RSUP di daerah dengan lingkungan ekonomi kuat sebaiknya berani merubah keadaan. Salahsatu keadaan yang perlu diubah adalah pendapatan para spesialis yang jauh lebih tinggi dari rumah sakit swasta dibanding yang diperoleh dari RSUP. Dalam hal

ini secara tradisional, kekuatan tarikan pasar di luar RSUP menghambat perkembangan rumah sakit. Berkaitan dengan hal ini, keadaan *status quo* harus ditantang dengan visi berani. Visi tersebut menyatakan bahwa bagi para dokter yang bersedia berkonsentrasi pada RSUP akan mempunyai penghasilan lebih baik.

Namun, visi ini tentunya membutuhkan tindakan yang tepat dan berani, misalnya dengan kebijakan *full-timer* dan *partimer* bagi dokternya. Sebagai gambaran dari dua puluh dokter bedah di RSUP tersebut, mungkin hanya lima orang yang dapat hidup layak dari RSUP secara *full-timer*. Sementara itu, lima belas orang dokter lainnya mungkin dipersilahkan untuk mencari pendapatan di RS swasta dengan konsep *part timer*. Artinya, para dokter bedah tersebut bekerja di RSUP sebagai tenaga *part timer* dengan berbagai konsekuensinya. Selebihnya lima orang dokter diharapkan akan menjadi tenaga *full timer* yang mempunyai komitmen penuh pada RSUP. Tenaga dokter *part timer* mempunyai komitmen di rumah sakit pemerintah dan swasta.

Jika hal ini dianalisis lebih dalam, dapat disimpulkan bahwa mengembangkan visi membutuhkan keberanian mulai dari saat menyusun visi hingga mengkomunikasikan visi tersebut ke seluruh pihak yang terkait. Efeknya dapat diperkirakan yaitu akan terjadi pertentangan maupun dukungan untuk visi yang dikembangkan oleh seorang pemimpin. Diharapkan dengan komunikasi yang baik akan meningkatkan komitmen sumber daya manusia untuk mencapai visi yang digambarkan.

Senge (1990) menyatakan bahwa salah satu hal penting dalam sebuah lembaga yaitu *shared vision*. *Shared vision* merupakan visi bersama dari berbagai kelompok atau seluruh individu di lembaga. Pada awalnya *shared vision* mungkin diawali oleh gagasan pemimpin mengenai visinya terhadap kelembagaan. Berdasarkan pengamatan, visi bersama ini sering tidak terjadi karena kegagalan pengembangan visi seorang pemimpin atau sekelompok orang (misalnya direksi).

Timbul kegagalan untuk menjadi visi bersama semua pihak terkait di sebuah lembaga.

Visi tidak akan menjadi visi bersama seluruh organisasi apabila tidak terkait dengan visi pribadi anggota rumah sakit. Sebagai contoh, sebuah visi rumah sakit pemerintah yang salah satu kalimatnya menyatakan bahwa di masa mendatang rumah sakit ini akan menjadi lembaga pelayanan kesehatan terbaik di kota ini. Akan tetapi, visi kelembagaan ini tidak sesuai dengan visi perorangan, khususnya sebagian staf yang lebih senang dengan perkembangan di rumah sakit swasta. Akibat situasi pekerjaan di rumah sakit pemerintah yang tidak memuaskan, maka yang terpenting adalah ditempatkan di rumah sakit pemerintah sehingga dapat melakukan praktik di rumah sakit swasta. Keadaan ini tidak menumbuhkan visi bersama antar anggota rumah sakit. Karena perbedaan visi maka motivasi bekerja di rumah sakit pemerintah menjadi terbatas.

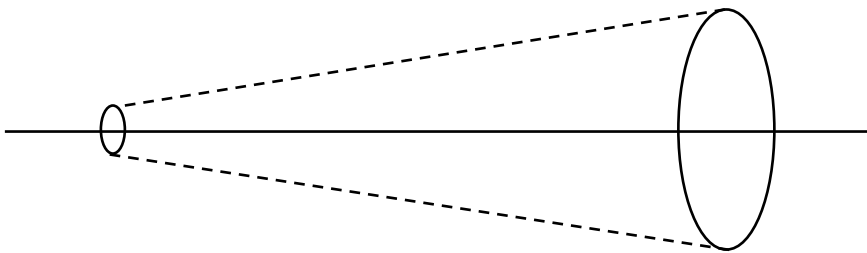
Pesan dalam visi akan menimbulkan reaksi yang berisi tantangan ataupun dukungan dari pihak-pihak terkait. Visi cenderung diterima oleh karyawan apabila pesan di dalam visi sesuai dengan kebutuhan dan tepat untuk setiap karyawan. Visi juga akan cenderung diterima apabila para pemimpin memiliki komitmen untuk mewujudkan visi lembaga. Dengan adanya komitmen dari karyawan, diharapkan akan ada peranan setiap karyawan dalam usaha mewujudkan visi. Oleh karena itu, dalam menyusun visi bersama perlu diperhitungkan bagaimana kaitannya dengan visi seluruh pihak terkait. Disinilah letak seni dan kompleksitas menyusun visi rumah sakit yang terdiri atas berbagai pihak yang terkait (*stakeholders*).

Arti visi dan Hubungannya dengan Strategi

Visi menciptakan gambaran mengenai masa depan. Visi rumah sakit merupakan tonggak perubahan yang ingin dicapai oleh rumah sakit. Visi bersama yang ditetapkan oleh staf rumah sakit merupakan suatu kesepakatan mengenai keadaan rumah sakit di masa depan. Keadaan di masa depan ini merupakan

keadaan nyata yang dapat diukur. Strategi menetapkan logika tentang cara menjalankan misi lembaga dan mencapai visi yang dapat terukur tersebut. Dengan demikian, visi dan strategi merupakan dua hal yang saling melengkapi. Lebih lanjut, ditekankan bahwa pencapaian visi merupakan sesuatu yang dapat dirasakan dan terukur. Keterukuran ini sangat penting saat penyusunan visi. Oleh karena itu, penyusunan visi dapat dikaitkan dengan indikator pencapaiannya.

Berkaitan dengan hal ini konsep *Balance Score Card* dapat dipergunakan saat menyusun visi dan mengukur pencapaiannya. Beberapa visi yang pencapaiannya dapat terukur misalnya, visi mengenai keadaan sumber daya manusia, visi mengenai pelayanan, visi mengenai pengguna yang membayar sendiri, visi mengenai pemberi subsidi, visi mengenai pemberi dana-dana kemanusiaan, hingga pada visi mengenai keadaan keuangan rumah sakit dan terlaksananya misi rumah sakit. Dengan demikian, terdapat suatu proyeksi ke masa depan yang menyangkut berbagai indikator keadaan.



Keadaan sekarang

Keadaan di masa mendatang

GAMBAR 3.3
VISI MEMCERMINKAN PROYEKSI DI MASA MENDATANG

Gambar 3.3. memperlihatkan bahwa visi merupakan proyeksi keadaan sekarang ke masa mendatang. Gambaran visi yang paling visual adalah bagaimana bentuk bangunan

rumah sakit di masa mendatang. Bentuk bangunan di masa depan sering dilukiskan oleh para arsitek untuk membangkitkan semangat dan untuk mencari dana untuk pengembangan fisik.

Dengan menggunakan konsep *Balanced Scorecard*, pengembangan visi dapat dilakukan secara menyeluruh. Visi yang dapat diproyeksikan pertama kali adalah bagaimana keadaan sumber daya manusia. Pada umumnya Direktur RS pemerintah merasakan kesulitan mengelola sumber daya manusia, khususnya dokter spesialis. Fakta yang ada saat ini adalah sumber daya spesialis mempunyai komitmen di berbagai tempat, pendapatan rendah di rumah sakit pemerintah, tidak terlatih bekerja secara tim, dan cenderung lebih banyak waktunya bekerja di rumah sakit swasta. Keadaan tersebut terjadi karena memang rumah sakit pemerintah tidak mampu memberi insentif dan suasana kerja menarik untuk sumber daya manusia, khususnya para spesialis. Pada intinya, kompensasi yang diterima oleh sumber daya manusia di rumah sakit pemerintah sangat rendah.

Aspek sejarah perlu diperhatikan dan disadari dalam melihat masalah ini. Sejak awal berdiri rumah sakit pemerintah tidak pernah menjadi sumber pendapatan dokter secara penuh. Akibatnya, sejak puluhan tahun lalu tidak ada dokter spesialis yang bekerja secara penuh waktu di rumah sakit pemerintah. Seluruh spesialis mempunyai pendapatan di luar yang jauh lebih tinggi dibanding dengan yang mereka peroleh di rumah sakit pemerintah. Keadaan ini tidak dapat diabaikan karena spesialis merupakan tulang punggung rumah sakit. Oleh karena itu, perlu dipikirkan visi mengenai keadaan sumber daya manusia. Pemimpin rumah sakit harus mampu menyusun visi rumah sakit berkaitan dengan para spesialis agar kinerja mereka dapat meningkat. Pertanyaan penting di sini adalah hal-hal apakah yang harus dipikirkan dalam menyusun visi yang terkait dengan dokter spesialis. Aspek materi, aspek kepuasan kerja atau aspek lain perlu dipertimbangkan dalam penyusunan misi.

Sebagai gambaran, Sandjana (1998) melaporkan tentang pendapatan seorang dokter spesialis di sebuah RSUP. Data yang diperoleh tentang penghasilan dokter ahli atau spesialis yang bekerja di Instalasi Bedah Sentral RSUP X. Penghasilan bulanan terdiri dari gaji rata-rata sebesar Rp 538.754,42 dan jasa medis rata-rata sebesar Rp 415.526,32 selama satu bulan. Total penghasilan sebulan di RSUP X rata-rata Rp 954.280.80. Sedangkan penghasilan yang diperoleh spesialis pada rumah sakit swasta berupa honor sebesar Rp 5.315.789,50 dan hasil praktik sore rata-rata sebesar Rp 4.060.526,30. Jika dihitung ternyata penghasilan responden (spesialis atau dokter ahli) pada rumah sakit swasta sepuluh kali lebih banyak dibandingkan penghasilannya di RSUP X.

Rata-rata pengeluaran responden sebulan sebesar Rp 3.407.894,70. Jumlah pengeluaran ini jauh lebih besar dibanding dengan penghasilan dari gaji pemerintah dan insentif di RSUP X. Dalam keadaan seperti ini, maka wajar apabila direktur RS pemerintah tersebut memikirkan keadaan sumber daya manusia di masa mendatang. Terutama pemikiran mengenai besarnya pendapatan sumber daya manusia yang perlu diubah. Oleh karena itu, perlu dipikirkan visi mengenai pendapatan dokter spesialis yang menarik di masa mendatang. Dalam menyusun visi ini harus pula diperhitungkan implikasi strategi yang akan diambil. Apabila visi tidak dapat diikuti dengan strategi yang logis, maka pengembangan pendapatan spesialis di rumah sakit pendidikan akan hanya tinggal impian.

Sebagaimana disebutkan di depan, visi yang ditulis akan terkait dengan strategi dalam pelaksanaan konsep *full timer* dan *part timer*. Strategi pengembangan sumber daya manusia akan berusaha mencari dokter bedah yang mau bekerja secara *full timer*, dan yang bersedia *part timer*. Mereka yang bekerja secara *full timer* akan mendapat imbalan keuangan yang relatif cukup (mendekati swasta) dan juga fasilitas kerja yang lebih baik dibanding mereka yang *part timer*. Strategi ini merupakan jalur logis untuk mendukung tercapainya visi

rumah sakit yang bermutu tinggi dengan sumber daya spesialis yang mempunyai komitmen tinggi.

Visi bukan sebuah janji atau hanya omong kosong, tetapi harus diikuti dengan penggambaran situasi nyata. Dengan adanya dokter *full timer* berarti akan mengubah berbagai kegiatan. Pada saat ini ruang operasi (OK) ditutup pukul 14.00. Kehadiran dokter *full timer* berdampak pada lama waktu jam buka OK. Dokter bedah tersebut akan melakukan pekerjaan sampai sore sehingga OK akan terus buka sampai pukul 18.00. Hal ini berarti mengubah pula program perawat, anastesi, sistem pembersihan ruang operasi, sampai pada instalasi gizi untuk memberikan pelayanan makan bagi karyawan yang akan bekerja sampai pukul 5 sore. Dengan demikian, perubahan ini bukan hanya menyangkut dokter bedah, akan tetapi berimbas ke seluruh sistem. Oleh karena itu, visi ini harus dipahami semua pihak yang terkait. Sebagai gambaran, apabila dalam rangkaian tersebut dokter anastesi tidak bersedia maka akan terjadi kemacetan perubahan.

Contoh lain adalah visi yang menggunakan indikator *Balanced Score Card* mengenai mutu pelayanan. Saat ini terdapat kemungkinan jumlah dan jenis pelayanan masih belum memenuhi harapan masyarakat. Di samping itu, mutu pelayanan rumah sakit masih belum mengacu pada standar pelayanan nasional maupun internasional. Berbagai kasus menunjukkan bahwa rumah sakit rujukan gagal menjadi pusat rujukan kesehatan wilayah. Kasus lain yaitu para tokoh masyarakat berobat ke luar negeri karena tidak puas dengan mutu pelayanan kesehatan di dalam negeri. Keadaan seperti ini memang wajar ditemui di Indonesia saat standar pelayanan kesehatan masih belum berkembang. Sementara, sistem akreditasi belum memberi jaminan bahwa rumah sakit yang lulus akreditasi akan identik dengan mutu pelayanan yang baik.

Tidaklah berlebihan apabila terdapat rumah sakit yang berani menyusun visi dalam hal pelayanan kesehatan, dengan mengacu pada mutu pelayanan kesehatan di Singapura. Dengan meletakkan visi tersebut, maka pimpinan rumah sakit

dituntut untuk menyusun strategi pencapaian visi tersebut. Strategi yang dilakukan misalnya melakukan *benchmarking* ke Singapura, melakukan perbaikan sistem manajemen, mengirim tenaga untuk dididik di luar negeri dan sebagainya.

Visi mengenai kepuasan pengguna dapat dikembangkan sesuai dengan *Balanced Score Card*. Dalam hal ini pengguna terdiri atas berbagai kelompok: (1) mereka yang membayar sendiri secara berkelompok (melalui mekanisme asuransi kesehatan atau perusahaan) atau perorangan; (2) pengguna lembaga yang memberikan subsidi, misalnya pemerintah yang memberikan subsidi bagi keluarga miskin; dan (3) pengguna yang membelikan pelayanan kesehatan untuk keluarga miskin melalui donor-donor kemanusiaan.

Di sebuah rumah sakit, tingkat kepuasan pengguna atau sumber dana di rumah sakit pemerintah saat ini cenderung menurun. Bagi pengguna yang membayar sendiri mereka mempunyai daya pilih dan cenderung memilih untuk menggunakan rumah sakit swasta. Para pengguna yang membeli mungkin hanya kelompok masyarakat kelas bawah atau pasien asuransi kesehatan wajib pegawai negeri. Sementara itu dana-dana kemanusiaan sangat kecil. Praktis rumah sakit ini hanya tergantung pada subsidi pemerintah. Dalam konteks ini ada pertanyaan menarik: apakah berani mencantumkan visi sebagai lembaga rumah sakit yang menjadi pilihan utama masyarakat? Andaikata berani, konsekuensi pencantuman visi ini adalah harus melakukan strategi-strategi yang meningkatkan kepuasan pengguna yang membeli, pemberi subsidi, ataupun donor.

Dalam suatu lingkungan yang berbasis pada mekanisme pasar, visi mengenai kepuasan pengguna merupakan hal penting untuk menarik sumber daya ekonomi ke rumah sakit. Sebagai contoh, rumah sakit pemerintah di daerah yang kompetitif diharapkan mampu mengembangkan mutu pelayanan sehingga masyarakat menengah dan atas mau menggunakannya. Pada sisi lain, visi mengenai subsidi dan dana kemanusiaan juga harus terus dikembangkan. Di dunia

ini tidak ada rumah sakit yang mempunyai misi melayani keluarga miskin tanpa mendapat subsidi dari pihak lain. Dalam hal ini perlu ditekankan bahwa konsep subsidi silang dari pasien kelas atas ke kelas bawah dapat menyestatkan, khususnya apabila jumlah pasien kelas bawah yang perlu disubsidi sangat besar sementara jumlah pasien VIP sedikit.

Aspek kesehatan keuangan sebagai salah satu indikator penting dalam *Balanced Score Card* perlu dipikirkan, termasuk oleh rumah sakit *nonprofit*. Oleh karena itu, visi mengenai keadaan keuangan rumah sakit perlu dirumuskan. Rumah sakit sebagai lembaga yang mempunyai fungsi sosial tidak mungkin efektif tanpa dukungan dana cukup. Visi mengenai keuangan terkait dengan visi mengenai pengguna yang membeli, pemberi subsidi atau donor kemanusiaan. Dengan menggambarkan visi mengenai pengguna ini maka strategi pengembangan kepuasan pengguna harus dipikirkan, termasuk rencana penggalangan dana-dana kemanusiaan dan melakukan *lobby* kepada DPRD dan pemerintah daerah. DPRD beserta pemerintah daerah agar menganggarkan subsidi pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin melalui Dana Alokasi Umum (DAU) atau dana kompensasi BBM (lihat Bab 9). Visi mengenai pemberi dana kemanusiaan dapat pula disebutkan.

Dengan memperhatikan aspek strategis dan ukuran pencapaiannya maka pernyataan visi klasik rumah sakit misalnya, “menjadi rumah sakit yang dapat membantu keluarga miskin” dapat tercapai dengan mempunyai banyak pemberi sumbangan. Strategi rumah sakit akan menyelenggarakan malam dana, atau menggalang kampanye untuk penggalangan dana bagi keluarga miskin.

Visi dan Strategi di Tingkat Unit Usaha

Visi tidak hanya disusun dalam tingkat rumah sakit. Ada kemungkinan visi rumah sakit diadopsi dari visi tingkat instalasi. Sebagai contoh, seorang Pemimpin Instalasi Gawat Darurat di sebuah rumah sakit pendidikan mempunyai visi bahwa unit yang dipimpinnya akan berkembang dan bermutu

internasional dengan indikator yang memenuhi standar yang ditentukan. Penetapan visi ini akan mendorong lembaga untuk mencapai tingkat pelayanan yang berstandar internasional. Contoh lain, seorang Kepala Instalasi Gizi mempunyai visi bahwa unitnya akan mampu melayani pasien dan masyarakat di luar rumah sakit. Dengan visi ini maka strategi yang dilakukan adalah melakukan pengembangan usaha termasuk memberikan pelayanan gizi untuk pasien di rumah sakit dan mempunyai pengembangan usaha berupa usaha *catering* (jasa boga) untuk masyarakat luas yang peduli akan kesehatan. Seorang Kepala Instalasi Bedah Sentral mempunyai visi bahwa unitnya akan mampu memberikan pelayanan bedah jantung lima tahun mendatang. Visi ini akan memberikan arah untuk mempersiapkan operasi bedah jantung.

Perumusan visi oleh para pemimpin instalasi atau kepala unit bagi rumah sakit skala besar merupakan hal penting. Tidak mungkin seorang direktur rumah sakit memahami masalah di setiap instalasi. Oleh karena itu, para pemimpin instalasi dan unit diharapkan mampu untuk menafsirkan perubahan yang terjadi dan menyusun visi untuk pedoman di masa mendatang.

Cara Menulis Visi

Visi dapat digambarkan sebagai konsep keadaan masa depan yang diinginkan oleh lembaga. Guna mencapai tujuan ini, beberapa hal yang perlu dicermati dalam menulis visi. Penulisan visi merupakan suatu seni yang tidak mempunyai aturan tentang panjang-pendek kalimat, mencakup berbagai hal secara komprehensif ataupun hanya sebagian saja. Akan tetapi, yang perlu bahwa penulisan visi harus menggugah semangat, inspirasi, dan komitmen. Beberapa hal yang perlu dicermati dalam menulis visi antara lain sebagai berikut:

1. Penulisan visi sebaiknya menggunakan bahasa yang sederhana, jelas, dan mudah dipahami. Elemen kunci suatu visi adalah kenyataan bahwa visi mampu menterjemahkan keadaan masa depan yang kompleks menjadi pernyataan

yang mudah untuk dimengerti dan dipahami oleh semua orang.

2. Penyusunan visi sebaiknya memperhitungkan jangkauan waktu. Dalam hal ini visi disusun dengan jangkauan waktu yang cukup lama untuk dapat mengadakan perubahan dramatis, tetapi cukup cepat untuk mendapatkan komitmen dari anggota organisasi.
3. Penulisan visi itu haruslah realistis, dapat dipercaya, serta mempunyai nalar. Penetapan visi sebaiknya memenuhi syarat sebab-akibat yang hipotetis. Sebagai contoh, keadaan keuangan rumah sakit yang membaik akan dapat tercapai apabila mutu pelayanan semakin bertambah tinggi.
4. Visi tersebut harus pula menciptakan suasana mendesak untuk dilaksanakan. Penulisan visi sebaiknya tidak berdasarkan pada formalitas dokumen, tetapi berdasarkan kebutuhan lembaga.
5. Visi yang ditulis dengan baik dapat digunakan oleh pihak manajemen untuk mendapatkan konsensus yang *solid* bahwa visi tersebut merupakan hal yang dikehendaki dan dapat dicapai. Oleh karena itu, pemimpin tertinggi harus dapat mengembangkan visi dan menggunakannya secara dinamis.

Ciri-ciri sebuah visi:

1. Visi haruslah memberi ilham, tidak hanya berupa sasaran-sasaran kuantitatif untuk dicapai tahun depan. Oleh karena itu, visi biasanya tidak ditulis dalam angka kuantitatif.
2. Visi harus jelas, menantang, dan mengarah ke pelayanan yang prima.
3. Visi harus bermakna untuk pihak yang terkait, luwes, dan berlaku untuk suatu periode waktu.
4. Visi dapat mengalami perubahan dan harus selalu ditantang terus.

5. Visi merupakan lampu pengarah yang harus dicapai oleh seluruh anggota rumah sakit.
6. Visi harus dapat memberi kekuatan dan pemberdayaan bagi semua pihak.
7. Visi bersifat mempersiapkan masa depan tanpa meninggalkan pengalaman masa lalu.
8. Visi haruslah dapat terukur secara detail, bukan sesuatu yang abstrak. Dengan syarat ini maka pencapaian visi merupakan sesuatu yang nyata dan terukur.

Reaksi staf dan *stakeholder* terhadap visi dapat bervariasi. Menurut Senge (1990), beberapa reaksi muncul mulai dari karyawan yang mempunyai komitmen hingga karyawan yang apatis. Karyawan yang mempunyai komitmen mengharapkan visi sebagai suatu pedoman untuk masa depan yang tidak pasti dan akan membuat berbagai peraturan untuk mencapainya. Dalam konteks manajemen perubahan apabila dalam suatu lembaga terjadi kegagalan dalam merumuskan visi bersama maka sebenarnya proses perubahan dapat dikatakan gagal. Perumusan visi bersama dapat dikatakan sebagai suatu hasil dari penggalangan dukungan dari seluruh staf untuk melakukan perubahan rumah sakit dalam lingkungan yang berada dalam tekanan pasar, namun harus menjalankan misi sosial semaksimal mungkin.

3. Pedoman Nilai

Penyusunan misi dan visi bertumpu pada pedoman nilai yang diacu oleh rumah sakit. Nilai-nilai yang diacu oleh rumah sakit dapat unik misalnya, nilai kemanusiaan, keagamaan, nilai pelayanan yang baik, atau nilai keuntungan material apabila rumah sakit tersebut merupakan lembaga *for profit*. Pedoman nilai tersebut merupakan dasar filosofi pergerakan usaha rumah sakit. Berikut adalah pedoman nilai dari RSD Banyumas:

1. Kami berkeyakinan bahwa mutu adalah unsur utama dalam memberikan pelayanan kepada pasien.

2. Kami berkeyakinan bahwa prosedur yang mudah dan tidak berbelit-belit akan menyenangkan pasien.
3. Kami berkeyakinan bahwa sikap yang ramah dan mantap/profesional akan membantu pasien untuk mendapatkan kesembuhan dan kepuasan.
4. Kami berkeyakinan bahwa sikap, perilaku, pengetahuan, dan keterampilan kami sangat mempengaruhi mutu pelayanan.
5. Kami berkeyakinan bahwa bekerja adalah ibadah. Oleh karena itu, keikhlasan disertai semangat kerja yang tinggi dan bergairah sangat diperlukan untuk mendapatkan kebahagiaan hidup di dunia dan akherat.
6. Kami berkeyakinan bahwa salah satu tolok ukur keberhasilan RSUD Banyumas adalah kepercayaan dan pemanfaatan rumah sakit oleh masyarakat.
7. Kami berkeyakinan bahwa saran dan kritik dari masyarakat akan membuat kami sadar akan kekurangan yang ada sehingga sehingga kami akan senantiasa memperbaikinya.

Contoh pedoman nilai sebuah rumah sakit asing:

Safe – *avoiding injuries to patients from the care that is intended to help them.*

Effective – *providing services based on scientific knowledge to all who could benefit and refraining from providing service to those not likely to benefit (avoiding underuse and overuse respectively).*

Patient-centered – *providing care that is respectful and of and responsive to individual patient preferences, needs, and values and ensuring that patient values guide all clinical decisions.*

Timely – *reducing waits and sometimes harmful delays for both those who receive and those who give care.*

Efficient – *avoiding waste, including waste of equipment, supplies, ideas, and energy.*

Equitable – *providing care that does not vary in quality because of personal characteristics such as gender, ethnicity, geographic location, and socio-economic status.*

Nilai-nilai yang terkandung di rumah sakit keagamaan tentunya akan mengandung banyak nilai surgawi. Perlu dicatat bahwa pedoman nilai merupakan pernyataan normative yang mungkin mempunyai berbagai hambatan dalam pelaksanaannya. Akan tetapi pedoman nilai berfungsi sebagai dasar filosofi lembaga untuk bekerja. Dalam jangka panjang pedoman nilai bersama-sama visi, dan misi akan mempengaruhi budaya organisasi.

BAB 7

ANALISIS EKSTERNAL DAN INTERNAL

Pernyataan misi, visi, pedoman nilai, dan tujuan perlu dikaji secara mendalam dengan analisis lingkungan eksternal dan internal rumah sakit. Pengkajian ini pada hakekatnya menilai apakah rumah sakit mempunyai kemampuan dan peluang untuk melaksanakan misinya. Sebagai konsekuensinya para pemimpin diharapkan memutuskan arah rumah sakit dan tindakan-tindakan yang perlu dilakukan. Hasil analisis lingkungan ini mungkin mempengaruhi kembali pernyataan misi dan visi. Dengan demikian, bukan keharusan bahwa pernyataan misi dan visi dilakukan sebelum analisis internal dan eksternal. Kemungkinan pernyataan visi dan misi akan diubah setelah melakukan analisis eksternal dan internal.

Analisis eksternal dan internal dapat dilakukan pada jenjang rumah sakit secara keseluruhan maupun pada unit-unit pelayanan. Bagi rumah sakit yang besar dan mempunyai banyak unit pelayanan, analisis eksternal dan internal sebaiknya dilakukan pula pada tingkat unit pelayanan.

1. Analisis Lingkungan Eksternal Rumah Sakit

Mengapa rumah sakit harus melakukan analisis eksternal? Pada Bab 1 telah dibahas bahwa mengenai rumah sakit sebagai sebuah organisasi tergantung pada lingkungan luar, seperti halnya makhluk hidup lain. Arti lingkungan luar tidak hanya fisik tetapi nonfisik sehingga mungkin lebih tepat disebut sebagai lingkungan usaha rumah sakit. Penelitian oleh Trisnantoro, Zebua, dan Gosong (1999) pada dua rumah sakit Kristen di dua tempat yang berbeda lingkungan usaha menunjukkan perbedaan sistem manajemen. Perbedaan yang terjadi sangat besar. RS Bethesda Yogyakarta menunjukkan sistem manajemen rumah sakit yang mengarah ke lembaga modern, sementara itu RS di Rante Pao, Tanah Toraja, Sulawesi Selatan masih menunjukkan sistem manajemen rumah sakit pada abad XIX. Perubahan sistem manajemen ini berasal dari pengaruh lingkungan luar.

Secara fisik dan harfiah berbagai rumah sakit di jantung kota mengalami tekanan lingkungan yang sangat kuat akibat kemacetan lalu-lintas dan perkembangan permukiman penduduk ke pinggiran kota. Peta rumah sakit di Daerah Khusus Ibukota Jakarta menunjukkan perubahan menarik akibat perubahan lingkungan. Rumah sakit-rumah sakit keagamaan yang berasal dari zaman Belanda yang berada di daerah Menteng, Jakarta Pusat (pemukiman elite masa Belanda) menghadapi masalah kemacetan lalu lintas dan polusi. Pada masa lalu daerah Menteng merupakan permukiman sehingga terdapat peluang bagi berjalannya sebuah rumah sakit bagi kalangan atas. Akan tetapi, kemacetan lalu-lintas dan polusi udara di kawasan tersebut

menjadikan ancaman bagi berlangsungnya pelayanan rumah sakit secara efektif. Sementara itu, berbagai rumah sakit swasta baru, termasuk yang berbentuk perseroan terbatas (*for profit*) mengembangkan usaha di daerah pemukiman seperti, Pondok Indah, Cinere, Bekasi, Karawaci.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta terjadi perubahan serupa. Kemacetan lalu lintas, polusi udara, serta polusi suara menjadi ancaman bagi RS PKU Muhammadiyah, RS Bethesda, dan RS Panti Rapih. Perubahan lingkungan bukan hanya pengaruh lingkungan fisik tetapi juga perubahan oleh beberapa hal seperti peningkatan harapan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan rumah sakit, adanya UU Perlindungan Konsumen, adanya UU Praktik Kedokteran, globalisasi sumber daya manusia, perubahan kebijakan Menteri Kesehatan mengenai pembiayaan bagi keluarga miskin hingga perbaikan sarana transportasi.

Dua model dalam memahami perubahan lingkungan akan dibahas dalam analisis eksternal. Manfaat menggunakan model pemikiran yaitu agar tidak satupun faktor yang terlewat dalam melakukan analisis eksternal. Model 1 berdasarkan pada konsep sistem kesehatan, sedangkan Model 2 menggunakan analisis industri dari Michael Porter. Model-model analisis lingkungan ini dapat dipergunakan sebagai alternatif metode penggalan sumber informasi untuk melakukan penarikan kesimpulan mengenai ancaman dan peluang. Pemilihan model tersebut tergantung dari situasi rumah sakit setempat. Sebagai contoh, rumah sakit di daerah yang kompetitif, analisis Model Porter merupakan model yang tepat dipakai. Apapun model yang dipakai untuk melakukan analisis eksternal, pada intinya diharapkan ada kesimpulan berupa peluang dan ancaman. Kesimpulan ini akan menjadi bahan untuk analisis *Strength, Weakness, Opportunity, and Threats (SWOT)* dan penyusunan strategi rumah sakit.

Proses analisis ini digambarkan oleh Duncan (1997) terdiri atas empat langkah yaitu *scanning, monitoring, forecasting*, dan *assessing the organization implication*. Langkah pertama *scanning* dilakukan dengan kegiatan

mengamati informasi mengenai lingkungan luar. Informasi ini kemudian diorganisir menjadi kategori-kategori sesuai model yang dipilih. Jadi, sebelum melakukan *scanning* perlu dipilih model dulu misalnya menggunakan model Porter atau model lainnya. Dalam langkah *scanning* ini pada tiap-tiap kategori dilakukan identifikasi isu-isu penting.

Langkah kedua, melakukan tindakan yang disebut *monitoring*. Tahap monitoring dilakukan kegiatan mengumpulkan data sesuai hal-hal yang ditemukan pada setiap kategori. Data yang diperoleh kemudian disusun dalam bentuk informasi sehingga dapat dilakukan analisis *trend* terhadap data yang ada, termasuk perkembangan, dilema-dilema, dan kemungkinan terjadinya suatu peristiwa. Tahap monitoring ini juga dilakukan penilaian terhadap laju perubahan isu yang diamati.

Langkah ketiga adalah *forecasting* yaitu memperkirakan masa depan setiap kategori. Apabila isu tersebut dapat dikuantifikasi dalam angka maka perlu dilakukan proyeksi secara *timer series*. Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan perhitungan komputer. Apabila data bersifat kualitatif, maka dapat dilakukan analisis kecenderungan atau melakukan penetapan berbagai skenario.

Langkah keempat, *assessing the organisation implication*, adalah melakukan penilaian yang berupa evaluasi terhadap makna proyeksi isu untuk rumah sakit. Langkah ini merumuskan apakah isu-isu dalam kategori merupakan peluang ataukah merupakan hambatan/ancaman berjalannya misi dan tercapainya visi.

Dengan demikian, hasil akhir proses analisis eksternal adalah kesimpulan mengenai peluang dan ancaman. Mengingat informasi sebagian besar mencakup berbagai faktor dan saling terkait, maka mustahil mendapat program komputer untuk penilaian akhir. Oleh karena itu, ketrampilan analisis eksternal harus dikuasai oleh seorang pemimpin ataupun tim perencana rumah sakit. Dalam proses analisis ini diperlukan ketrampilan menetapkan keputusan yang mengandung unsur persepsi, intuisi, subyektifitas, ataupun spekulasi-spekulasi. Proses ini

merupakan salah satu sasaran kritikan terhadap model berpikir strategis. Kritikan tersebut pada intinya menyatakan bagaimana mungkin keputusan didasarkan pada perumusan kesimpulan yang sulit standar bakunya. Akan tetapi, apabila dilihat dalam konteks melakukan kegiatan usaha, proses analisis eksternal ini merupakan sistematisa untuk menerangkan mengapa ada seorang pengusaha yang selalu jeli mengambil peluang, sementara itu ada pula pengusaha yang cenderung sebaliknya. Dapat dikatakan bahwa ada unsur seni dalam perumusan hasil ini.

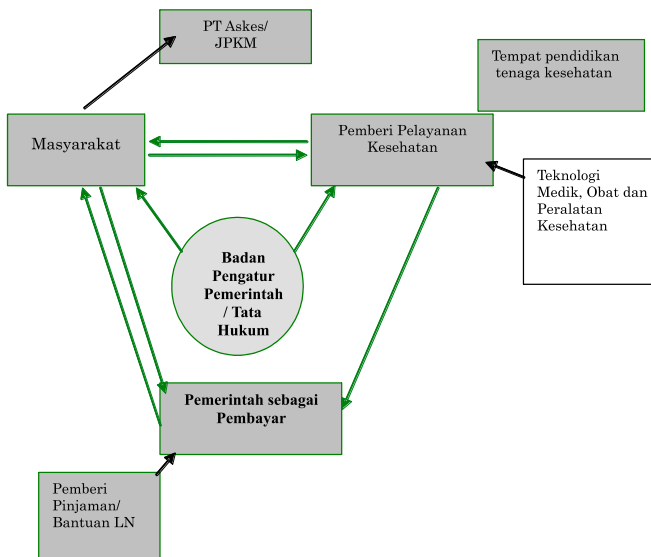
Model 1. Analisis lingkungan eksternal berdasarkan Sistem Kesehatan

Dalam membahas sistem kesehatan sebagai lingkungan rumah sakit, berbagai pelaku kunci dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi yaitu pemerintah, masyarakat, pihak ketiga yang menjadi sumber pembiayaan seperti PT Askes Indonesia, penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan, serta berbagai lembaga pemberi hutang dan *grant* untuk pelayanan kesehatan.

Pemerintah

Keadaan pemerintah dipengaruhi oleh pandangan politik. Saat ini pandangan politik menekankan mengenai demokrasi, transparansi, dan pengembangan peran serta masyarakat. Peran pemerintah diharapkan mencakup beberapa hal antara lain sebagai regulator yang baik, sumber pembiayaan untuk melindungi yang miskin dan pemberi pelayanan kesehatan. Peranan dalam aspek regulasi yaitu menetapkan dan merumuskan standar-standar, melakukan monitoring secara teknis, mendefinisikan paket-paket pemeliharaan kesehatan yang tepat, mengawasi melalui peraturan agar terjadi efisiensi pelayanan kesehatan. Rumah sakit perlu memperhatikan kecenderungan ini pada tingkat nasional maupun provinsi dan kabupaten. Sistem akreditasi rumah sakit, lisensi dan sertifikasi perlu diperhatikan oleh rumah sakit.

Perkembangan regulasi pemerintah perlu diperhatikan misalnya, dikeluarkannya berbagai undang-undang yang menyangkut rumah sakit, misalnya UU Perlindungan Konsumen, UU Nomor 16 Tahun 2001 tentang Yayasan, PP 8 tahun 2003, UU Nomor 1 Tahun 2004, UU Praktik Kedokteran dan berbagai Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan. Berbagai peraturan baru pemerintah harus dianalisis. Apakah peraturan-peraturan itu merupakan ancaman ataukah peluang untuk pengembangan rumah sakit. Undang-Undang Perlindungan Konsumen sampai saat ini masih kontroversial. Hal ini karena sebagian pihak setuju rumah sakit terkena sementara sebagian lain tidak setuju dengan alasan undang-undang itu dapat menjadi ancaman untuk pengembangan rumah sakit. Sebaliknya dengan pemikiran positif, undang-undang tersebut dapat menjadi faktor pendorong perkembangan rumah sakit karena akan meningkatkan kecermatan dalam pelayanan rumah sakit.



GAMBAR 3.4.
MODEL SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

(Diadaptasi dari: *Public Health Forum* di LSHTM tahun 1998)

Peran pemerintah sebagai pembayar perlu diperhatikan. Kebijakan desentralisasi kesehatan mempengaruhi kemampuan pemerintah. Pemerintah sebagai lingkungan luar perlu dibedakan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Keduanya memiliki peranan yang berbeda. Peluang pembiayaan untuk keluarga miskin dari pemerintah perlu diperhatikan. Meningkatnya dana kompensasi BBM pemerintah pusat dan kemungkinan pemerintah daerah menjadi “kaya” akibat desentralisasi perlu diperhatikan. Hal ini menjadi peluang untuk meningkatkan misi sosial rumah sakit. Hal yang perlu dicatat adalah anggaran Departemen Kesehatan. Anggaran tersebut sebagian berasal dari pinjaman luar negeri. Tahun anggaran 2000 pinjaman luar negeri telah mencapai angka sekitar 49% dari seluruh anggaran pembangunan di Departemen Kesehatan. Kecenderungan ini meningkatkan ketergantungan pemerintah pada pinjaman luar negeri. Kecenderungan kenaikan atau penurunan sumber pembiayaan oleh pemerintah pusat dan daerah perlu diperhatikan oleh rumah sakit. Lebih lanjut peran subsidi pemerintah akan dibahas pada Bab 9.

Kecenderungan fungsi pemerintah sebagai pemberi pelayanan rumah sakit perlu diperhatikan. Jika dibanding dengan rumah sakit swasta, pertambahan rumah sakit pemerintah tidak sebanyak rumah sakit swasta. Kurun waktu selama enam tahun terakhir ini, jumlah rumah sakit pemerintah menurun dibandingkan rumah sakit swasta yang mengalami peningkatan sekitar 15%. Sebagai pemberi pelayanan kesehatan, rumah sakit pemerintah masih mengalami masalah dalam tata birokrasi rumah sakit.

Masyarakat

Masyarakat merupakan lingkungan luar penting karena sebagian besar pendapatan rumah sakit berasal dari

masyarakat secara langsung. Dalam hal ini perlu dipahami konsep *need* dan *demand*. *Demand* adalah keinginan untuk lebih sehat. Hal ini diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan tenaga kedokteran. *Needs* adalah keadaan kesehatan yang dinyatakan oleh tenaga kedokteran harus mendapat penanganan medis (Posnett, 1988). Dengan demikian, *demand* masyarakat tidak sama dengan *needs*. Secara ideal berdasarkan konsep negara kesejahteraan seluruh *needs* masyarakat akan dibiayai pemerintah. Akan tetapi, hal ini sulit dilakukan sehingga pemerintah di negara sedang berkembang melakukan berbagai usaha. Masyarakat miskin yang mempunyai *needs* akan pelayanan kesehatan merupakan pihak yang dibiayai, sedangkan mereka yang mempunyai *demand* dan mampu membayar diharapkan mandiri.

Dalam analisis eksternal, melihat peluang dalam potensi masyarakat membayar pelayanan kesehatan dilakukan melalui analisis *demand* masyarakat. Dalam hal ini *demand* masyarakat akan rumah sakit dapat dilihat dari berbagai faktor (Fuchs, 1998; Dunlop dan Zubkoff, 1981). Faktor-faktor tersebut antara lain, kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis yang tercatat dalam data epidemiologi, penilaian pribadi akan status kesehatannya, variabel-variabel ekonomi seperti, tarif serta ada tidaknya sistem asuransi dan penghasilan, kemudian variabel-variabel demografis dan organisasi. Di samping faktor-faktor tersebut terdapat beberapa faktor lain misalnya, pengiklanan, pengaruh jumlah dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta pengaruh inflasi. Faktor-faktor tersebut memiliki keterkaitan satu sama lain.

Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis menekankan pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapat pelayanan medis. Kebutuhan ini dapat dilihat pada pola epidemiologi yang seharusnya diukur berdasarkan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi, data epidemiologi saat ini sebagian besar menggambarkan puncak gunung es yaitu *demand*, bukan kebutuhan (*needs*). Secara sosioantropologis, penilaian pribadi akan status kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya, dan norma-norma

sosial di masyarakat. Rumah sakit harus memperhatikan keadaan masyarakat. Perlu diperhatikan pula *demand* terhadap pelayanan pengobatan alternatif pada masyarakat. Sebagai contoh, untuk berbagai masalah kesehatan jiwa peranan dukun masih sangat besar. Di samping itu, masalah persepsi mengenai risiko sakit merupakan hal yang penting. Sebagian masyarakat sangat memperhatikan status kesehatannya sehingga berusaha untuk memeliharanya dengan baik. Akan tetapi, ada pula masyarakat yang tidak peduli dengan kesehatannya.

Variabel ekonomi penting bagi peluang pengembangan rumah sakit yaitu penghasilan masyarakat. Sebagian besar pelayanan kesehatan merupakan barang normal. Maksudnya, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan. Akan tetapi, ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior. Artinya, kenaikan penghasilan masyarakat justru menyebabkan penurunan konsumsi. Hal ini terjadi pada rumah sakit pemerintah di berbagai kota dan kabupaten. Muncul kecenderungan mereka yang berpenghasilan tinggi tidak menyukai pelayanan kesehatan yang menghabiskan waktu banyak. Hal ini diantisipasi oleh rumah sakit-rumah sakit yang menginginkan pasien dari golongan mampu. Masa tunggu dan antrian untuk mendapatkan pelayanan medis harus dikurangi. Misalnya dengan menyediakan pelayanan rawat jalan melalui perjanjian terlebih dahulu. Dampak kebijakan desentralisasi perlu diperhatikan, apakah meningkatkan penghasilan masyarakat sehingga menjadi peluang atau justru menurunkan pendapatan mereka sehingga menjadi ancaman bagi rumah sakit.

Variabel-variabel demografis dan organisasi meliputi umur, jenis kelamin, dan pendidikan. Faktor umur mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan preventif dan kuratif. Semakin tua usia seseorang, akan lebih meningkatkan *demandnya* terhadap pelayanan kuratif. Sementara itu, *demand* terhadap pelayanan kesehatan preventif menurun. Dengan kata lain, semakin mendekati saat kematian seseorang

merasa bahwa keuntungan dari pelayanan kesehatan preventif akan lebih kecil dibandingkan dengan saat seseorang itu masih muda. Fenomena ini terlihat pada pola demografi di negara-negara maju yang berubah menjadi masyarakat tua. Pengeluaran untuk pelayanan kesehatan menjadi sangat tinggi. Untuk perawatan usia lanjut (orang tua) yang relatif lama, mungkin bukan rumah sakit yang menjadi pilihan berobat tetapi lebih cenderung pada perawatan rumah. Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung mempunyai *demand* yang lebih tinggi. Pendidikan seseorang yang relatif tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan.

Efek inflasi terhadap *demand* terjadi melalui perubahan-perubahan pada tarif pelayanan rumah sakit, jumlah pendapatan keluarga, dan asuransi kesehatan. Faktor ini harus diperhatikan oleh rumah sakit karena pada saat inflasi tinggi ataupun pada resesi ekonomi, *demand* terhadap pelayanan kesehatan akan terpengaruh. Di tengah krisis ekonomi di Indonesia, tercatat beberapa rumah sakit di Yogyakarta tidak mengalami penurunan *demand*. Bangsal-bangsal VIP justru tidak mengalami penurunan pasien, bahkan kecenderungan meningkat. Salah satu dugaan berkait hal itu adalah para pasien kaya yang biasa pergi ke Jakarta atau Singapura, merubah perilakunya untuk mencari penyembuhan di rumah sakit Yogyakarta.

Asuransi Kesehatan

Faktor asuransi kesehatan pada negara-negara maju menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan. Di samping itu, dikenal pula program pemerintah dalam bentuk jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan orang tua. Program pemerintah ini sering disebut asuransi sosial. Asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan tersebut dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Secara nyata, pada negara-negara maju sistem asuransi kesehatan berjalan dengan pendekatan ekonomi yaitu *demand* dan *supply*, sedangkan bagi mereka yang miskin maka negara akan

memberikan bantuan. Di negara maju asuransi kesehatan merupakan lingkungan luar menentukan untuk rumah sakit.

Akan tetapi, perkembangan asuransi kesehatan dan JPKM di Indonesia belum menggembirakan. Tabel 3.1 menunjukkan keadaan asuransi di Indonesia. Total hanya sekitar 15% penduduk Indonesia yang mempunyai sistem asuransi kesehatan. Berdasarkan data Biro Keuangan Depkes RI secara keseluruhan pada tahun 1998 asuransi hanya mencakup sekitar 4% dari seluruh pembiayaan masyarakat untuk pelayanan kesehatan.

TABEL 3.1.
PERSENTASE PENDUDUK YANG MEMPUNYAI ASURANSI
KESEHATAN TAHUN 1998

No.	Jenis Asuransi	Perkotaan	Pedesaan	Perkotaan+ Pedesaan
1	PT ASKES Indonesia	13.10	4.50	7.69
2	ASTEK/Jamsostek	4.59	1.06	2.37
3	Asuransi Kesehatan swasta	5.28	1.09	2.64
4	JPKM	0.70	0.15	0.36
5	Dana Sehat	0.97	1.45	1.27
6	Kartu Sehat	0.83	0.82	0.82
	Total	25.47	9.07	15.12

Sumber: Biro Pusat Statistik, 1998

Untuk memahami mengapa asuransi belum berkembang dengan baik, beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu adanya risiko apabila jatuh sakit, ideologi politik negara, dan mekanisme pasar. Hal-hal tersebut dapat ditemui dalam sejarah perkembangan asuransi kesehatan di berbagai negara. Asuransi kesehatan akan berjalan kalau masyarakat menyadari risiko jatuh sakit. Artinya, apabila seseorang jatuh sakit maka biaya pengobatan sangat besar sehingga dapat menimbulkan kebangkrutan. Kekhawatiran akan bangkrut kalau jatuh sakit, mendorong masyarakat membeli premi asuransi kesehatan. Seperti yang terjadi pada asuransi lain,

premi dapat menjadi mahal sehingga tidak terjangkau oleh sebagian masyarakat. Oleh karena itu, pada berbagai negara maju pemerintah berperan membiayai masyarakat yang tidak mampu membeli premi.

Konsep jaminan kesehatan masuk dalam masyarakat Indonesia sebenarnya sudah lama. Pada zaman kolonial Belanda, tentara, pegawai kolonial, karyawan, dan buruh perusahaan ditanggung oleh sistem kesehatan militer, pemerintah atau perkebunan. Pola yang dipergunakan adalah kesehatan sebagai modal untuk bekerja. Akan tetapi, rakyat biasa tidak memiliki jaminan pelayanan kesehatan. Konsep ini terus berkembang sampai sekarang seperti pada pelayanan kesehatan ABRI untuk militer dan keluarganya, asuransi kesehatan pegawai negeri yang dikelola oleh PT Askes Indonesia, atau berbagai jaminan kesehatan oleh perusahaan-perusahaan.

Untuk menjangkau lapisan rakyat lainnya, konsep asuransi kesehatan masuk ke Indonesia pada dekade 1970-an dan 1980-an. Konsep asuransi kesehatan dimulai dengan dasar pelayanan kesehatan primer di Puskesmas dengan model Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Konsep itu dilakukan karena skala ekonomi masyarakat Indonesia umumnya sangat kecil dibandingkan masyarakat negara maju. Hal ini terlihat dari sejarah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang tidak lepas dari pengaruh DUKM. Dana sehat praktis hanya menanggung pelayanan primer yang sebenarnya bisa ditangani oleh masyarakat sendiri atau seharusnya mampu dibiayai pemerintah asalkan didukung kemauan politis. DUKM tidak menjangkau pelayanan rumah sakit.

Berbagai program JPKM pada tahap awal pengembangan tidak menjangkau pelayanan rumah sakit. Memang jika dihitung berdasarkan pelayanan kesehatan rumah sakit maka premi JPKM akan menjadi sangat tinggi. Hal ini menimbulkan dilema terutama karena keterbatasan kemampuan masyarakat. Akan tetapi, sebuah sistem asuransi kesehatan yang tidak berdasar sistem pelayanan rumah sakit sebenarnya mengingkari konsep risiko jika jatuh sakit. Pada

dekade 1990-an JPKM diujicobakan di Klaten. Konsep yang dipakai sebenarnya masih DUKM tetapi diperluas ke rumah sakit dengan pelayanan terbatas karena premi yang ditetapkan rendah, sekitar Rp 2000,00. Akibatnya, sistem ini tidak menarik bagi rumah sakit, dokter, dan masyarakat sendiri, termasuk para pemimpin masyarakat. Para dokter spesialis di RSUP Klaten enggan melakukan kegiatan dengan model JPKM.

Pada intinya JPKM dikembangkan berbasis pada pelayanan primer dengan pelayanan rumah sakit yang terbatas pada perputaran ekonomi yang sangat kecil. Pengembangan ini terkesan bersifat marginal dan tidak menarik bagi para politisi, tenaga kesehatan, dan masyarakat sendiri. Sebagai catatan, Pemilu tahun 1999 lalu, aspek asuransi kesehatan dan JPKM bukan merupakan isu kampanye para politisi. Dengan melihat keadaan ini dalam waktu dekat asuransi kesehatan belum memberikan makna yang besar sebagai peluang bagi rumah sakit. Akan tetapi, pada masa mendatang dengan semakin meningkatnya tarif pelayanan kesehatan dan meningkatnya pendapatan masyarakat, asuransi kesehatan merupakan peluang untuk pengembangan sumber dana rumah sakit.

Pada tahun 2004, sebuah rencana undang-undang mengenai Jaminan Kesehatan Nasional telah disahkan. UU ini akan menjadi faktor luar penting yang mempengaruhi rumah sakit. Sebagai tindak lanjut Menteri Kesehatan di akhir tahun 2004 mengeluarkan kebijakan membiayai keluarga miskin melalui PT Asuransi Kesehatan. Setiap penduduk miskin akan dibiayai premi sebesar Rp 5.000 per orang per bulan. Kebijakan ini dapat menjadi peluang bagi rumah sakit untuk menjalankan misi sosialnya, walaupun harus dicermati apakah jumlah premi tersebut sudah mencukupi atau belum.

Pemberi Pelayanan Kesehatan

Trend yang sama terjadi di berbagai negara yaitu, adanya kebijakan desentralisasi, termasuk otonomi lembaga pelayanan kesehatan, kompetisi diantara *providers*, peningkatan pelayanan kesehatan primer, dan peningkatan

mutu pelayanan melalui program *evidence based medicine*, serta peningkatan efisiensi (Meisenher, 1997; Joss dan Kogan, 1995). Prinsip-prinsip ekonomi semakin diacu oleh lembaga-lembaga pemberi pelayanan kesehatan, termasuk di negara-negara yang menganut paham *welfare state* (Bennett, 1991; Otter, 1991).

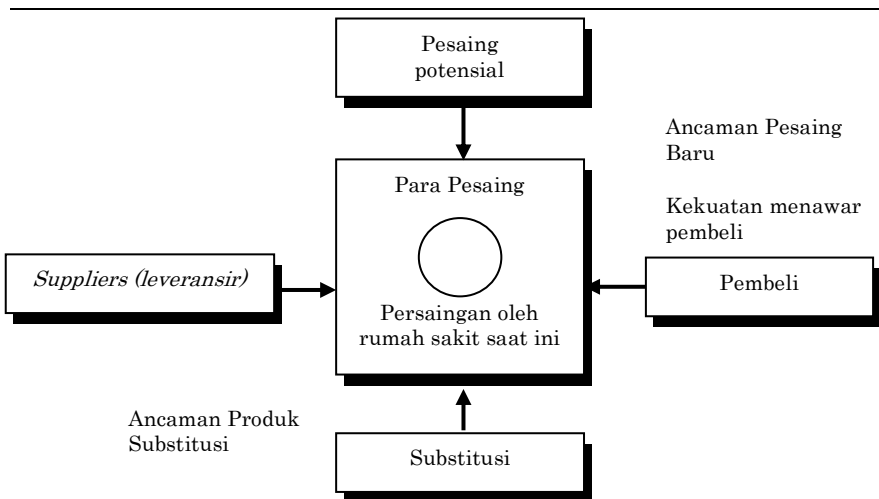
Saat ini lembaga pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia sedang mencari bentuk apakah mengarah pada lembaga usaha ataukah bentuk lain. Rumah sakit pemerintah sedang bergerak dari lembaga birokrasi kepada lembaga usaha. Demikian pula rumah sakit swasta sedang bergerak dari lembaga misionaris dan kemanusiaan menuju ke lembaga yang didasari oleh konsep usaha. Perkembangan ke arah lembaga usaha ini sepertinya tidak dapat ditolak karena sudah merupakan *trend* global. Apabila sektor rumah sakit di Indonesia tidak menggunakan konsep usaha ini, akan kesulitan dalam persaingan dunia. Dalam hal ini *trend* yang perlu dicermati adalah peningkatan kompetisi antarrumah sakit dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya.

Perkembangan Teknologi Medis, Industri Obat, dan Peralatan Kesehatan

Pertumbuhan industri obat perlu diperhatikan. Harga obat yang semakin mahal dapat menjadi ancaman bagi rumah sakit karena masyarakat mungkin tidak mampu membayarnya. Di samping itu, lingkungan luar berupa industri obat ini dapat membuat rumah sakit terjerumus pada hubungan yang kolusif antara rumah sakit, dokter, dan jaringan industri obat dalam konteks promosi penggunaan obat. Akibatnya, biaya pengobatan rumah sakit menjadi meningkat. Dalam jangka panjang keadaan ini dapat merugikan rumah sakit. Selain hal tersebut menimpa industri obat, hal yang sama juga dialami oleh semakin mahalnya peralatan kedokteran. Dalam hal pembelian alat dan fasilitas kesehatan, peluang mendapatkan insentif keuangan dari proses pengadaan sarana dapat menjadi pemicu inefisiensi di kalangan birokrasi Departemen Kesehatan dan para manajer rumah sakit.

Model 2. Analisis Lingkungan Berdasarkan Model Persaingan dari Porter

Model analisis ini menggunakan pendekatan persaingan dalam industri kesehatan. Model ini menganggap bahwa sektor pelayanan kesehatan sudah berkembang menjadi industri dengan mekanisme pasar sebagai dasar operasi. Akibatnya terjadi persaingan antar rumah sakit dalam mendapatkan pengguna dan pemasok. Untuk bertahan dan berkembang dalam persaingan para pimpinan rumah sakit sebaiknya memahami berbagai konsep bisnis yang tepat untuk diaplikasikan. Salah satu konsep manajemen yang dapat dipakai adalah konsep persaingan industri dari Porter (1985). Menurut Porter (1985) sifat-sifat persaingan dalam industri merupakan akumulasi dari berbagai faktor persaingan sebagai berikut, ancaman munculnya pesaing baru, kekuatan menawar para pelanggan, kekuatan menawar para pemasok, ancaman produk substitusi, dan perilaku para pemberi jasa saat ini untuk mencari posisi terunggul. Diagram di bawah menggambarkan iklim persaingan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Porter 1979).



GAMBAR 3.5.**KEKUATAN-KEKUATAN YANG MENIMBULKAN KOMPETISI****Kekuatan-kekuatan Penantang**

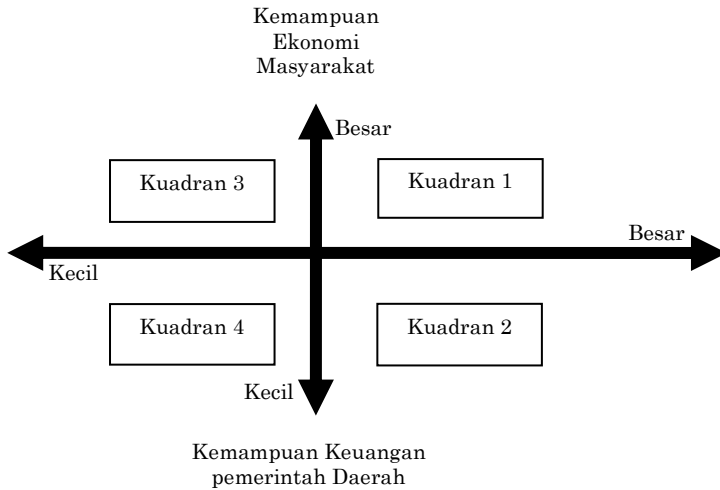
Pemimpin rumah sakit harus menyadari bahwa terdapat berbagai kekuatan yang selalu menantang dalam usaha yang kompetitif. Sifat-sifat kekuatan penantang ini berbeda-beda bergantung dari sektor usaha. Sektor usaha rumah sakit misalnya, tentu berbeda dengan sektor jasa penyewaan mobil.

Persaingan Antarrumah sakit

Persaingan antar rumah sakit terpengaruh oleh keadaan ekonomi daerah. Ada dua faktor penting yang mempengaruhi sektor rumah sakit yaitu kekuatan ekonomi pemerintah daerah dan kekuatan ekonomi masyarakat. Semakin tinggi kemampuan pemerintah daerah maka kemungkinan sumber pembiayaan untuk kesehatan dari daerah akan semakin besar. Semakin tinggi kekuatan ekonomi masyarakat maka dapat dilihat bahwa daya beli masyarakat terhadap pelayanan kesehatan akan semakin besar. Dengan adanya daya beli yang besar maka pelayanan kesehatan swasta akan berkembang pula. Dengan menggunakan dua variabel ini, ada 4 tipe daerah yang mungkin terjadi:

1. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah yang besar dan kekuatan ekonomi masyarakat yang besar pula.
2. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar
3. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah yang besar namun kekuatan ekonomi masyarakat kecil.
4. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kecil dan kekuatan ekonomi masyarakat yang kecil pula.

Di tiap daerah, sistem kesehatan tentunya mempunyai perbedaan. Sebagai gambaran di daerah yang kemampuan ekonomi masyarakatnya kuat maka pelayanan kesehatan swasta akan kuat pula. Secara diagram ke empat daerah tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



GAMBAR 3.6.
EMPAT TIPE DAERAH KEKUATAN EKONOMI PEMERINTAH
DAN MASYARAKAT

Catatan tentang cara membaginya:

Penggolongan Kapasitas fiskal pemerintah daerah menggunakan data Kemampuan fiskal daerah (Penerimaan Daerah + DAU – Penerimaan Pusat dan Bantuan Luar Negeri) dibagi dengan kebutuhan fiskal daerah. Kemampuan fiskal daerah tinggi apabila $KpF+DAU/Needs > 100\%$. Kemampuan fiskal daerah rendah apabila $KpF+DAU/Needs < 100\%$, dengan toleransi 10% (100%-110%). Acuan yang dipergunakan adalah Penghitungan Kemampuan Fiskal Daerah Tahun 2001/2002, Dirjen Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, Departemen Keuangan RI, 2002.

Kemampuan ekonomi masyarakat menggunakan acuan yang dikeluarkan oleh WorldBank, dalam World Economic Indicator tahun 2002, untuk penghitungan Low GDP percapita yaitu dibawah US\$ 500 percapita. Dengan mengambil kurs

tengah tahun 2002, US\$1 = Rp8000,-, maka didapat *cut off point*: Kemampuan masyarakat tinggi apabila > Rp.4.000.000,-, dan Kemampuan masyarakat rendah apabila < Rp.4.000.000,-

Model Porter banyak dipergunakan pada daerah yang kekuatan ekonomi rakyatnya kuat. Daerah ini mempunyai skenario sebagai berikut. Lembaga pelayanan kesehatan seperti RS, klinik, praktik bersama, apotek, laboratorium maupun pusat pelayanan kesehatan lain milik swasta akan berkembang karena pengaruh pasar (hukum *demand dan supply*). Masyarakat lebih bebas memilih (*bargaining power* lebih besar dibanding institusi pelayanan). Jika jumlah tenaga medis tidak seimbang dengan kapasitas pelayanan, maka berbagai lembaga swasta tersebut akan menggunakan tenaga dari RS pemerintah, sehingga ada kemungkinan jam pelayanan di RS pemerintah lebih singkat dari yang seharusnya. Jika tidak ada komitmen dari Pemda/Pemkot dan DPRD untuk pengembangan institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah maka mutu pelayanan di berbagai institusi tersebut akan lebih rendah dibanding rumah sakit swasta.

Ancaman Pesaing Baru

Pesaing baru dalam suatu industri selalu membawa keinginan untuk meningkatkan kapasitas kerja dan memperoleh pangsa pasar. Industri rumah sakit di Indonesia mempunyai berbagai ancaman pesaing baru yang muncul. Pesaing-pesaing baru ini dapat berasal dari rumah sakit internasional berupa dokter-dokter asing atau dari sektor nonkesehatan dan kesehatan (misalnya, industri farmasi) yang melakukan diversifikasi usaha ke rumah sakit. Fakta menunjukkan bahwa dekade 1995-an pertumbuhan rumah sakit baru sangat cepat dan muncul kenyataan bahwa berbagai jaringan rumah sakit swasta berkembang cepat. Periode waktu antara tahun 1995 sampai dengan tahun 2000, terdapat 73 rumah sakit swasta baru di seluruh Indonesia. Angka ini menunjukkan pertumbuhan sebesar 15%. Akan tetapi, pertumbuhan kapasitas tempat tidur pasien relatif kecil yaitu berkisar 6113 buah (sekitar 3.5%). Dengan demikian, pertumbuhan rumah

sakit baru ini cenderung dalam ukuran rumah sakit kecil yang mencerminkan kegesitan dalam berusaha.

Pemasok

Pemasok bagi rumah sakit dapat berupa produsen obat dan peralatan medik, sampai pada tenaga dokter profesional. Pemasok dapat menjadi kekuatan penantang apabila dapat memaksakan kehendak untuk rumah sakit. Dalam hubungannya dengan kekuatan menawar pemasok, dapat dilihat bahwa terdapat pemasok yang kuat daya tawarnya, tetapi ditemukan pula pemasok yang lemah daya tawarnya. Jumlah pemasok obat sebenarnya sangat banyak sehingga posisi tawar rumah sakit sebenarnya sangat kuat. Akan tetapi, timbul kemungkinan pemasok obat bergabung bersama dengan pemasok tenaga, yaitu spesialis sehingga meningkatkan daya tawar pengadaan obat. Hal ini dapat dilihat pada fakta bahwa *formularium* obat di rumah sakit menjadi sulit dilaksanakan karena munculnya kolusi antara tenaga dokter dengan pemasok obat.

Sebuah kelompok pemasok bersifat kuat apabila mendominasi pasar dan mempunyai ikatan yang harus dilakukan oleh rumah sakit. Beberapa contoh pemasok bersifat kuat misalnya berkaitan dengan obat, rumah sakit harus berhubungan dengan industri farmasi tertentu, mempunyai potensi untuk menyelenggarakan sendiri usaha yang dipasoknya, pemasok melihat bahwa bisnis dengan rumah sakit yang di *supply* bersifat kecil. Dengan demikian, rumah sakit bukan pelanggan penting untuk pemasok.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka pemasok tenaga spesialis mempunyai posisi kuat karena keterbatasan jumlah. Menurut data Departemen Kesehatan (DepKes, 2000) terdapat 1.109 buah rumah sakit pemerintah dan swasta di Indonesia (tidak termasuk Timor Timur yang sudah menjadi negara sendiri). Rumah sakit-rumah sakit tersebut memiliki jumlah dokter yang bekerja sebanyak 19.605 orang dokter. Dokter Umum sebanyak 5.926 orang, sedangkan residen sebanyak 4100 orang. Dengan demikian, jumlah spesialis sekitar 9.579 orang. Penyebaran dokter lebih banyak di Pulau Jawa dibandingkan dengan luar Jawa. Provinsi DKI Jakarta memiliki 2.397 dokter

spesialis (25,02% dari total spesialis di Indonesia). Dokter Spesialis Mata di Indonesia berjumlah 487 orang. Provinsi DKI Jakarta memiliki 124 orang SpM, Provinsi Jawa Barat terdapat 63 orang SpM, Provinsi Jawa Tengah 52 orang SpM, Provinsi DIY 19 orang SpM, dan Provinsi Jawa Timur sebanyak 73 orang SpM. Dengan demikian, sekitar 67,9% jumlah spesialis mata berada di Pulau Jawa.

Khusus untuk subspesialis, persebaran dokter menjadi semakin tidak merata. Sebagai contoh, Dokter Spesialis Bedah Syaraf (SpBS) di Indonesia sebanyak 64 orang dengan perincian sebanyak 18 orang berada di Provinsi DKI Jakarta dan sebanyak 10 orang berada di Provinsi Jawa Barat. Provinsi Sumatera Barat memiliki satu orang DSBS, sedangkan Provinsi Riau tidak terdapat satu pun DSBS. Provinsi Papua hanya mempunyai 5 orang dokter bedah (sorang di RS Freeport) dan tidak memiliki ahli anastesi pada RS pemerintah.

Di samping secara geografis tidak merata, RS swasta ternyata tidak mempunyai spesialis *full timer* yang cukup. Data menunjukkan hal yang menarik bahwa RS swasta skala besar pun kekurangan spesialis yang bekerja penuh waktu. Sebagai contoh, RS Charitas, RS terbesar di Palembang, mempunyai 15 orang dokter tetap yang terdiri atas 7 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 2 orang dokter bedah, 1 orang dokter penyakit dalam, 1 orang dokter anak, 1 orang dokter SpOG, 1 orang dokter SpPK, dan 1 orang dokter SpM. RS MMC di Jakarta mempunyai 14 orang dokter yang terdiri atas 12 orang dokter umum, 1 orang dokter penyakit dalam, dan 1 orang dokter SpOG. RS FK UKI, yang terkenal di Cawang sebagai pusat penanganan kecelakaan lalulintas tol, mempunyai 52 orang dokter yang terdiri atas 36 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis penyakit dalam, 1 orang dokter jiwa, 2 orang dokter THT, 5 orang dokter Radiologi, 1 orang dokter spesialis mata, 1 orang dokter spesialis Kardiologi, 1 orang dokter spesialis Saraf, 1 orang dokter spesialis Urologi, dan 2 orang dokter gigi spesial. Tabel 3.2 menunjukkan perbandingan antara jumlah rumah sakit dengan spesialis. Tabel tersebut menunjukkan kekurangan yang sangat besar.

TABEL 3.2.
PERBANDINGAN DOKTER SPESIALIS DI RSUD DAN RS
SWASTA YANG BERSTATUS TENAGA *FULL-TIMER*

No	Spesialis	Perbandingan Jumlah spesialis <i>full</i> <i>timer</i> di RS Pemerintah	Perbandingan Jumlah spesialis <i>full timer</i> di RS Swasta
1	<i>Bedah Umum</i>	3,52 : 1 3,52 spesialis di satu rumah sakit umum (rata-rata)	1 : 3,97 satu spesialis di 3,97 rumah sakit (rata-rata)
2	<i>Penyakit Dalam</i>	2,04 : 1	1 : 4,72
3	<i>Kebidanan dan Kandungan</i>	2,23 : 1	1 : 3,77
4	<i>Anak-anak</i>	2,47 : 1	1 : 3,84
5	<i>Mata</i>	1,08 : 1	1 : 16,44
6	<i>THT</i>	1,03 : 1	1 : 12,93
7	<i>Psikiatri</i>	1 : 2,91	1 : 13,22
8	<i>Neurologi</i>	1 : 1,23	1 : 17,50
9	<i>Kulit dan Kelamin</i>	1 : 1,23	1 : 20,52
10	<i>Radiologi</i>	1 : 1,26	1 : 8,26
11	<i>Anastesi</i>	1 : 1,41	1 : 11,02
12	<i>Patologi Klinik</i>	1 : 1,67	1 : 18,59
13	<i>Patologi Anatomi</i>	1 : 2,40	1 : 119
14	<i>Kardiologi</i>	1 : 2,68	1 : 9,36
15	<i>Pulmonologi</i>	1 : 2,42	1 : 29,75
16	<i>Bedah syaraf</i>	1 : 7,15	1 : 54,00
17	<i>Bedah tulang</i>	1 : 3,43	1 : 85,00
18	<i>Bedah Urologi</i>	1 : 9,53	1 : 54,00

Sumber data: diolah dari Data DepKes 2000

Secara singkat kurangnya jumlah spesialis menyebabkan timbulnya daya tawar yang lebih kuat pada sisi spesialis dibanding dengan rumah sakit. Akibatnya, terjadi berbagai fenomena. Pertama, jumlah spesialis kurang terutama di daerah-daerah terpencil. Hal ini karena daerah tersebut tidak mempunyai daya tarik secara ekonomi atau kenyamanan kerja untuk penempatan spesialis. Kedua, di kota-kota besar terjadi perangkapan-perangkapan kerja spesialis pada berbagai RS swasta. Hal ini berarti akan menimbulkan *time cost* untuk perpindahan tempat para spesialis, kesulitan pasien bertemu dengan spesialis, kesulitan manajer rumah sakit melakukan

pengelolaan SDM, serta kesulitan para spesialis itu sendiri melakukan *teamwork*. Ketiga, pada beberapa jenis spesialis, keterbatasan jumlah spesialis dapat mengarah pada *model kartel* dalam usaha. Padahal definisi makna *kartel* berasal dari perilaku yang kolusi. Perilaku kolusi adalah sifat ingin melakukan monopoli terhadap sesuatu produk atau jasa yang dilakukan oleh sekelompok pelaku usaha atau profesional (Mansfield, 1985). Keuntungan kolusi yaitu dapat meningkatkan keuntungan, mengurangi ketidak-pastian usaha, dan menghalang-halangi pemain baru untuk masuk. Bila kolusi dijalankan secara formal maka disebut kartel. Jika terbentuk kartel, pendapatan anggota kartel akan ditentukan oleh kelompoknya sendiri. Pendapatan tersebut bukan untuk kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, kartel merupakan kegiatan yang baik untuk anggotanya, tetapi kemungkinan merugikan masyarakat dan dapat menghambat perkembangan sektor sosial dan ekonomi.

Pasien sebagai Pembeli

Faktor penting dalam dinamika persaingan adalah kedudukan pasien dalam pelayanan kesehatan. Sebagai-mana pemasok, daya tawar pasien sebagai pembeli akan kuat apabila pembeli berjumlah banyak dan bergabung dalam suatu organisasi yang kuat. Contoh, pasien yang menjadi anggota perusahaan asuransi kesehatan atau berasal dari suatu perusahaan, misalnya PT Telkom. Apabila pembayaran dari para pembeli yang bergabung ini menguntungkan pihak rumah sakit, maka posisi pasien yang berkelompok ini menjadi kuat. Daya tawar pembeli pelayanan kesehatan diperkuat dengan berdirinya Yayasan Lembaga Konsumen termasuk yang berkonsentrasi pada sekor kesehatan seperti, Yayasan Lembaga Konsumen Kesehatan yang berada di Jakarta. Lebih lanjut, saat ini telah ada Lembaga Bantuan Hukum Kesehatan yang memberikan jasa tindakan hukum bagi pasien yang membutuhkan. Faktor lain yang memperkuat daya tawar pasien sebagai pembeli yaitu apabila pelayanan jasa yang dibeli bersifat standar, atau tidak terdiferensiasi. Dengan demikian, pasien mempunyai

banyak pilihan untuk mendapatkan pelayanan. Contoh adalah pelayanan dokter umum, laboratorium, atau pelayanan obat.

Produk Substitusi

Rumah sakit harus dapat mengidentifikasi faktor-faktor penantang yang bersifat produk substitusi misalnya para pelaku pengobatan tradisional, dukun patah tulang, hingga ke tukang obat. Berkembangnya produk substitusi ini dapat dipicu oleh kesulitan pasien sebagai pembeli untuk mendapatkan jasa pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Sebagai contoh, di daerah Sumatera Barat berkembang dukun patah tulang karena jumlah dokter bedah tulang sangat sedikit. Contoh lain, semakin berkembangnya tempat-tempat untuk penyembuhan ketergantungan obat bius yang bukan merupakan bagian dari rumah sakit.

Model Porter yang dipakai menyatakan bahwa keadaan yang bersifat kompetitif akan mempengaruhi strategi yang akan diambil oleh rumah sakit. Kompetisi merupakan hakekat dari perumusan strategi. Timbul pertanyaan; apakah kompetisi merupakan hal yang baik bagi rumah sakit atautkah hal yang buruk? Berbagai teori ekonomi manajerial menyatakan bahwa industri yang kompetitif akan lebih efisien dibanding dengan industri dengan struktur bersifat monopoli atau oligopoli. Dengan perkembangan ini, rumah sakit telah masuk dalam suatu industri pelayanan kesehatan yang kompetitif dan berusaha mencari posisi yang menguntungkan. Kesadaran akan posisi di arena yang kompetitif ini akan membuat rumah sakit melakukan analisis diri secara internal untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi, menaksir posisi rumah sakit, mencari perubahan strategis yang dapat dipakai untuk pengembangan dan pencarian peluang bisnis ataupun menemukan ancaman dan hambatan

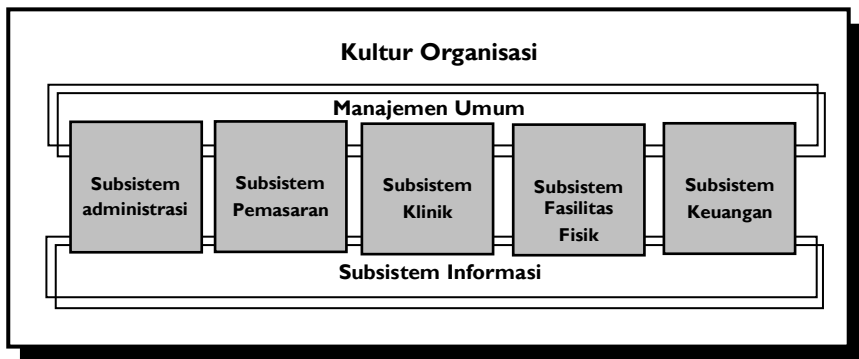
2. Analisis Internal

Analisis internal bertujuan menilai kekuatan dan kelemahan rumah sakit. Analisis internal rumah sakit dapat dilakukan dengan berbagai model. Dalam bab ini hanya dibahas satu

model yaitu menggunakan model faktor-faktor kunci internal rumah sakit.

Faktor-Faktor Kunci Internal Rumah Sakit

Dalam Bab 1 diuraikan mengenai subsistem rumah sakit seperti teknis medis, keperawatan, ataupun teknis nonmedis seperti, subsistem keuangan. Subsistem teknis pada rumah sakit akan berjalan bersama dengan budaya organisasi untuk mengolah berbagai *input* menjadi produk jasa pelayanan kesehatan. Dalam menilai keadaan internal untuk menghasilkan analisis berupa kekuatan dan kelemahan, dapat dilakukan dengan mengamati kultur organisasi dan berbagai subsistem seperti subsistem klinik, subsistem keuangan, subsistem manajemen umum, subsistem administrasi, subsistem pemasaran, subsistem fasilitas fisik, subsistem informasi. Pada tiap pengamatan akan dilakukan perumusan kekuatan maupun kelemahan.



(Ginter Dkk.)

GAMBAR 3.7.
KOMPONEN ANALISIS INTERNAL

Pada Bab 2 telah dibahas budaya organisasi di rumah sakit secara mendalam. Analisis budaya organisasi di rumah sakit dapat menggunakan Pendekatan Schein. Pendekatan ini menyatakan bahwa terdapat berbagai tingkat budaya. Dengan konsep ini dapat diamati beberapa hal antara lain, (1) bagaimana asumsi dasar yang berada di bawah sadar dan

menjadi kepercayaan bersama di rumah sakit; (2) bagaimana nilai-nilai yang dicari dan diekspresikan dalam berbagai kegiatan termasuk menyusun strategi, tujuan organisasi, dan filosofi rumah sakit, serta (3) bagaimana berbagai fenomena di rumah sakit yang menunjukkan adanya budaya kuat atau lemah. Budaya organisasi mempengaruhi kegiatan pada berbagai subsistem. Sebagai contoh, tidak adanya budaya organisasi yang kuat perawat dan dokter akan melemahkan proses kegiatan di subsistem klinis. Dalam konteks kekuatan dan kelemahan rumah sakit, budaya organisasi merupakan dasar dari berbagai subsistem yang ada. Apabila rumah sakit mempunyai budaya organisasi yang lemah tanpa memiliki keyakinan bersama, maka dapat dipahami bahwa kegiatan di berbagai subsistem akan lemah pula.

Subsistem klinik merupakan kegiatan inti rumah sakit. Dalam subsistem ini bekerja para tenaga kesehatan seperti dokter, dokter spesialis, perawat, farmasis, ahli gizi, dan berbagai jenis profesi lain. Subsistem klinik merupakan dunia yang rumit dengan cabang-cabang ilmu kedokteran dan perawatan yang cepat berkembang teknologinya. Di samping itu, faktor tersedianya peralatan dan teknologi kedokteran yang dipakai mempengaruhi proses subsistem klinik. Kekuatan dan kelemahan subsistem klinik dapat diamati dengan berbagai cara misalnya, menggunakan analisis *input* tenaga, peralatan, fasilitas, mutu proses pelayanan, hasil pencapaian, hingga pada nilai akreditasi berdasarkan pengukuran pihak luar. Kekuatan dan kelemahan subsistem klinik dapat dibandingkan dengan standar, nilai akreditasi yang diharapkan, sampai pada perbandingan dengan rumah sakit pesaing.

Subsistem keuangan dapat dinilai dari kekuatan atau kelemahan sistem keuangan yang dipergunakan, keadaan staf keuangan, model akuntansi yang digunakan, peralatan yang dipakai hingga pada kemampuan teknis mendeteksi kebocoran-kebocoran dalam sumber keuangan, juga kemampuan proses pembayaran pasien secara cepat dan tepat. Subsistem Manajemen Umum mencakup keadaan rumah sakit

dalam melakukan perencanaan program dan penganggaran, pelaksanaan kegiatan, dan sistem pengendalian kegiatan. Subsistem fasilitas fisik mencakup letak rumah sakit, keadaan bangunan, pembuangan limbah, tersedianya fasilitas-fasilitas fisik seperti parkir, taman, ruang tunggu yang nyaman, kafetaria yang bersih, musholla atau tempat sembahyang, dan berbagai hal lain. Sub-sistem Pemasaran merupakan aspek internal yang relatif baru untuk rumah sakit. Rumah sakit dalam situasi yang kompetitif perlu mempunyai untai pendukung untuk meningkatkan citra dan peran rumah sakit di masyarakat. Subsistem Informasi merupakan fungsi penting agar berjalannya rumah sakit dapat efektif dan efisien.

Cara Menetapkan Kekuatan atau Kelemahan

Proses pembentukan profil rumah sakit menggunakan beberapa langkah. Proses ini berguna dalam melakukan analisis internal. Pada langkah 1, dilakukan identifikasi berbagai aspek kunci internal rumah sakit seperti yang terdapat pada gambaran di atas. Langkah kedua, melakukan evaluasi terhadap status rumah sakit dengan cara membandingkan kondisi rumah sakit saat ini dengan kondisi tahun sebelumnya. Sudahkah kita melakukan peningkatan? Apakah kita melakukan hal-hal pokok lebih baik dibanding tahun lalu? Apakah kondisi faktor strategi internal menggambarkan situasi yang membaik atau sebaliknya?

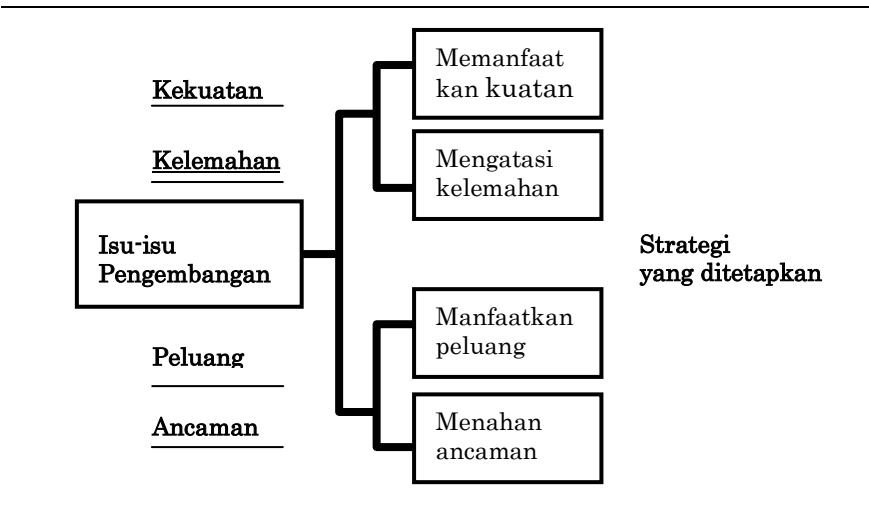
Pada langkah ketiga, dilakukan perbandingan terhadap standar yang ada, dan kunci sukses sebuah usaha. Langkah keempat, merupakan langkah yang penting tetapi relatif sulit dilakukan. Dalam langkah ini, *analisis* mencari perbandingan antara keadaan faktor internal dengan faktor serupa di rumah sakit lain. Perbandingan ini nantinya akan menggambarkan kekuatan atau kelemahan yang potensial. Perbandingan dapat dilakukan dengan dua perspektif dalam langkah ini yaitu (1) kemampuan kompetitor utama, (2) kunci sukses pelayanan. Langkah keempat, merumuskan hasil identifikasi faktor internal, yaitu :

- a. Rumah sakit berada pada tingkat kompetisi yang menguntungkan,
- b. Rumah sakit memenuhi persyaratan dasar kompetisi,
- c. Rumah sakit mempunyai berbagai kerawanan akibat faktor kelemahan rumah sakit.

Langkah ini akan menghasilkan profil rumah sakit berupa kekuatan dan kelemahan internal. Menentukan perumusan hasil merupakan hal yang sulit karena membutuhkan kejujuran terhadap diri sendiri dan kemungkinan hal ini mengundang konflik internal. Oleh karena itu, peranan konsultan sering dibutuhkan dalam hal mengurangi kesulitan dan meningkatkan obyektivitas dalam penilaian. Di samping itu, konsultan yang baik dapat membandingkan keadaan internal dengan standar yang berlaku.

3. Isu-isu Pengembangan

Setelah melakukan analisis SWOT timbul berbagai cara melakukan diagnosis permasalahan untuk menjadi dasar penentuan strategi. Cara-cara tersebut misalnya, (1) analisis *port folio* dengan menggunakan BCG matriks, (2) GE matriks, hingga pada (3) penetapan isu-isu pengembangan secara kualitatif. BCG dan GE matriks berasal dari sektor industri yang membutuhkan data kuantitatif yang akurat. Bagi rumah sakit yang belum mempunyai data industri yang akurat dan lengkap, penggunaan metode kualitatif lebih dianjurkan sebagai alat bantu untuk penetapan strategi. Kerangka berpikir metode kualitatif dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



GAMBAR 3.8.
KERANGKA BERPIKIR METODE KUALITATIF

Pada intinya penulisan isu-isu pengembangan bertujuan untuk menilai apakah sebuah rumah sakit layak untuk berkembang atau tidak. Isu-isu pengembangan berusaha untuk menganalisis lingkungan eksternal dan internal rumah sakit secara bersama. Sebagai contoh:

Rumah sakit mempunyai peluang untuk mengembangkan pelayanan *home care*, akan tetapi belum ada fasilitas dan sumber daya manusia untuk menjalankannya.

Rumah sakit mempunyai peluang untuk mendapatkan donor kemanusiaan dari luar negeri untuk mendukung misi sosial, akan tetapi tidak ada staf yang mampu menyusun proposal seperti yang diharapkan oleh pihak luar negeri.

Rumah sakit dapat menuliskan berbagai isu pengembangan. Analisis ini menjadi dasar untuk menetapkan strategi. Dapat diduga apabila banyak analisis yang negative

maka kemungkinan tipis bagi rumah sakit untuk tumbuh dan berkembang.

BAB 8

PERUMUSAN STRATEGI DAN PROGRAM

Konsep strategi dalam pengembangan rumah sakit merupakan hal yang relatif baru. Referensi konsep strategi banyak bersumber pada bacaan mengenai manajemen perusahaan. Apakah tindakan mengacu pada konsep manajemen lembaga usaha merupakan suatu hal yang tidak sepatutnya ataukah memang layak dilakukan? Dalam lingkungan pelayanan rumah sakit yang dipengaruhi oleh mekanisme pasar maka penyusunan strategi berdasarkan konsep lembaga usaha layak dipergunakan dengan modifikasi untuk strategi yang mendukung misi sosial. Dengan demikian akan ada dua kelompok besar strategi rumah sakit. Strategi kelompok pertama adalah strategi untuk mengembangkan kegiatan dengan pengguna kelompok masyarakat yang membeli. Mereka dapat berupa pasien yang membeli pelayanan langsung, atau melalui perusahaan asuransi kesehatan, atau melalui perusahaan tempat bekerja. Strategi ini bertumpu pada mekanisme pasar. Strategi kelompok kedua adalah untuk mendapatkan subsidi dan dana-dana

kemanusiaan. Strategi ini terutama untuk mendukung misi sosial rumah sakit.

Dalam strategi untuk pengembangan berdasarkan pasar berbagai perusahaan yang sukses pasti menggunakan strategi yang terlihat jelas. Sebagai contoh, Coca-Cola mempunyai strategi bahwa produknya mudah didapat, menggunakan kemasan botol sehingga kebersihan terjamin, dan harga relative murah. Produk-produk Coca-Cola dapat dijumpai hampir diseluruh pelosok Indonesia. Harga Coca-Cola ukuran botol kecil ternyata lebih murah dibanding dengan harga satu gelas air kelapa muda yang dijual di pinggir jalan. Secara istilah produk Coca-cola mempunyai strategi harga murah dengan mutu yang baik. Contoh lain, jaringan Hotel Hyatt berkembang di Indonesia karena mempunyai strategi jelas yaitu membidik pengguna yang mau membayar mahal tetapi mendapatkan kompensasi nilai sesuai harga yang dibayarnya. Bagi pengusaha yang menginap di Hotel Hyatt untuk urusan bisnis pada suatu kota akan memberikan nilai tambah berupa kepercayaan rekan atau mitra bisnisnya. Strategi Hotel Hyatt ini disebut diferensiasi.

Bagaimana dengan strategi lembaga *nonprofit* untuk menjalankan misi sosialnya? Lembaga yang mempunyai misi sosial ternyata juga mempunyai strategi. Dokter Tanpa Batas, sebuah organisasi kemanusiaan yang mengorganisir penempatan para dokter di daerah yang penuh kekerasan atau bencana, mempunyai strategi publikasi yang kuat untuk menarik para pemberi sumbangan. Hal serupa dilakukan pula oleh Greenpeace. Lembaga swadaya masyarakat di bidang lingkungan bergerak dengan strategi yang jelas, memperlihatkan keberanian untuk mengamankan lingkungan hidup.

Lembaga tanpa strategi mempunyai risiko memberikan pelayanan seadanya. Lembaga menjadi tidak memiliki daya yang menarik masyarakat menjatuhkan pilihan menggunakan jasa lembaga tersebut. Strategi merupakan rangkaian kegiatan untuk menarik masyarakat agar menggunakan atau berpartisipasi terhadap lembaga. Oleh karena itu, dalam penyusunan strategi harus dikaitkan berbagai aspek dalam pemasaran. Aspek-aspek seperti, siapa pengguna pelayanan kita,

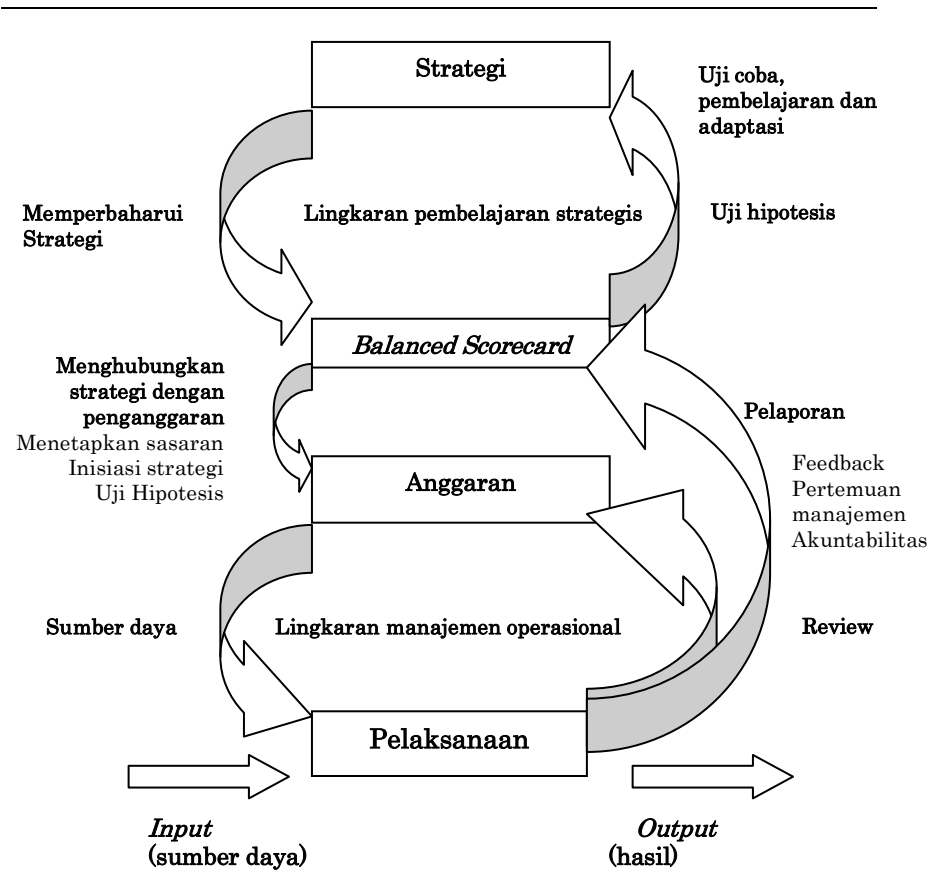
apakah yang membeli untuk keluarganya atau untuk dirinya sendiri? berapa jumlah mereka? bagaimana ciri-ciri mereka? bagaimana kepuasan yang akan mereka dapat dari jasa pelayanan kita. Demikian pula untuk pengguna rumah sakit yang tidak mampu. Pertanyaan pentingnya yaitu dari manakah sumber pembiayaan untuk mereka yang tidak mampu? Siapa yang membayar? Bagaimana minat dan kepuasan yang mereka cari? Bab ini akan membahas perumusan strategi secara umum dan menitik-beratkan pada pengembangan pada strategi bagi para pembeli. Bab berikutnya akan dibahas tentang strategi yang dilakukan bagi mereka yang memberikan subsidi atau membelikan jasa kesehatan bagi orang lain (dana kemanusiaan).

1. Makna Strategi

Setelah menetapkan misi, visi, pedoman nilai dan isu-isu pengembangan, rumah sakit akan menetapkan strategi untuk menjalankan misi dan mencapai visi yang dicita-citakan. Secara logika, perumusan strategi berasal dari diagnosis kelembagaan yang memicu pertanyaan mengenai apa yang akan dilakukan di masa yang akan datang. Diagnosis kelembagaan (Lihat Bab 7) dapat menggunakan berbagai teknik termasuk analisis SWOT yang bersifat kualitatif. Dalam hal ini perlu dicatat bahwa masa depan mengandung ketidakpastian. Dalam konteks ketidakpastian ini, strategi dapat dikatakan sebagai suatu hipotesis mengenai terapi yang diambil dan akan diterapkan. Dengan demikian, sebelum terlaksana, perumusan strategi merupakan sebuah hipotesis yang belum tentu terbukti manfaatnya untuk pencapaian sesuatu. Evaluasi keberhasilan strategi akan dilakukan pada beberapa waktu mendatang setelah strategi dilaksanakan. Oleh karena itu, muncul pertanyaan menarik apakah perlu sebuah rumah sakit menggunakan strategi sebagai suatu hipotesis dalam pengembangan ke depan? Apakah menyusun strategi tidak membuang waktu dan tenaga?

Kaplan dan Norton (2001) menggambarkan strategi sebagai sebuah proses yang berkelanjutan (kontinyu). Dalam proses tersebut terdapat berbagai kegiatan seperti menguji strategi,

mempelajari dan melakukan adaptasi-adaptasi. Dengan adanya proses ini, sebuah rumah sakit yang melakukan perencanaan strategis berarti telah masuk dalam suatu pengembangan lembaga yang bersifat terus-menerus. Dalam istilah populer sering disebut sebagai *learning organization*. Secara lengkap, proses strategi yang bersifat terus-menerus dalam kaitannya dengan penyusunan anggaran adalah seperti terlihat pada Gambar 3.9. berikut.



GAMBAR 3.9.
PROSES STRATEGI BERKAITAN

DENGAN PENYUSUNAN ANGGARAN

Kaplan dan Norton (2001) menyebutkan sebuah istilah yang disebut sebagai *Strategy Focused Organization*. Strategi tersebut terdiri atas tiga hal utama yaitu, (1) menghubungkan strategi dengan penganggaran; (2) mempunyai sistem *feedback*; dan (3) mengandung kegiatan uji kegiatan, belajar, dan beradaptasi. Dengan sistem ini maka para pengelola dapat memonitor kinerja berdasarkan strategi yang ada, bekerja sebagai tim untuk mengartikan data yang ada, mempelajari strategi-strategi baru secara mendalam, mengembangkan strategi-strategi baru, memperbaharui ukuran kinerja, dan merubah anggaran. Sistem *feedback* ini diperlukan untuk menilai apakah strategi yang menjadi hipotesis berhasil atau tidak terutama untuk perbaikan dan peningkatan hasil.

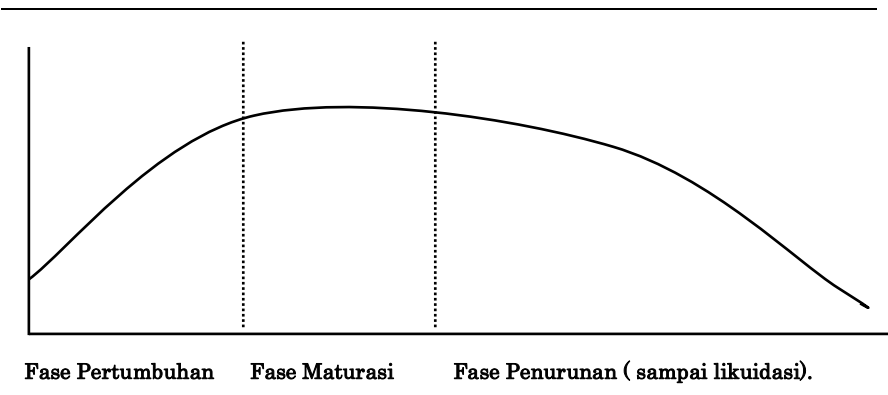
Beberapa buku manajemen menyebutkan tiga jenis perumusan strategi yaitu, (1) *grand strategy* yang umumnya merupakan perumusan tingkat perusahaan, (2) *generic strategy*, umumnya dipergunakan untuk perumusan strategi pada tingkat unit pelayanan atau usaha, dan (3) *functional strategy*, berada dalam konteks strategi fungsi-fungsi manajemen (Truitt, 2002; Kaplan dan Norton, 2002; Ginter dkk, 1998). Strategi dapat ditetapkan pada tingkat rumah sakit, instalasi-instalasi, dan unit-unit pendukung.

2. Strategi Besar (*Grand Strategy*)

Sebuah perusahaan yang mempunyai banyak usaha diharapkan mempunyai strategi besar atau dasar (Truitt, 2002). Strategi dasar ini menunjukkan adaptasi lembaga terhadap lingkungan (Ginter dkk, 1998). Perumusan strategi besar dapat dianalogikan dengan perjalanan sebuah makhluk hidup seperti telah dibahas pada Bab 1. Dalam lingkungan yang baik dan keadaan internal yang kuat, sebuah makhluk hidup dapat tumbuh berkembang dengan baik. Sebaliknya, dalam lingkungan buruk dan keadaan internal lembaga yang lemah, lembaga dapat beradaptasi dengan melakukan

pengurangan kegiatan. Apabila terjadi keadaan yang memburuk dan tidak dapat dipertahankan maka dapat dirumuskan strategi likuidasi. Likuidasi merupakan salah satu strategi untuk menghindari kerugian lebih banyak dan menyelamatkan aset-aset berharga. Secara garis besar, terdapat beberapa alternatif strategi yaitu strategi pertumbuhan, strategi pengurangan kegiatan, strategi berubah haluan hingga strategi likuidasi (menghentikan/ membubarkan organisasi).

Penetapan strategi terkait dengan grafik yang disebut *Product Life Cycle* (Daur Hidup Produk). Grafik ini memiliki sumbu horisontal waktu dan sumbu vertikal akselerasi pertumbuhan. Kurva yang terbentuk adalah kurva normal. Berdasarkan kurva ini produk dibagi menjadi tiga fase yaitu, fase pertumbuhan, fase maturasi, dan fase penurunan yang mengarah ke likuidasi (lihat gambar 3.10).



GAMBAR 3.10.
GRAFIK DAUR HIDUP PRODUK

Siklus lembaga ini berbeda dengan manusia yang mempunyai masa hidup rata-rata 60 tahun. Dalam konteks lembaga atau negara terjadi jangkauan siklus kehidupan yang bervariasi. Terdapat kasus perusahaan atau negara yang hidup dalam jangka relatif pendek misalnya, Koran *Suluh Marhaen*, Toko Roti Oen di Yogyakarta, Pelopor Jogja, atau

Negara seperti Uni Soviet bertahan hidup tidak lebih dari seratus tahun. Sementara itu, ditemukan pula perusahaan atau negara yang bertahan hidup dalam jangka waktu panjang misalnya, Coca-cola, Koran *The New York Times* yang sudah berumur lebih dari seratus tahun. Tentunya juga Kerajaan Byzantium yang mempunyai masa hidup sekitar seribu tahun.

Mengapa ada lembaga yang hidup dalam jangka panjang dan mengapa ada pula lembaga yang hidup relatif pendek. Berbagai ahli sejarah menyatakan bahwa lembaga yang mampu bertahan hidup dalam jangka panjang mempunyai berbagai strategi yang mendorong ke arah pembaharuan-pembaharuan serta menghindarkan dari fase penurunan. Berkaitan dengan hal ini dikenal istilah seperti, *the second wind*. Artinya, tumbuh kembali setelah mengalami fase maturasi. Dalam hal ini strategi-strategi yang dicari merupakan bagian dari proses pembaharuan. Proses pembaharuan ini harus terus-menerus dilakukan oleh sebuah lembaga untuk dapat berkembang. Tanpa proses pembaharuan strategi, lingkungan yang dinamis dapat mematikan organisasi.

Strategi Pertumbuhan

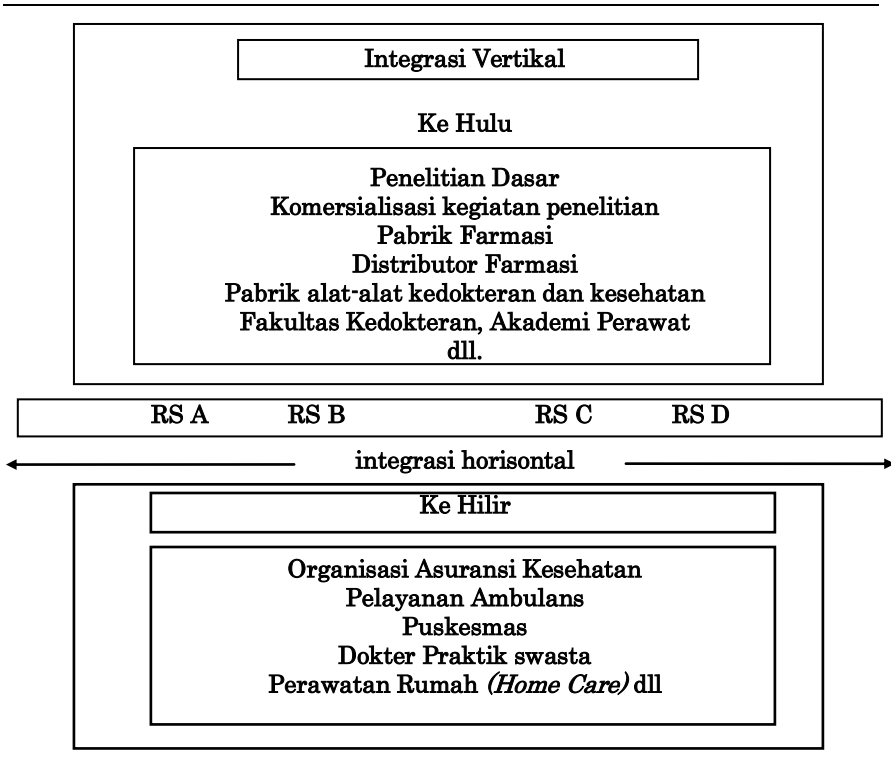
Apabila memungkinkan maka lembaga dapat memilih strategi pertumbuhan. Strategi pertumbuhan ini bermacam-macam antara lain, (1) pertumbuhan dalam kegiatan pelayanan kesehatan, (2) pertumbuhan dengan diversifikasi, (3) pertumbuhan dengan cara aliansi. Dalam aplikasi strategi ini rumah sakit dapat melakukan kegiatan dalam bentuk tunggal berupa pelayanan kesehatan pada lingkungan sekitar rumah sakit. Pola kegiatan tunggal ini bersifat konservatif dengan risiko yang kecil. Kekuatan strategi ini yaitu pada konsentrasi pada satu kegiatan dengan tidak melakukan pengembangan usaha baru yang membutuhkan energi dan berisiko tinggi. Jika isu-isu pengembangan menunjukkan bahwa rumah sakit dapat meningkatkan cakupan pelayanannya ke daerah baru atau kelompok masyarakat baru, maka disebut sebagai pengembangan pasar atau perkembangan perluasan usaha dengan subsidi baru. Contoh, strategi pertumbuhan dengan

tetap pada usaha pelayanan kesehatan seperti pembukaan poli sore, pembukaan pelayanan tumbuh kembang anak, pelayanan *home care*, hingga pelayanan laboratorium.

Konsentrasi pada usaha tunggal memiliki kelemahan apabila terdapat peluang lain tetapi tidak dimanfaatkan. Sebagai contoh, peluang untuk melakukan pengembangan ke pendidikan perawat terbuka tetapi sifat konservatif untuk bertahan pada usaha pelayanan kesehatan saja, membuat pendirian akademi perawat tidak terwujud. Akibatnya, pengembangan pendidikan perawat dilakukan oleh pihak lain. Dengan demikian, hilanglah peluang pengembangan ini. Justru dalam kasus ini pihak lain yang mengambil peluang.

Pertumbuhan dengan Cara Integrasi Vertikal

Beberapa literatur strategi pengembangan perusahaan dikenal istilah yang disebut integrasi vertikal. Istilah integrasi vertikal berasal dari konsep hulu dan hilir seperti yang terdapat pada Gambar 3.11. Integrasi Vertikal berarti bahwa suatu rumah sakit berusaha untuk memenuhi kebutuhan *input*-nya (integrasi ke hulu atau disebut *Backward Integration*) atau memasarkan *output*-nya (integrasi ke hilir atau *Forward Integration*) melalui organisasi yang dimilikinya (Ginter dkk, 1998). Dalam perspektif organisasi pelayanan kesehatan, integrasi ke hilir dapat berupa hubungan-hubungan dengan praktik dokter bersama, fasilitas pelayanan perawatan rumah atau *ambulatory* ataupun dengan kelompok pengelola asuransi kesehatan. Contoh kasus integrasi ke hulu dalam pelayanan kesehatan adalah pendirian akademi perawat. Dalam hal ini umumnya akademi perawat didirikan oleh rumah sakit dalam lingkungan usaha yayasan yang sama. Dengan adanya akademi perawat, maka pasokan tenaga perawat dapat diandalkan. Dengan perencanaan yang matang, rumah sakit tidak akan kehabisan tenaga perawat karena ada jaminan pasokan dari akademi perawat yang dimilikinya.



GAMBAR 3.11.
HUBUNGAN INTEGRASI VERTIKAL DAN HORIZONTAL PADA
SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Kasus lain yaitu pendirian perusahaan farmasi atau Pedagang Besar Farmasi (PBF) dalam lingkup yayasan pemilik rumah sakit. Untuk memberi kepastian pasokan yang bermutu tinggi dengan harga yang relatif rendah, sekelompok rumah sakit dapat membeli atau mendirikan perusahaan farmasi ataupun Pedagang Besar Farmasi. Dengan demikian, terjadi integrasi ke hulu. Dalam hal ini terdapat kejadian sebaliknya yaitu beberapa rumah sakit di Jakarta ternyata justru didirikan oleh perusahaan farmasi yang melakukan integrasi vertikal ke hilir.

Contoh kasus integrasi ke hilir yaitu rumah sakit yang mempunyai perusahaan asuransi atau Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Pada dekade 1990-an RS St Carolus mengembangkan program JPKM. Program ini berintikan suatu cara pembiayaan pemeliharaan kesehatan secara praupaya (*prepaid health care*). Program ini diupayakan untuk membantu mengatasi masalah ketidakmampuan finansial (biaya) masyarakat secara perseorangan dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Program tersebut adalah “Program Jaminan Peneliharaan Kesehatan Masyarakat St. Carolus” (PJPK St. Carolus). Program ini ditawarkan kepada masyarakat dengan tujuan agar para peserta mendapatkan pelayanan kesehatan dengan cara yang mudah dan cepat, memberikan rasa aman kepada para peserta dalam menghadapi permasalahan kesehatan yang semakin kompleks, adanya kepastian biaya untuk pelayanan kesehatan yang dapat terjadi sewaktu-waktu jatuh sakit dalam arti biaya tidak lagi menjadi beban yang berat, apabila memerlukan perawatan tinggal di rumah sakit tidak perlu khawatir tentang tempat dan tidak perlu surat jaminan atau uang muka.

Rumah sakit yang menggunakan strategi integrasi vertikal biasanya memiliki keinginan untuk memperkuat posisi dalam persaingan usaha pelayanan kesehatannya. Melalui integrasi vertikal ini, rumah sakit dapat memperoleh nilai tambah dalam beberapa segi yaitu pengurangan biaya operasional, jaminan akan kualitas produk/jasa pelayanan, dan ketepatan teknologi pelayanan kesehatan yang dipergunakan. Kerugian yang muncul dari strategi ini adalah adanya biaya koordinasi, adanya perubahan teknologi yang memaksa perubahan besar di seluruh segmen kegiatan, dan ketidakpastian *demand*. Biaya koordinasi merupakan hal yang tidak dapat dihilangkan. Sebagai contoh, penempatan perawat siswa akademi perawat sangat perlu dikoordinasikan dengan sistem jaga perawat di rumah sakit. Tanpa sistem koordinasi yang baik (membutuhkan biaya) maka penempatan perawat siswa justru akan mengganggu mutu pelayanan perawat di rumah sakit. Ketidakpastian *demand* dan masalah koordinasi

merupakan hal negatif yang perlu diperhatikan. Sebagai gambaran *demand* untuk menjadi peserta asuransi/ JPKM ternyata belum besar. Kegagalan usaha asuransi kesehatan akibat *demand* yang kecil dapat mempengaruhi kinerja rumah sakit.

Pertumbuhan secara Integrasi Horisontal

Integrasi horisontal atau disebut juga lateral terjadi ketika rumah sakit-rumah sakit membentuk jaringan. Manfaat jaringan yaitu mengambil keuntungan dari sumber daya yang dikumpulkan sehingga dapat meningkatkan kekuatan dan kemampuan tiap anggotanya untuk meningkatkan kinerja seluruh jaringan. Integrasi lateral ini sering disebut sebagai *chain hospital (multihospital system)*, seperti jaringan RS Gleneagles, RS Mitra Keluarga, ataupun RS Bunda. Perkembangan rumah sakit berupa jaringan terjadi dengan cepat di Amerika Serikat. Antara tahun 1975 sampai dengan tahun 1982 terjadi pertumbuhan dari angka 22% menjadi angka 33% dari seluruh rumah sakit di Amerika Serikat berafiliasi dalam jaringan yang bersifat nasional (Mueller,1993). Dalam proses ini terjadi berbagai kejadian seperti *merger* atau pembelian rumah sakit oleh jaringan rumah sakit. Pola jaringan memang telah umum terjadi pada sektor jasa pelayanan seperti perhotelan, supermarket, hingga ke apotek.

Pertumbuhan Diversifikasi

Dalam strategi pertumbuhan rumah sakit mungkin berusaha memanfaatkan “kelebihan sumber daya” pada bidang usaha di luar pelayanan kesehatan. Pengembangan-pengembangan tersebut dalam istilah usaha disebut sebagai diversifikasi. Berdasarkan keterkaitan dengan usaha lama rumah sakit, diversifikasi sebagai suatu strategi dapat dibagi dalam dua bentuk yaitu, *Related Diversification* dan *Unrelated Diversification*.

Related Diversification adalah diversifikasi pada aktivitas bisnis baru yang terkait dengan satu atau lebih aktivitas bisnis rumah sakit pada saat ini (Ginter, 1998). Pada umumnya keterkaitan itu didasarkan pada penggunaan teknologi pelayanan rumah sakit, pemasaran, dan bahan-bahan pendukung. Sebagai gambaran, sebuah rumah sakit yang membuat hotel untuk tempat para anggota keluarga yang menginap. Hotel ini berdiri terpisah sehingga dapat menerima tamu yang tidak terkait dengan rumah sakit. Berbagai usaha diversifikasi dapat dilakukan.

Unrelated Diversification adalah diversifikasi aktivitas-aktivitas bisnis baru yang tidak ada hubungannya sama sekali dengan aktivitas bisnis yang dilakukan oleh rumah sakit pada saat ini. Sebagai contoh, kelebihan *cash flow* rumah sakit ditanam pada pasar modal atau perdagangan valuta asing. Patut dicermati bahwa diversifikasi yang tidak berhubungan ini mempunyai risiko. Terdapat usaha berisiko tinggi seperti perdagangan valuta asing dan saham.

Rumah sakit mempertimbangkan strategi diversifikasi apabila telah terjadi kelebihan sumber daya dan berkeinginan untuk mempertahankan keunggulan kompetitif dalam bisnis utamanya. Untuk menentukan apakah rumah sakit memilih strategi *Related Diversification* atau *Unrelated Diversification*, salah satu cara yang dapat digunakan adalah menghitung biaya birokrasi dan kerumitan pengelolaan yang akan terjadi. Dengan membandingkan biaya birokratis dan kerumitan pengelolaan akan dapat ditentukan strategi mana yang lebih baik. Biaya birokrasi dan kesulitan pengelolaan dipengaruhi oleh berbagai faktor antara lain, jumlah dan jenis kegiatan yang dilakukan rumah sakit dan tingkat koordinasi yang diperlukan untuk menjalankan strategi diversifikasi. Beberapa ahli mempercayai bahwa strategi diversifikasi itu memiliki batas, artinya bahwa pada tingkat tertentu kegiatan yang dilakukan rumah sakit perlu dibatasi agar strategi itu membawa dampak positif bagi rumah sakit.

Pertumbuhan dengan Aliansi Strategis

Dalam perkembangannya, sebuah rumah sakit dapat tumbuh melalui aliansi strategis. Aliansi strategis dapat diartikan sebagai perjanjian antara dua atau lebih rumah sakit atau lembaga pelayanan kesehatan lain untuk berbagi biaya, resiko, dan keuntungan dalam pengembangan usaha. Aliansi strategis ini dapat diwujudkan dalam bentuk *joint venture* atau kontrak jangka panjang. Dasar aliansi yaitu memperoleh keunggulan kompetitif, meningkatkan kemampuan-kemampuan utama, meningkatkan inovasi, dan memperbesar fleksibilitas untuk merespon perubahan-perubahan pasar dan teknologi. Aliansi juga dapat menyebabkan para mitra memperkuat posisi dan peran dengan cara mengambil kekuatan-kekuatan pada aspek-aspek produksi, pemasaran, distribusi, dan kemampuan teknologi. Mengapa diperlukan aliansi?

Aliansi dirancang untuk mendapatkan hasil strategis yang tidak mungkin diraih apabila dikerjakan oleh satu organisasi saja. Dalam melakukan aliansi ini sistem berusaha untuk luwes dan responsif dengan perubahan keadaan tanpa harus meninggalkan identitas organisasinya. Aliansi ditujukan untuk mencapai tujuan dengan lebih tajam dan bertumpu pada kekuatan-kekuatan yang saling melengkapi serta dimiliki oleh mitra-mitra kerja aliansi.

Contoh aliansi strategis adalah hubungan antara fakultas kedokteran dengan rumah sakit pendidikan. Keuntungan yang diperoleh antara lain, kesempatan mempelajari dan mengembangkan kemampuan baru dalam pengembangan pelayanan medik, memperoleh sumber daya termasuk spesialis, menanggung risiko secara bersama, menanggung biaya produksi dan pengembangan teknologi baru secara bersama, meningkatkan pengaruh secara bersama di dalam pasar rumah sakit, akses ke pasar baru, meningkatkan kemampuan untuk mengelola ketidakpastian dan memecahkan masalah rumit, memperoleh sinergi dan dukungan yang saling menguntungkan, dapat merespon secara cepat kebutuhan-kebutuhan pasar dan kesempatan, pengembangan teknologi, serta memperkuat posisi dalam persaingan .

Namun, setiap aliansi pasti mempunyai kerugian. Pada kasus aliansi antara fakultas kedokteran dengan rumah sakit pendidikan kerugian tersebut antara lain, rumah sakit dan fakultas kedokteran saling kehilangan sumber daya, kehilangan otonomi dan pengendalian, kehilangan stabilitas dan kepastian, konflik mengenai tujuan, cara, dan bidang yang dikerjakan antara FK dengan RS pendidikan, keterlambatan pemecahan masalah akibat problem-problem koordinasi dan berbagai regulasi yang membatasi.

Jenis-jenis Aliansi Strategis di Rumah Sakit dan Pelayanan Kesehatan

Seperti halnya perluasan usaha rumah sakit ke hulu dan ke hilir, sistem pelayanan kesehatan aliansi dapat digolongkan menjadi dua jenis. Pertama, disebut sebagai *aliansi lateral* yaitu berbagai jenis organisasi yang serupa berkumpul bersama untuk memperoleh keuntungan seperti, *economies of scale*, meningkatkan akses pada sumber daya yang langka, dan meningkatkan kekuatan bersama. Contoh aliansi jenis ini adalah jaringan organisasi pelayanan kesehatan keagamaan seperti YAKKUM, Mukisi (Islam) ataupun mungkin jaringan RSUD di suatu wilayah geografis/ administratif (provinsi). Aliansi ini mengambil keuntungan dari sumber daya yang dikumpulkan sehingga dapat meningkatkan kekuatan dan kemampuan tiap anggotanya meningkatkan kinerja seluruh jaringan. Area integrasi aliansi ini bervariasi misalnya, pembelian bersama, *sharing* informasi dan pendidikan pelatihan, melakukan promosi bersama, hingga masalah manajemen sumber daya manusia.

Jenis aliansi kedua yaitu *aliansi integratif* yaitu organisasi-organisasi pelayanan kesehatan bekerja bersama dengan tujuan terutama untuk memperkuat posisi pasar dan meningkatkan keunggulan kompetitif. Aliansi ini sering disebut sebagai aliansi *stakeholders*, yang menghubungkan pembeli-pembeli, pemasok-pemasok dan bahkan menghubungkan sampai ke pasien. Dengan demikian, aliansi jenis ini mengarah

pada sistem yang memiliki struktur integrasi vertikal sebagaimana telah dibahas sebelumnya.

Strategi pertumbuhan mungkin didanai oleh pasien yang membeli atau dana-dana subsidi dan kemanusiaan. Manajer rumah sakit perlu untuk mengidentifikasi secara ringkas berbagai kemungkinan ini. Matriks berikut menunjukkan kemungkinan pertumbuhan dan sumber daya yang ada.

	Produk Lama	Produk Baru
Pembeli Lama	Rumah sakit mengembangkan produk lama dengan meningkatkan volume kegiatan untuk pembeli lama	Rumah sakit mengembangkan produk baru yang untuk pembeli lama
Pemberi dana kemanusiaan dan subsidi lama	Rumah sakit mengembangkan produk lama dengan dukungan subsidi lama yang ditingkatkan	Rumah sakit mengembangkan produk baru dengan dukungan sumber subsidi dan dana kemanusiaan lama
Pembeli Baru	Rumah sakit mengembangkan produk lama untuk pembeli baru	Rumah sakit mengembangkan produk baru yang untuk pembeli baru
Pemberi dana kemanusiaan dan subsidi baru	Rumah sakit mengembangkan produk lama dengan dukungan sumber subsidi dana dana kemanusiaan baru	Rumah sakit mengembangkan produk baru dengan dukungan sumber subsidi dan dana kemanusiaan baru

Strategi Pengurangan Kegiatan

Ada kemungkinan rumah sakit mengurangi sebagian usahanya karena perubahan lingkungan. Kasus RS Mata Dr. Yap Yogyakarta menunjukkan strategi pengurangan kegiatan pada instalasi rawat inap tetapi berusaha meningkatkan kegiatan pada pelayanan rawat jalan. Strategi pengurangan kegiatan rawat inap dengan pengurangan jumlah tempat tidur dilakukan karena tekanan eksternal berupa kemajuan teknologi perawatan mata. Kasus-kasus operasi mata yang

membutuhkan waktu lama untuk perawatan di bangsal berhasil diturunkan waktunya. Akibatnya, *Bed Occupation Rate* (BOR) instalasi rawat inap mengalami penurunan. Akibatnya lebih lanjut kamar-kamar di bangsal banyak yang kosong. Keadaan seperti ini dapat dilakukan strategi pengurangan kegiatan berupa menutup kamar-kamar yang tidak terpakai. Dampak dari strategi pengurangan kegiatan dapat terjadi pada aspek sumber daya manusia, fasilitas fisik dan ruangan, serta proses kegiatan sehari-hari. Oleh karena itu, implikasi pengurangan kegiatan perlu disiapkan berbagai hal, termasuk pengalihan tugas karyawan, pengalihan fungsi bangsal misalnya dijadikan hotel untuk penunggu pasien.

Strategi Berubah Haluan hingga Strategi Likuidasi (menghentikan/membubarkan organisasi).

Integrasi vertikal dan diversifikasi adalah strategi-strategi yang digunakan dalam pertumbuhan. Meskipun demikian, terdapat kemungkinan terjadi hal sebaliknya yaitu kinerja rumah sakit terus-menerus turun. Kinerja yang menurun mungkin disebabkan oleh faktor luar yang tidak dapat ditolak oleh rumah sakit, atau faktor ketidakberesan manajemen. Beberapa faktor yang potensial sebagai penyebab kemunduran kinerja suatu rumah sakit adalah manajemen yang tidak baik, ekspansi yang berlebihan, pengendalian finansial yang kurang tepat, biaya tinggi, kompetisi, perubahan epidemiologi dan demografi, serta perubahan selera masyarakat.

Sebagai gambaran kasus kusta yang harus ditangani oleh RS Khusus Kusta menurun. RS Khusus Kusta mempunyai misi memberantas penyakit kusta. Apabila misi tersebut berhasil dilaksanakan maka secara logika RS Khusus Kusta tentu tidak diperlukan kembali. Secara analogi, RS Khusus Kusta mempunyai misi yang mirip seperti penerbang *kamikaze* Jepang pada saat Perang Dunia II. Bahwa keberhasilan misi justru identik dengan kematian penerbangnya. Dalam hal ini RS Khusus Kusta harus memikirkan pergantian haluan menjadi RS Umum dengan unggulan rekonstruksi atau fisioterapi. Contoh lain, strategi berubah haluan

adalah perubahan RS Jiwa menjadi RS Umum seperti yang dilakukan oleh RS Jiwa Bogor.

3. Strategi Generik untuk Unit-Unit Pelayanan

Dalam tingkat unit pelayanan, misalnya bangsal VIP, poliklinik, laboratorium, dibutuhkan strategi agar pengguna tertarik. Strategi ini disebut strategi generik. Mengapa strategi generik dibutuhkan? Dalam konsep rumah sakit sebagai lembaga usaha, instalasi-instalasi dapat disebut sebagai unit pelayanan strategis. Sebuah daerah yang mempunyai banyak rumah sakit, unit-unit pelayanan rumah sakit bersaing dengan unit sejenis ataupun pelayanan subsidi. Di Indonesia data menunjukkan bahwa 71% sumber pembiayaan kesehatan berasal dari kantong pasien. Dengan demikian, secara *de facto* masyarakat merupakan pengguna pelayanan kesehatan yang dapat memilih. Oleh karena itu, konsep lembaga usaha menyatakan bahwa perlu dibuat strategi di unit-unit pelayanan rumah sakit yang langsung memberi jasa pada masyarakat. Strategi di unit pelayanan merupakan faktor pelekak yang diharapkan menarik para pengguna jasa untuk membeli bagi dirinya sendiri atau membelikan bagi orang lain jasa tersebut. Faktor pelekak ini tentunya berbeda-beda, tergantung pada segmen pasar yang diarah (Ginter dkk, 1998; Studin, 1995). Strategi-strategi ini dapat dipergunakan rumah sakit *profit oriented* maupun yang *nonprofit oriented*. Strategi rumah sakit *nonprofit* pada instalasi diperlukan pula untuk menarik pemberi subsidi. Ada tiga alternatif strategi generik menurut Porter (1985) yaitu, *Cost leadership*, *Differentiation*, dan *Focus*. Ketiga strategi tersebut dapat dipergunakan di rumah sakit, khususnya di unit-unit usaha (Hlavacka dkk, 2001; Autry dan Thomas, 1986).

Strategi Generik 1. *Cost Leadership Strategy* (CLS)

Instalasi atau unit usaha yang menggunakan strategi CLS atau *low cost strategy* ini akan berupaya semaksimal mungkin mengungguli pesaing melalui pemberian jasa pelayanan yang lebih murah dari rumah sakit lain. Namun, mutunya sama atau lebih baik. Strategi ini penting pula untuk menarik pemberi donor. Strategi ini memberikan keuntungan karena jika terjadi kesepakatan tarif untuk suatu pelayanan rumah sakit, rumah sakit yang mampu beroperasi dengan biaya yang lebih rendah akan mendapatkan keuntungan yang lebih tinggi. Di samping itu, apabila pengguna rumah sakit merupakan kelompok yang sensitif (sangat terpengaruh) dengan tarif maka hanya rumah sakit yang mampu beroperasi pada tingkat biaya yang lebih rendah dengan mutu yang minimal sama akan digunakan oleh kelompok ini. Pemberi subsidi rumah sakit juga menginginkan biaya pelayanan rendah dengan mutu yang tinggi sehingga subsidi dapat dimanfaatkan oleh lebih banyak pasien. Rumah sakit yang mampu menerapkan strategi ini disebut sebagai *cost leader*.

Untuk dapat menjadi rumah sakit *cost leader*, secara umum dapat dilakukan beberapa hal. Pertama, unit usaha rumah sakit tidak terlalu berlebihan dalam memberikan pelayanan di luar medis. Strategi ini diharapkan tidak memerlukan biaya yang tinggi. Sebagai contoh dalam pelayanan bangsal VIP, RS tidak perlu menyediakan televisi ukuran 35 inci tetapi cukup televisi ukuran 17 inci. Hal ini disebabkan oleh perbedaan harga televisi tersebut serta pemakaian listriknya.

Dengan demikian, unit usaha rumah sakit dengan strategi *lower cost* ini tidak terlalu memperhatikan adanya kelompok konsumen yang ingin mendapatkan pelayanan berbeda. Walaupun mungkin terdapat kelompok konsumen yang tidak dapat dipuaskan, tetapi tarif lebih rendah dengan mutu klinik yang sama akan menempatkan unit usaha rumah sakit ini pada posisi baik untuk mendapatkan konsumen yang menginginkan pelayanan bermutu dengan biaya relative murah. Strategi ini merupakan faktor pelekat untuk pengguna yang terpengaruh oleh biaya.

Kedua, kemampuan produksi pelayanan suatu rumah sakit sangat penting dalam mendukung strategi *low cost*. Dalam hal ini kemampuan proses produksi berupa *learning curve* yang baik, manajemen yang memadai terutama sistem pengelolaan keuangan, dan penggunaan sumber daya manusia yang sesuai. Tanpa dukungan kondisi seperti tersebut diatas, strategi *low cost* yang dikembangkan oleh rumah sakit akan sulit dijalankan dengan baik.

Terdapat beberapa keunggulan dan kelemahan strategi ini. Keunggulan CLS antara lain, melindungi unit usaha rumah sakit dari pesaing potensial karena keunggulan efisiensi biaya yang dimiliki. Kedua, strategi CLS ini dapat digunakan untuk menahan masuknya produk substitusi. Apabila produk substitusi masuk ke pasar yang sama, rumah sakit yang menggunakan CLS mampu menciptakan *barrier of entry* dengan menurunkan harga di bawah harga produk substitusi. Kelemahannya adalah kemajuan teknologi akan mengakibatkan rumah sakit pesaing mungkin mampu menyusun sistem baru yang mengarah pada *low cost* dan dapat menandingi rumah sakit yang sebelumnya sebagai *cost leader*. Kelemahan kedua yaitu strategi yang diterapkan tidak menarik bagi pasien yang berasal dari golongan mampu.

Strategi Generik 2. *Differentiation Strategy (DS)*

Tujuan utama strategi diferensiasi adalah meraih keunggulan kompetitif melalui penciptaan produk atau jasa yang unik dalam berbagai bentuk pilihan. Pada dasarnya terdapat beberapa cara dalam penggunaan strategi diferensiasi yaitu, pertama, rumah sakit melakukan strategi diferensiasi berdasarkan produk jasa yang ditawarkan. Contoh adalah, sebuah rumah sakit memiliki pelayanan bedah jantung yang tidak terdapat pada rumah sakit lain. Kedua, diferensiasi dapat dilakukan berdasarkan pelayanan nonmedik. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit memberikan pelayanan makanan yang berasal dari restoran untuk pasien-pasien rawat inap. Ketiga, rumah sakit dapat melakukan diferensiasi berdasarkan kondisi psikologis konsumen seperti status, privasi, atau yang

lainnya. Sebagai contoh, bangsal VIP sebuah rumah sakit memberikan fasilitas berupa ruang rapat kecil untuk para eksekutif yang istirahat di rumah sakit tetapi masih hendak melakukan aktivitas rapat.

Apabila keadaan lingkungan memungkinkan, rumah sakit sebaiknya berusaha melakukan diferensiasi unit pelayanan dari berbagai segi. Hal ini membawa berbagai keuntungan bagi rumah sakit. Pertama, akan tercipta loyalitas konsumen terhadap rumah sakit. Hal ini berarti rumah sakit dapat menciptakan suatu *entry barriers*. Keuntungan kedua, apabila terdapat proses produksi yang dapat meningkatkan biaya produksi, harga dapat dinaikkan tanpa harus takut kehilangan pasien. Kelemahan utama strategi diferensiasi adalah kemampuan rumah sakit untuk terus-menerus mempertahankan keunikannya karena adanya perubahan kondisi konsumen. Hal ini disebabkan oleh perkembangan teknologi yang memungkinkan rumah sakit lain atau pesaing untuk melakukan peniruan produk pelayanan.

Strategi Generik 3. *Strategy Focus*

Unit-unit pelayanan rumah sakit dapat diarahkan untuk melayani masyarakat dengan fokus tertentu. Sebagai contoh, sebuah rumah sakit umum yang mempunyai fokus pelayanan untuk orang tua atau lanjut usia. Dengan strategi ini, dikembangkan instalasi rawat inap yang secara fisik cocok untuk golongan orang tua. Instalasi rawat jalan dikembangkan pelayanan *home care* bagi orang-orang tua. Dengan pengembangan ini maka terjadi suatu citra bahwa unit-unit usaha rumah sakit ini sangat memperhatikan kaum tua atau orang-orang tua. Pemilihan strategi ini dapat dikombinasikan dengan *cost leadership* atau diferensiasi. Manfaat yang dapat diambil dari strategi ini adalah melindungi diri dari ancaman pesaing, pemasok yang kuat, para pesaing baru yang akan masuk, hingga pada produk substitusi. Contoh lain strategi fokus, sebuah rumah sakit umum yang unit-unit pelayanannya berfokus pada kesehatan wanita. Rumah sakit ini ingin

memberikan citra sebagai pelayanan kesehatan untuk para wanita.

Dalam menentukan strategi pada instalasi dan unit pelayanan, rumah sakit dapat memilih salah satu di antara ketiga strategi diatas sesuai dengan situasi setiap instalasi. Kemungkinan bangsal VIP menggunakan strategi diferensiasi, sementara bangsal Kelas I menggunakan strategi *cost leadership*. Memang sebagian pendapat menyatakan bahwa strategi *cost leadership* tidak dapat dilakukan bersama dengan strategi diferensiasi. Namun, ciri rumah sakit yang mempunyai banyak usaha memungkinkan sebuah instalasi menggunakan strategi diferensi (biasanya bangsal VIP) dan berbagai instalasi yang menggunakan strategi *cost leadership*.

4. Strategi Fungsional di Unit Pendukung

Setelah menetapkan strategi besar dan strategi pada unit pelayanan, suatu pertanyaan muncul yaitu bagaimana dengan strategi dalam fungsi-fungsi manajemen untuk mewujudkan visi dan melaksanakan misi rumah sakit? Dalam perumusan strategi, selain pada tingkat rumah sakit dan instalasi sebagai unit pelayanan, peranan unit-unit pendukung dalam perumusan strategi merupakan hal penting. Unit-unit pendukung tersebut antara lain, keuangan, sumber daya manusia, klinik dan keperawatan, sistem informasi, serta pemasaran. Strategi unit pendukung ini penting karena berbagai kegiatan dalam unit pelayanan merupakan hasil dari kegiatan unit pendukung. Tantangan menyusun strategi fungsional yaitu bagaimana strategi yang diambil agar sumber daya manusia menjadi lebih termotivasi dan siap bekerja? Bagaimana agar terjadi proses kegiatan yang lebih efisien dengan cara menghilangkan pelayanan yang tidak berguna? Bagaimana agar para pengguna yang membeli puas? Bagaimana agar pemberi subsidi terwujud? Bagaimana agar pemberi dana kemanusiaan yang menyumbang terwujud dan puas? Bagaimana agar kesehatan keuangan dan misi dapat terlaksana? Apa indikatornya?

Untuk memahami strategi unit pendukung dapat dilihat pada kasus strategi pertumbuhan rumah sakit pendidikan. Strategi tersebut dilakukan dengan membuka produk baru poli sore dan strategi pertumbuhan *Unit Stroke* dengan membuka produk baru *home care*.

Kasus

Berdasarkan hasil diagnosis kelembagaan (SWOT dan isu-isu pengembangan) dalam rencana strategis, sebuah rumah sakit pendidikan mempunyai strategi pertumbuhan dengan berbagai produk baru. Salah satu produk baru yaitu membuka poli sore hari dengan pertimbangan bahwa ada permintaan akan pelayanan ini. Pasien berharap dapat memeriksakan diri ke poli sore rumah sakit agar lebih praktis untuk membeli obat, periksa laboratorium, *X-ray*, dan lain-lain. Di samping itu, ruangan poliklinik telah diperbaiki dengan hibah dari sebuah yayasan dan dilengkapi dengan peralatan baru. Dipandang dari sudut rumah sakit secara keseluruhan, rencana ini merupakan strategi pertumbuhan dengan perluasan pasar khususnya rawat jalan. Dipandang dari instalasi rawat jalan pembukaan poli sore menggunakan strategi *cost leadership* yaitu tarif direncanakan sama dengan rumah sakit swasta ataupun dokter praktik swasta tetapi dengan harapan mutunya lebih baik karena peralatan lebih lengkap. Menjadi catatan bahwa selama ini sistem operasional rawat jalan hanya berjalan pada saat jam dinas antara pukul 08.00 sampai dengan pukul 13.00. Para dokter senior, umumnya mereka adalah dosen Fakultas Kedokteran setelah pukul 14.00 praktis sudah tidak berada di rumah sakit.

Strategi pertumbuhan dengan peningkatan rawat jalan merupakan hipotesis karena baru pertama kali dilakukan di rumah sakit pemerintah, sedangkan rumah sakit swasta telah lama melakukan hal ini. Poli sore juga telah dilakukan rumah sakit-rumah sakit di luar negeri. Sebagai hipotesis terdapat kemungkinan strategi ini tidak berjalan. Indikator yang dipakai untuk mengevaluasi poli sore adalah peningkatan

cakupan pasien, peningkatan kepuasan pasien, peningkatan kepuasan staf, peningkatan efisiensi penggunaan ruangan dan peralatan.

Pembukaan poli sore merupakan produk baru yang rumit perencanaan dan pelaksanaannya. Pelaksanaan strategi ini tidak hanya oleh unit pelayanan atau kegiatan direksi, tetapi juga dilakukan oleh berbagai unit pendukung dan unit pelayanan lain. Untuk mendukung strategi pertumbuhan poli sore hari ini berbagai strategi berbasis fungsi-fungsi manajemen dalam unit pendukung perlu dirumuskan. Dari penetapan strategi fungsional ini akan dilakukan perencanaan program dan penyusunan anggaran. Terdapat berbagai unit pendukung dan unit pelayanan lain yang terlibat antara lain, staf medik fungsional dan keperawatan, bagian keuangan, bagian instalasi fisik dan fasilitas rumah sakit, serta bagian rekam medik.

Strategi yang ditempuh sub-sistem medis fungsional adalah meningkatkan efisiensi fungsi operasional klinik untuk mendukung pembukaan rawat jalan. Strategi ini penting dalam usaha meningkatkan indikator mutu proses pelayanan pada instalasi rawat jalan. Program-programnya meliputi:

- Pengembangan konsep *full timer* dan *part timer* untuk dokter senior. Dokter senior diharapkan bersedia praktik di poli sore karena peralatan yang tersedia di poli sore dan di rumah sakit pendidikan dapat menjadi peralatan rujukan dokter umum atau spesialis lain. Dalam hal ini diharapkan predikat konsultan yang disandang para spesialis senior akan berfungsi juga dalam pelayanan rawat jalan. Program ini mempunyai cadangan apabila para senior sulit memindahkan tempat praktiknya dokter spesialis muda yang mau berpraktik sore telah tersedia.
- Mengatur jadwal perawat yang bertugas di poli sore.
- Mengembangkan sistem operasional sehingga dokter dapat bekerja dari pagi hingga sore untuk pelayanan, pendidikan, dan penelitian dengan baik.

Strategi keuangan, dilakukan dengan mengubah sistem insentif untuk memberikan nilai tambah bagi para staf rumah sakit yang bekerja sampai sore hari. Strategi fungsi keuangan ini penting dalam rangka meningkatkan indikator kepuasan staf, termasuk dokter dan perawat yang bekerja di poli sore. Strategi Fungsi Pemasaran, dilakukan dengan mengadakan kampanye mengenai poli sore kepada masyarakat. Indikator yang menjadi acuan adalah peningkatan penggunaan instalasi rawat jalan.

Strategi Fungsi Rumah Tangga, dilakukan dengan mendukung pembukaan poli sore dengan berbagai kegiatan. Nilai yang diperhatikan dalam strategi pada fungsi rumah tangga ini untuk meningkatkan kepuasan pengguna rumah sakit dan staf karyawan. Program yang dikerjakan antara lain memberikan fasilitas antara lain, ruang kerja tersendiri khusus untuk satu orang dokter senior yang bekerja *full timer* sampai sore, memberikan lampu penerangan baru agar pasien lebih senang. Bagian administrasi mengembangkan sistem pendaftaran cepat, termasuk melalui telepon. Bagian Rekam Medik akan mengembangkan pelayanan sore hari untuk rawat jalan. Untuk merencanakan berbagai strategi fungsional dan program secara baik, dibutuhkan rencana usaha (*business plan*) bagi pembukaan poli sore ini.

Sebagai hipotesis, beberapa faktor kegagalan strategi pertumbuhan dengan produk baru pembukaan poli sore hari antara lain, keengganan untuk berubah pada kalangan spesialis dan perawat, birokrasi yang sulit diubah, dan masyarakat yang tidak siap dengan perubahan.

Kasus: Strategi Pengembangan *Home Care*

Pada sebuah rumah sakit, keluarga seorang pasien penderita *stroke* mengeluh karena setelah pasien dibolehkan pulang dan dirawat di rumah ternyata mengalami kesulitan karena harus mempersiapkan dan menyediakan banyak hal. Sebagai gambaran, keluarga pasien harus menyiapkan fasilitas fisik di rumah seperti ruang perawatan di rumah, *wash tafel*, strimin jendela, meja obat-obatan. Di samping itu, juga harus

disediakan perlengkapan seperti, ranjang khusus, selimut khusus, oksigen, alat penyedot dan berbagai keperluannya, masker dan sarung tangan, *oxygen tray*, set NGT, set infus, set kateter urin, tensimeter, pengukur temperatur, stetoskop, obat-obatan dan bahan habis pakai, susu, alkohol 70%, minyak zaitun, bahan makanan *blender*, hingga obat-obatan resep.

Kesulitan terbesar adalah mencari sumber daya manusia untuk perawatan di rumah yang mencakup perawat atau pramurukti yang bekerja *shift*, fisioterapis, perawat khusus luka, hingga dokter yang mengunjungi.

Menariknya kebutuhan barang-barang dan jasa tersebut dipasok dari staf rumah sakit secara terpisah-pisah. Bahkan seorang perawat di rumah sakit tersebut menjadi koordinator penyediaan berbagai alat tersebut. Perawat tersebut memberikan jasa berupa penjualan ranjang pasien dengan harga *discount* dari pabrik, penyewaan berbagai alat medik, hingga pengadaan tenaga perawat. Dengan demikian pengurusan perawatan di rumah (*home care*) belum diwujudkan sebagai produk pelayanan rumah sakit, namun lebih sebagai pekerjaan sambilan staf rumah sakit.

Keluarga pasien tersebut berharap rumah sakit akan menyediakan paket ini. Sebenarnya sangat menyenangkan kalau rumah sakit mempunyai bagian yang mengurus pasien-pasien yang harus mendapat *home care*. Dengan adanya kelompok kerja ini maka keluarga pasien berhubungan dengan manajer rumah sakit dan mempersiapkan paket perawatan di rumah secara menyeluruh. Hal ini dapat menghemat pengeluaran dan keluarga pasien tidak terlalu berat menyiapkan segala sesuatunya.

Direktur rumah sakit mempertimbangkan keluhan pasien ini. Konsekuensinya direktur harus memberitahu *Unit Stroke* agar mencoba mengembangkan produk kegiatan *Unit Stroke* dengan perawat rumah. Kemungkinan lain, rumah sakit membentuk unit pelayanan baru *home care*. Keuntungan yang didapat rumah sakit dari pengembangan baru ini adalah pelayanan di rumah sakit tidak terputus dengan pelayanan di rumah sehingga mutu pelayanan akan meningkat. Keluarga

pasien akan terbantu sehingga citra rumah sakit akan semakin baik bahkan dapat menghasilkan pemasukan untuk rumah sakit. Untuk pembahasan masalah ini diperlukan rapat pengembangan. Pada saat bersamaan rumah sakit kebetulan akan *me-review* rencana strategis yang lama sehingga kemungkinan pengembangan produk baru *home care* akan menjadi agenda.

Andaikata instalasi baru *home care* terwujud, pasti membutuhkan dukungan dari instalasi lain sebagai Bagian pendukung. SMF dan staf keperawatan. Jenis kebutuhan dapat dibagi dalam kelompok besar seperti berikut ini: (1) fasilitas fisik, peralatan kedokteran di rumah pasien dan sanitasi/proses *asepsis*: Urusan Instalasi Peralatan Rumah sakit; (2) Obat-obatan: Apotek; (3) Laboratorium; (4) Makanan; (5) Sumber daya manusia untuk perawatan; dan (6) Dokter *home care*.

Pada intinya sistem pendukung mempunyai strategi dan program agar strategi unit-unit pelayanan dapat terwujud. Secara umum strategi unit-unit pendukung perlu selaras dengan strategi pada instalasi atau tingkat rumah sakit secara keseluruhan. Sebagai gambaran, apabila unit-unit pelayanan usaha berusaha memberikan pelayanan termurah dengan mutu yang baik maka bagian keuangan harus mampu menyusun sistem keuangan yang dapat mendeteksi kebocoran-kebocoran atau ketidakefisienan dalam proses pelayanan instalasi. Untuk mendukung pencarian dana-dana kemanusiaan, bagian keuangan harus mampu memberikan informasi mengenai berapa biaya yang dibutuhkan untuk membiayai pasien keluarga miskin. Untuk memuaskan nilai staf maka bagian keuangan diharapkan mampu memberikan catatan jasa medik secara cepat dan dapat diambil dengan cepat.

Apabila rumah sakit menggunakan strategi pertumbuhan dengan berbagai macam produk baru maka fungsi pemasaran rumah sakit menjadi penting. Produk-produk baru rumah sakit mungkin tidak akan dimanfaatkan oleh masyarakat. Bagian pemasaran penting untuk mendukung strategi diferensiasi instalasi.

5. Penyusunan Program dan Penetapan Anggaran

Perumusan strategi harus diterjemahkan dalam program-program. Program-program merupakan kegiatan yang akan diberi anggaran. Kaplan dan Norton (2001) memberikan suatu uraian yang sangat tepat untuk menghubungkan antara perumusan strategi dengan kegiatan sehari-hari. Dikenal dengan prosedur yang disebut *Step Down Procedure* yang dapat menghubungkan antara strategi dengan penyusunan anggaran, yaitu:

1. Perumusan strategi,
2. Terjemahan strategi menjadi *Balanced Scorecard*,
3. Menetapkan jangkauan sasaran (target),
4. Identifikasi program berdasarkan strategi dan sumber daya yang dibutuhkan,
5. Penetapan anggaran keuangan dan sumber daya manusia
6. Anggaran satu tahun.

Dengan menggunakan konsep berpikir *step down* tersebut, sebuah rumah sakit dapat mencoba menerjemahkan strategi yang telah dirumuskan menjadi penganggaran. Hal-hal yang dilakukan oleh rumah sakit meliputi:

1. Menterjemahkan strategi menjadi tujuan-tujuan sasaran (target) yang dapat terukur,
2. Mengembangkan rencana usaha selama 2-3 tahun ke depan dengan menetapkan sasaran-sasaran untuk setiap tujuan,
3. Menetapkan program-program untuk melaksanakan rencana usaha. Setiap program mempunyai orang atau bagian yang bertanggung jawab untuk pelaksanaan dan jadwal waktunya.

4. Setiap program harus dirinci dalam rencana kerja operasional dan penganggarnya

Penutup

Perumusan strategi menggunakan konsep yang digunakan oleh perusahaan untuk rumah sakit merupakan hal baru. Rumah sakit pemerintah tidak terbiasa menggunakan perumusan strategi. Hal ini disebabkan oleh persoalan sejarah bahwa rumah sakit adalah lembaga birokrasi, bukan lembaga usaha.

Dalam perumusan strategi diperlukan pernyataan tujuan strategis yang terukur. Dalam penetapan tujuan strategis ini berbagai aspek dalam pernyataan visi dan misi perlu diperhatikan. Dapat diperhatikan berkaitan dengan proses ini, indikator yang ditetapkan dalam pernyataan tujuan strategi harus merefleksikan nilai-nilai yang diacu dalam misi dan visi. Sebagai contoh perumusan strategi memiliki tujuan berikut.

- Pihak-pihak terkait puas, termasuk pemberi dana subsidi dan dana kemanusiaan.
- Pengguna yang senang.
- Proses kegiatan yang efektif.
- Sumber daya manusia yang termotivasi dan siap bekerja

Kekurangan motivasi untuk usaha merupakan hal yang perlu dilihat dalam perumusan strategi. Penyusunan strategi dan pelaksanaannya membutuhkan *teamwork* antarinstalasi dan antarunit pendukung. Dalam hal ini diperlukan penggunaan konsep belajar kelompok dan *organizational learning*.

BAB 9

STRATEGI PENGALIAN SUMBER DANA RUMAH SAKIT UNTUK FUNGSI SOSIAL

Bab 8 membahas strategi rumah sakit dalam konteks sebagai lembaga usaha pelayanan kesehatan yang mendapat pemasukan keuangan dari penyediaan jasa (pendekatan pasar). Walaupun secara praktis rumah sakit berfungsi sebagai lembaga jasa pelayanan kesehatan, tetapi rumah sakit tetap mempunyai misi sosial dalam bentuk pemberian pelayanan kepada keluarga miskin. Aspek sosial ini perlu dibiayai oleh sumber dana yang dapat diandalkan. Untuk memenuhi fungsi sosial ini subsidi keuangan dari luar rumah sakit dibutuhkan. Konsep *cross subsidy* pasien kelas atas

kepada pasien kelas bawah sulit dilakukan untuk membiayai masyarakat miskin secara bermakna. Sebagian negara-negara Eropa dengan sistem tradisi negara kesejahteraan seperti Inggris, Swedia, dan Norwegia mempunyai ciri dimana rumah sakit mendapat sumber biaya dari anggaran pemerintah sehingga dapat melayani seluruh masyarakat secara gratis (Hatcher, 1997). Hal serupa ditemukan di Amerika Serikat yang berbasis pada pasar bahwa masyarakat yang mampu akan membeli asuransi kesehatan, sedangkan yang tidak mampu dibiayai oleh Medicaid dari pemerintah. Selain subsidi pemerintah, rumah sakit tetap mendapat bantuan berupa dana-dana kemanusiaan dari masyarakat. Bagaimana keadaan di Indonesia? Bab ini membahas strategi rumah sakit untuk mencari sumber biaya untuk pelayanan keluarga miskin. Secara garis besar terdapat dua sumber biaya untuk aspek sosial ini yaitu (1) berasal dari pemerintah dan (2) berasal dari masyarakat.

1. Memahami peran Pemerintah Pusat dan Daerah dalam Konteks Desentralisasi

Saat ini di Indonesia sedang berlangsung sebuah reformasi yang dipicu oleh keluarnya UU Nomor 22 dan Nomor 25 tahun 1999 (yang di amandemen oleh UU Nomor 34 tahun 2004), serta PP 25 tahun 2000 dan berbagai PP yang mengatur desentralisasi serta perimbangan keuangan pusat dan daerah. Aspek keuangan dalam desentralisasi memainkan peranan penting dalam sejarah pelayanan kesehatan di Indonesia. Kebijakan desentralisasi dalam pelayanan kesehatan sudah diperkenalkan sejak zaman kolonial Belanda (Staatblad Nomor 229 tahun 1917; Nomor 566 tahun 1935; dan Nomor 582 tahun 1936) kemudian setelah kemerdekaan, tepatnya tahun 1987. Kebijakan desentralisasi tahun 1987 dalam pelayanan kesehatan tidak berpengaruh dalam sistem manajemen pelayanan kesehatan di Indonesia. Salah satu alasannya

karena kebijakan tahun 1987 tersebut tidak mengubah sistem keuangan. Namun demikian, kebijakan desentralisasi yang terbaru memfokuskan aspek keuangan yang diatur dalam UU Nomor 25 Tahun 1999 tentang Perimbangan Fiskal dan UU Nomor 22 Tahun 1999 tentang Desentralisasi.

Data perkembangan nota anggaran pada penyusunan anggaran tahun 2001 dapat dilihat. Data ini menunjukkan bahwa anggaran sektor pusat relatif berkurang dibandingkan dengan persentase PDB, sementara itu anggaran dana perimbangan yang ditransfer ke daerah meningkat (Rp 33,5 triliun untuk 9 bulan anggaran pada tahun 2000 menjadi Rp 74, 9 triliun untuk 12 bulan anggaran tahun 2001). Dengan demikian, tahun 2001 masih merupakan masa transisi. Akan tetapi, tahun 2002 apabila pola penganggaran masih besar berada di pusat maka dapat dikatakan bahwa proses desentralisasi tidak berjalan lancar. Kondisi ini seperti yang pernah dijumpai pada tahun 1987. Pada tahun tersebut kebijakan desentralisasi tidak disertai oleh penyerahan aspek keuangan.

Perubahan mencolok terdapat di rumah sakit jiwa. Sebelum desentralisasi diberlakukan terdapat tiga puluh rumah sakit jiwa yang dimiliki oleh pemerintah pusat dan tiga oleh pemerintah daerah. Setelah kebijakan desentralisasi, 25 rumah sakit jiwa pusat diserahkan ke daerah. Transfer kepemilikan ini disertai dengan perpindahan mekanisme keuangan. Tabel 3.3 memperlihatkan bahwa terdapat penurunan anggaran pemerintah pusat untuk rumah sakit jiwa dari sebelumnya berjumlah Rp 146,8 miliar untuk tahun 1999 menjadi sebesar Rp 63,5 miliar rupiah pada tahun 2001. Hal ini mencerminkan hilangnya kontrol pemerintah pusat untuk membiayai pelayanan rumah sakit jiwa, khususnya untuk anggaran pembangunan dan operasional. Anggaran rutin di daerah dapat dipastikan diperoleh dari Dana Alokasi Umum (DAU). Hal ini berarti direktur rumah sakit jiwa harus melakukan berbagai kegiatan agar memperoleh dana pembangunan dan operasional dari pemerintah daerah. Dalam memberikan subsidi untuk rumah sakit jiwa, rumah sakit

pemerintah daerah dan mungkin rumah sakit swasta, kemampuan keuangan pemerintah daerah merupakan hal penting yang harus diperhitungkan. Hal ini berlaku pula pada rumah sakit umum.

Tabel 3.1. Anggaran Pemerintah Pusat

	1999 (Sebelum desentralisasi)			2001 (sesudah desentralisasi)		
	Rutin	Pembangunan	Subsidi dari Departemen Dalam Negeri (SBO)	Rutin	Pembangunan	Subsidi dari Departemen Dalam Negeri (SBO)
			Subsidi Operasional dari Depkes (OPRS)			Subsidi Operasional dari Depkes (OPRS)
1) Jakarta	5.776,221	571,675	104,692	4.791,451	-	-
2) Bogor	10.487,178	797,127	200,000	15.541,340	1.421,597	-
3) Magelang	8.619,480	758,027	250,000	13.620,863	-	-
4) Lawang	11.387,212	1.873,654	349,997	16.235,679	1.874,892	-
5) IKO (Rumah Sakit tergantungan Obat)	3.017,088	381,788	99,540	1.548,684	-	-
rumah sakit lain (RSJ pemerintah daerah yang diberikan pusat pada pemda - 25 rumah sakit)	83.538,283	13.518,772	4.774,226	-	4.655,437 (untuk 5 rumah sakit)	-
a-Total	122.825,462	17.519,255	845,504	51.738,017	6.077,034	-
b-Total	146.869,136	-	-	63.519,0047	-	-

ruaian rupiah
Data: Depkes RI

Pemerintah daerah pasca desentralisasi mempunyai sumber-sumber pembiayaan antara lain, (1) Pendapatan Asli Daerah (PAD) yang mencakup pajak setempat, retribusi lokal, perusahaan pemerintah daerah dan aset manajemen lainnya, giral dan aset penjualan, (2) Dana perimbangan yang merupakan dana desentralisasi terdiri dari dana bagi hasil beberapa sektor seperti, Pajak Bumi dan Bangunan, minyak dan gas, hutan, tambang dan perikanan, Dana Alokasi Umum dan Dana Alokasi Khusus, (3) Pinjaman, dan (4) Penerimaan lain (sumbangan dana darurat). Memperhatikan hal ini terdapat kemungkinan pemerintah daerah menjadi kaya seperti di Kabupaten Kutai di Kalimantan Timur, Kabupaten Aceh Utara, dan Kabupaten Bengkalis di Riau. Akan tetapi, sebagian besar kabupaten tidak mendapat manfaat berarti dari desentralisasi.

Perencanaan dan penganggaran sektor kesehatan pada pemerintah lokal berisiko tidak akan mendapat biaya karena kesehatan bukan prioritas pemerintah lokal. Secara historis, urusan kesehatan dengan kegiatan mempunyai hasil tidak nyata (nonfisik) merupakan program yang dibiayai oleh pemerintah pusat. APBD biasa membiayai pembangunan fisik dan keperluan dinas pemerintah. Dengan demikian, muncul risiko rumah sakit daerah mendapat sedikit anggaran dari pemerintah daerah. Risiko ini harus dihadapi dengan berbagai kegiatan antara lain, menggunakan konsep *lobbying*. Dalam hal ini kemampuan advokasi, *lobbying*, dan negosiasi kepada pemerintah lokal dan legislatif diperlukan untuk mencapai perencanaan dan penganggaran kesehatan yang tepat.

2. Prospek Subsidi dari Pemerintah

Pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit menurut konsep negara kesejahteraan merupakan *public goods* yang harus dibiayai oleh pemerintah. Konsep ini membutuhkan masyarakat yang taat dan kuat membayar pajak atau pemerintah yang mempunyai sumber daya ekonomi yang kuat seperti negara Brunei dan Kuwait. Di negara kaya ada model

lain dimana bantuan pelayanan rumah sakit melalui mekanisme pajak hanya diberikan untuk keluarga miskin, sedangkan bagi yang mampu diharapkan membayar sendiri melalui mekanisme asuransi kesehatan ataupun membayar langsung. Dengan model ini dikenal konsep *Social Safety Net* (Jaring Pengaman Sosial). Konsep ini menekankan pada mereka yang miskin akan tetap mendapat pelayanan dari rumah sakit pemerintah ataupun rumah sakit swasta yang mau. Konsep jaring pengaman sosial ini membutuhkan perhitungan biaya rumah sakit yang baik. Pembiayaan ini termasuk pembiayaan yang cukup untuk tenaga dokter. Tanpa subsidi yang cukup, maka rumah sakit dan para dokter akan cenderung kurang berminat dalam memberikan pelayanan.

Konsep *safety net* di Amerika Serikat diberikan dalam bentuk *Medicaid* yang berbasis *unit cost* dan mampu menggerakkan rumah sakit dan sumber daya manusianya untuk bekerja dengan baik melayani keluarga miskin (Lewin dan Altman, 1998). Wawancara dengan seorang dokter spesialis di Rumah Sakit Cambridge yang merupakan rumah sakit *safety net* wilayah Massachusetts Amerika Serikat menyatakan bahwa pendapatan sebagai seorang dokter lebih rendah sekitar 10-15% dibandingkan sesama rekan yang bekerja di rumah sakit swasta yang bukan rumah sakit *safety net*. Walaupun lebih rendah ia menyatakan tidak ada masalah dengan hal itu karena pendapatan yang diperoleh lebih dari cukup untuk hidup serta kepuasan tersendiri yang diperolehnya bekerja pada rumah sakit *safety net*.

Namun, sebagian rumah sakit swasta menyatakan bahwa melayani pasien Medicaid adalah tindakan merugikan. Saat ini di Amerika Serikat ditemukan rumah sakit swasta yang enggan melayani pasien Medicaid karena subsidi dalam bentuk *reimbursement* dinilai kurang sehingga rumah sakit merugi. Secara keseluruhan program *safety net* di Amerika Serikat masih dapat diandalkan untuk memberi pembiayaan yang cukup bermakna bagi masyarakat miskin.

Di Indonesia, kebijakan *social safety net* dilakukan akibat krisis moneter pada tahun 1997. Program JPS ini merupakan

kebijakan nasional pertama setelah kemerdekaan untuk memberikan subsidi langsung kepada masyarakat miskin untuk mendapat pelayanan rumah sakit. Sampai dengan tahun 1997 perkembangan subsidi pemerintah banyak bertumpu pada subsidi untuk rumah sakit bukan kepada keluarga miskin. Contoh subsidi untuk rumah sakit pemerintah yaitu subsidi biaya rutin untuk gaji pegawai, subsidi biaya operasional, subsidi biaya operasional rumah sakit, subsidi obat, subsidi untuk pembangunan rumah sakit atau pembelian alat yang berasal dari hutang luar negeri oleh pemerintah pusat, dan lain sebagainya.

Berbeda dengan *safety net* di Amerika Serikat yang mendapat dana cukup, program *safety net* di Indonesia tidak cukup mendapat dana. Akibatnya, jumlah dana subsidi tidak cukup untuk memenuhi harapan berbagai pihak, termasuk tenaga medik yang menangani pasien Jaring Pengaman Sosial. Situasi baru muncul ketika di awal tahun 2005 pemerintah berusaha mengurangi subsidi BBM dan menambahkan subsidi ke sektor kesehatan. Oleh karena itu di sektor rumah sakit, saat ini penting untuk memahami berbagai dana yang berasal dari pemerintah pusat. Dana-dana ini sebagian besar memang dipergunakan oleh rumah sakit pemerintah. Akan tetapi ada kecenderungan rumah sakit swasta dapat memperolehnya terutama untuk subsidi bagi keluarga miskin.

Dana Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Pusat

Dana ini terbagi dua yaitu: (1) dana yang langsung dari pemerintah pusat dan dipergunakan di provinsi atau kabupaten/kota; dan (2) dana yang diberikan ke pemerintah daerah dan masuk sebagai APBD. Berbagai dana tersebut antara lain:

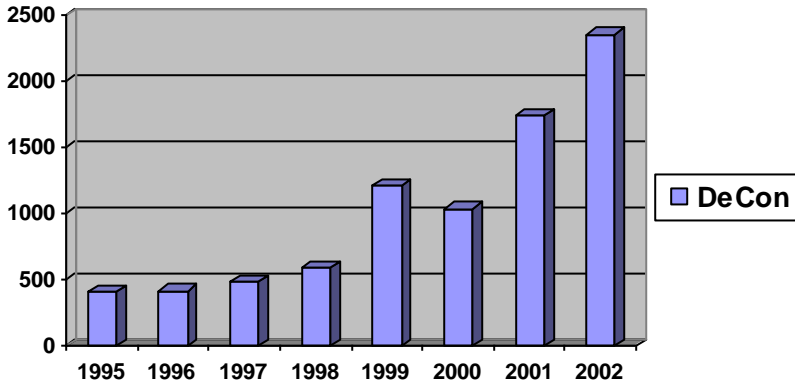
Dana Sektoral Departemen Kesehatan (Dana Dekonsentrasi Kesehatan).

Definisi Umum dari Dana Dekonsentrasi adalah dana pemerintah pusat yang digunakan untuk membiayai tugas-tugas perbantuan atas asas dekonsentrasi. Sedangkan Definisi operasionalnya adalah: dana yang digunakan untuk membiayai pelaksanaan urusan dan kewenangan Pemerintah Pusat di Daerah, dan diserahkan secara hierarkhis kepemerintahan. Pemerintah Daerah (dalam hal ini pemerintah provinsi) wajib melaporkan dan membuat laporan pertanggung-jawaban Pemerintah Provinsi ke Pemerintah Pusat.

Dekonsentrasi dalam perspektif ilmu pemerintahan, dipahami sebagai bagian dari manajemen pemerintahan, yang dilakukan oleh Pemerintahan Pusat kepada Provinsi, untuk melaksanakan berbagai urusan dan kewenangan pusat di daerah otonom, dengan kewajiban melaporkan segala hasil pelaksanaannya. Sedangkan Tugas Pembantuan, ditinjau dari perspektif ilmu pemerintahan merupakan bagian dari manajemen pemerintahan untuk melaksanakan urusan atau tugas Pemerintahan Pusat, yang diserahkan kepada Pemerintah Daerah atau Pemerintah Provinsi kepada Kabupaten/Kota, untuk melaksanakan dengan kewajiban melaporkan hasil pelaksanaannya.

Alokasi pemerintah pusat untuk dana Dekonsentrasi ini meningkat dari tahun ke tahun (lihat grafik 3.1). Adanya euphoria Desentralisasi dan pemendekan masa anggaran (9 bulan), pada masa peralihan, sempat menyebabkan anggaran dekonsentrasi untuk sektor kesehatan pada tahun 2000, mengalami penurunan yang cukup drastis, tetapi kemudian meningkat tajam. Peningkatan tajam dana dekonsentrasi disebabkan pula peningkatan alokasi anggaran yang bersumber dari luar negeri (donor) misalnya dana untuk kuratif kesehatan dan preventive kesehatan (pemberantasan penyakit menular) pada tahun 2002 dan 2003. Disisi lain anggaran yang bersifat administrasi pusat menurun tajam di tahun 2003, dari sekitar 1,7 triliun rupiah di tahun 2001, menjadi sekitar 1,4 triliun rupiah pada tahun 2002.

GRAFIK 3.1.
DANA SEKTORAL ATAU DANA DEKONSENTRASI
PEMBANGUNAN DEPKES, DALAM MILIAR RUPIAH



Grafik diatas menunjukkan kenaikan anggaran dari tahun 1995 (dan juga tahun-tahun sebelumnya), terlihat kenaikan yang mulus (*smooth-growth*). Tahun 1999 terlihat lonjakan drastis akibat adanya bantuan untuk penanggulangan pasca krisis, seperti program JPS. Tahun 2000 terlihat turun, diakibatkan adanya shifting beban pembiayaan kesehatan dari pusat ke daerah dengan skema desentralisasi, dan anggaran tahun 2000, yang hanya 9 bulan. Dana Dekonsentrasi yang digunakan dalam pengamatan disini hanya meliputi dana pembangunan.

Dana Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS-BBM) Bidang Kesehatan

Dana PKPS-BBM disediakan pemerintah pusat ketika pemerintah mengeluarkan kebijakan menaikkan harga BBM. Kebijakan tersebut berdampak pada kenaikan berbagai jenis kebutuhan masyarakat. Kondisi ini dikhawatirkan meningkatkan jumlah penduduk miskin. Karena itu, khusus untuk bidang kesehatan, bantuan PKPS-BBM lebih ditujukan untuk membantu masyarakat miskin yang menderita penyakit yang dapat disembuhkan, seperti ibu bersalin melalui Bedah

Caesar dan TBC. Dasar alokasi untuk penyaluran PKPS-BBM lebih banyak ditujukan untuk masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan (kelas III).

Dari total dana PKPS BBM sebesar Rp 4,4 triliun, Depkes mendapat alokasi dana sebesar Rp 945,9 miliar (2003) untuk menyediakan pelayanan kesehatan gratis bagi keluarga miskin. Perinciannya adalah sebanyak Rp 143 miliar untuk pemberian pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas untuk 47,9 juta keluarga miskin, Rp 214 miliar untuk pelayanan kebidanan dasar oleh bidan di desa untuk 1.437.860 ibu hamil dan Rp 326 miliar untuk pelayanan rujukan di rumah sakit untuk 4,4 juta hari rawap inap. Juga dialokasikan sebesar Rp 69 miliar untuk revitalisasi 244.832 Posyandu dan Rp 35 miliar untuk menyediakan vaksin Hepatitis B untuk 1.437.000 bayi dari keluarga miskin. Selain untuk pelayanan kesehatan dasar, dana tersebut juga akan digunakan untuk menyediakan pelayanan rujukan sebesar Rp 326 miliar, pembelian obat senilai Rp 130 miliar, vaksin Hepatitis B Rp 35 miliar dan sisanya sebanyak Rp 9 miliar sebagai biaya penunjang Pusat dan Provinsi. Dalam rangka pelaksanaan otonomi daerah, maka pemerintah daerah diharapkan dapat menyediakan anggaran melalui APBD untuk pelayanan kesehatan keluarga miskin pada tahun anggaran yang akan datang sesuai dengan kemampuan masing-masing daerah. Pada tahun 2005 diperkirakan dana kompensasi BBM untuk sektor kesehatan menjadi 2.1 triliun. Dana kompensasi BBM ini disalurkan melalui PT. ASKES Indonesia.

Anggaran Biaya Tambahan (ABT)

Anggaran Biaya Tambahan (ABT) Kesehatan tahun 2003 adalah sebesar 345 milyar rupiah untuk seluruh Indonesia. Dana sebesar itu masing-masing dialokasikan untuk Kawasan Timur Indonesia (KTI) sebesar 201 milyar rupiah, pengadaan 3 unit Mobile Hospital (Rumah Sakit yang mudah dipindahkan) sebesar 66 milyar rupiah dan untuk Kawasan Barat Indonesia (KBI) terutama daerah-daerah yang

dimekarkan sebesar Rp 78 milyar. Pembagian atau pengalokasian dana tersebut tidak ditentukan oleh Departemen Kesehatan sendiri tetapi atas diskusi dan negosiasi, argumentasi dan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat (DPR).

Pengadaan dan penempatan peralatan kesehatan dilakukan di rumah sakit yang sudah siap dalam arti sudah ada gedungnya dan sudah ada tenaga yang mengoperasikan. Tetapi di tempat-tempat yang rumah sakitnya belum siap, dan tenaga yang mengoperasikan belum ada akan ditempatkan Mobile Hospital. Mobile Hospital adalah rumah sakit yang dilengkapi kamar operasi (OK), Unit Gawat Darurat (UGD) dan peralatan-peralatan yang mendukungnya disertai tenaga yang mengoperasikan alat-alat tersebut dalam suatu kontainer. Bagi kabupaten yang belum ada rumah sakitnya karena baru dimekarkan akan ditempatkan Mobile Hospital. Dalam pengalokasian dana ABT tahun 2003 dilakukan Departemen Kesehatan bersama-sama DPR. Untuk seluruh rumah sakit KTI, Departemen Kesehatan mengusulkan dana sebesar 3 triliun rupiah. Adapun pengadaan 3 unit *Mobile Hospital* rencananya akan ditempatkan di KTI 2 unit dan KBI 1 unit. Sedangkan keseluruhan pengadaan alat kesehatan tersebut diharapkan selesai tahun anggaran 2003.

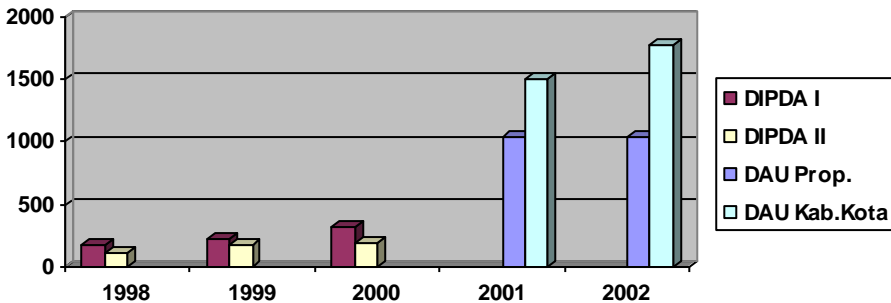
Dana Alokasi Umum.

Dana Alokasi Umum adalah Pembiayaan Kesehatan Pemerintah Daerah (masuk APBD) yang bersumber dari pemerintah pusat. Konsekuensi Otonomi Daerah adalah perubahan sistem administratif yang berlaku. Daerah dituntut lebih otonom baik dalam menjalankan pemerintahannya maupun dalam mendanai keuangan daerahnya. Sedangkan kemampuan satu daerah dengan daerah lain tidak lah sama. Untuk menunjang pelaksanaan Otonomi Daerah tersebut, maka Pemerintah Pusat memberikan kebijakan transfer kepada daerah dalam bentuk Dana Alokasi Umum (DAU).

Pembiayaan kesehatan daerah yang berasal dari Dana Daerah (Provinsi dan Kabupaten/Kota), mengalami

peningkatan yang cukup berarti dari tahun ke tahun setelah desentralisasi. Penyebab utama adalah meningkatnya jumlah total DAU yang diterima oleh pemerintah Daerah. Berikut ini perbandingan antara DAU kesehatan Provinsi dan Kabupaten rentang waktu 2001 dan 2002, dengan menggunakan perbandingan Dana Dekonsentrasi yang di terima oleh daerah berbasis Provinsi (DIP-Pusat) sebelum desentralisasi. Sebagai perbandingan sebelum dan sesudah (*Before and After*) desentralisasi, digunakan alokasi DIPDA I dan DIPDA II (Provinsi dan Kabupaten Kota).

GRAFIK 3.2 .
DANA DAERAH DAN DANA ALOKASI UMUM SEKTOR
KESEHATAN TAHUN 2001 DAN 2002
 (Dalam Miliar Rupiah)



Catatan: Istilah DAU digunakan setelah adanya desentralisasi, sebelum adanya desentralisasi digunakan DIPDA I dan DIPDAII

Bobot DAU secara umum ditentukan oleh potensi daerah yang berbanding terbalik dengan bobot DAU. Artinya, makin besar sumber daya alam, penerimaan dan pendapatan suatu daerah, bobot DAU-nya akan semakin kecil. Jika dikaitkan dengan alokasi anggaran teknis, misalnya untuk kesehatan, seharusnya alokasi DAU harus memperhatikan posisi kemampuan fiskal daerah dalam penyediaan dana kesehatan. Akan tetapi patut dicatat bahwa sektor kesehatan tidak masuk secara eksplisit dalam perhitungan DAU. Di berbagai

kabupaten terdapat keluhan mengenai kurangnya DAU untuk kegiatan operasional sektor kesehatan. DAU lebih banyak dipergunakan untuk gaji.

Dana Alokasi Khusus Non Reboisasi Bidang Kesehatan:

Dana desentralisasi lainnya untuk bidang kesehatan adalah Dana Alokasi Khusus (DAK) non Reboisasi. Dana ini dipakai untuk membiayai peningkatan daya jangkauan dan kualitas kesehatan masyarakat di kabupaten/kota. Misalnya rehabilitasi gedung Puskesmas, pengadaan Puskesmas keliling, perairan, atau roda empat, dan peningkatan fisik Puskesmas. Pada prinsipnya, pengalokasian Dana Alokasi Khusus diprioritaskan untuk daerah-daerah yang memiliki kemampuan fiskal rendah atau di bawah rata-rata (KepMenKeu No 544/2002). Daerah tersebut antara lain Provinsi Papua, Provinsi NAD, kawasan timur Indonesia, wilayah perbatasan, daerah pesisir dan kepulauan, daerah pascakonflik, daerah hilir aliran sungai rawan banjir, dan daerah terpencil.

Menurut Keputusan Menteri Keuangan No 544/tahun 2002, untuk setiap daerah yang menerima kucuran dana alokasi khusus pemerintah mewajibkan setiap daerah menyediakan dana pendamping minimal 10 persen dari jumlah DAK yang diterimanya. Dana pendamping tersebut wajib dicantumkan dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah 2004 dan dicantumkan dalam rencana definisi dan daftar isian proyek daerah atau dokumen anggaran satuan kerja.

Untuk efektivitas pelaksanaan DAK, sikap pemerintah daerah membentuk tim koordinasi yang bersifat fungsional yang bertugas mengkoordinasikan perencanaan, pelaksanaan, pelaporan, dan pemantauan DAK. Tim koordinasi itu bisa mengkoordinasikan kegiatan DAK agar tidak tumpang tindih dengan proyek lainnya. Tim koordinasi juga bertugas menjabarkan setiap proyek agar transparan. Anggaran dana alokasi khusus tidak dipakai untuk pengeluaran biaya administrasi proyek, persiapan proyek fisik, penelitian, pelatihan, perjalanan pegawai daerah, dan biaya umum sejenis

lainnya. Anggaran DAK ini tercantum dalam APBN 2004 yang disetujui DPR pada November lalu.

TABEL 3.4.
JUMLAH DANA ALOKASI KHUSUS NON REBOISASI BIDANG
KESEHATAN TAHUN 2003 DAN 2004

Tahun 2003	Tahun 2004
Rp. 375.000.000.000,-	Rp. 456.180.000.000,-

Penerapan kebijakan desentralisasi mengakibatkan alur mekanisme pemerintah pusat dan daerah ke rumah sakit ataupun ke masyarakat miskin berubah. Bagi pemerintah daerah yang kaya, ada kemungkinan subsidi untuk keluarga miskin akan diberikan dengan kombinasi dana dari pemerintah pusat. Artinya, pemerintah daerah akan memberikan subsidi untuk keluarga miskin yang sakit.

Potensi sumber pembiayaan dari pemerintah daerah

Desentralisasi memicu perkembangan daerah menjadi beberapa lingkungan ekonomi yang mempengaruhi potensi pembiayaan daerah untuk sektor kesehatan. Ada dua faktor penting yang mempengaruhi sektor kesehatan yaitu kekuatan ekonomi pemerintah daerah dan kekuatan ekonomi masyarakat. Dengan menggunakan dua variabel ini, ada 4 tipe daerah yang mungkin terjadi: (1) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang besar, dan kekuatan ekonomi masyarakat yang besar pula; (2) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar; (3) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kuat namun kekuatan ekonomi masyarakat kecil; dan (4) Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kecil dan kekuatan ekonomi masyarakat yang kecil pula.

Prospek sumber pembiayaannya adalah sebagai berikut:

Di daerah 1: Daerah ini merupakan daerah dimana sebagian pembiayaan kesehatan bisa diserahkan ke mekanisme pasar.

Sumber pembiayaan dari masyarakat perlu ditingkatkan. Peran pemerintah daerah yang kuat dapat difokuskan kepada penyediaan pelayanan kesehatan dan pembiayaan kesehatan keluarga miskin serta pelayanan yang bersifat *public goods* (khususnya promotif dan preventif kesehatan). Bagi masyarakat yang berada dalam garis kemiskinan, pemerintah daerah dapat memberikan jaminan pelayanan kesehatan melalui asuransi kesehatan (misal kontrak ke PT Askes Indonesia).

Di Daerah 2: Daerah yang mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar ada kemungkinan peran pemerintah daerah lebih banyak pada regulator. Dalam hal pembiayaan, peran pemerintah daerah tidak begitu kuat. Peran pemerintah (diharapkan pemerintah pusat) pada pembiayaan diharapkan untuk menjamin akses pelayanan kesehatan, khususnya bagi masyarakat tidak mampu. Bagi masyarakat miskin, peran pemerintah pusat untuk membiayai pelayanan kesehatan menjadi penting.

Daerah 3: Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kuat namun kekuatan ekonomi masyarakat lemah ada kemungkinan sebagai berikut; Peran pemerintah daerah sangat kuat dalam pembiayaan kesehatan, mengingat kemampuan masyarakat di wilayah tersebut relative rendah. Dalam kondisi seperti ini peran pemerintah pusat dalam hal pembiayaan kesehatan tetap diperlukan, walaupun dari sisi “jumlah dana” yang dialokasikan dapat diminimalkan. Sebaliknya pemerintah daerah dituntut lebih kuat peranannya. Pemerintah daerah dapat mengkontrak lembaga penyelenggara pelayanan kesehatan swasta dan asuransi kesehatan untuk menjamin pelayanan bagi masyarakat miskin, atau seluruh masyarakat di wilayahnya.

Daerah 4: Suatu daerah yang tidak mempunyai kemampuan dalam pembiayaan kesehatan karena keterbatasan PAD yang dimiliki dan kemampuan masyarakat di daerah tersebut juga lemah. Daerah tipe ini sangat membutuhkan dukungan dana

dan subsidi dari pemerintah pusat. Daerah ini membutuhkan perhatian besar dari pemerintah pusat dan bantuan asing (block grant, hibah dll) dan dana kemanusiaan lain untuk pembiayaan kesehatan di daerah tersebut.

Teknik alokasi Subsidi dari Pemerintah Pusat

Dalam konsep desentralisasi, pemerintah pusat masih mempunyai peran sebagai pemberi anggaran melalui anggaran dekonsentrasi yang akan diterima provinsi. Akan tetapi, dana dekonsentrasi ini akan semakin menurun seiring semakin meningkatnya dana desentralisasi. Secara praktis hal ini diwujudkan dalam fenomena *merger*-nya kantor-kantor wilayah departemen teknis dalam pemerintah daerah. Setelah desentralisasi kesehatan dilakukan dengan pembagian dana perimbangan (termasuk dana bagian daerah yang sangat berbeda-beda, tergantung pada sumber daya alam). Pemerintah daerah dan masyarakat yang miskin akan membutuhkan alokasi dana dari pemerintah pusat (Trisnantoro, 2001).

Berkaitan dengan anggaran kesehatan pemerintah pusat yang masih tinggi timbul pertanyaan penting yang muncul, bagaimanakah teknik alokasi anggarannya? Apakah aspek keadilan perlu diperhatikan untuk daerah-daerah yang relatif miskin? Teknik alokasi anggaran menjadi hal penting karena pengaliran dana dari pusat ke daerah untuk masyarakat atau daerah yang tidak berhak mendapatkannya jangan sampai terjadi kesalahan. Sebagai catatan, sektor kesehatan, konsep alokasi dana perimbangan melalui DAU merupakan cara baru untuk membiayai pelayanan kesehatan di daerah. Karena merupakan hal baru, dikhawatirkan kriteria transfer keuangan dari pusat ke daerah belum baik. Dalam hal ini terdapat berbagai kriteria dalam transfer dari pemerintah pusat ke daerah (Shah A., 1994; Davey, 1988). Kriteria-kriteria ini dapat bertentangan atau tidak sejalan.

Kriteria penting pertama berdasarkan prinsip otonomi. Artinya, pemerintah daerah dapat fleksible dan otonom menetapkan prioritas kegiatan yang diberi dana. Kriteria ini

menunjukkan bahwa dana di transfer ke daerah dalam bentuk *block grant* yang dan tidak dibatasi dengan kategori-kategori serta ketidakpastian dari pemerintah pusat. Agar pemerintah daerah mempunyai sumber biaya cukup sehingga mampu mengerjakan tugas yang diberikan, pemerintah daerah perlu diberi kriteria yang disebut *Revenue Adequacy*. Dengan demikian, semakin banyak jumlah penduduk maka akan semakin besar transfer yang diberikan. Kriteria lainnya, *Equity* atau pemerataan. Dana yang dialokasikan pemerintah pusat harus adil bagi mereka yang membutuhkan dan berhubungan terbalik dengan kemampuan ekonomi provinsi. Dengan demikian, semakin besar pendapatan asli daerah, kemungkinan transfer dari pusat akan lebih kecil. Di samping itu, terdapat beberapa kriteria lainnya yaitu *Predictability*. Kriteria ini diharapkan agar bantuan yang diterima oleh daerah dapat dijamin kelanggengannya, misal dalam masa lima tahun; *Efficiency* merupakan kriteria yang berusaha menjamin agar alokasi bersifat netral terhadap pilihan berbagai sektor; *Simplicity*, berarti perlu kesederhanaan untuk menyusun formula; *Kriteria insentif* yang mendorong mengurangi praktik-praktik inefisiensi dalam penganggaran daerah. Terakhir adalah kriteria *safeguarding grantor objectives* yang dapat mempunyai konflik dengan kriteria otonomi. Kriteria ini mengacu pada masalah terjaminnya tujuan pemberi *grant* (dalam hal ini pemerintah pusat) yang harus dipenuhi oleh penerima.

Penggunaan Kriteria-Kriteria dalam Alokasi Anggaran

Menyusun formula transfer keuangan dari pemerintah pusat untuk daerah memang rumit. Beberapa kriteria tersebut memang cukup rumit untuk diterapkan. Pengalaman rumah sakit di Indonesia, pemberian subsidi oleh pusat tidak mempunyai formula yang jelas. Tahun 1997 kriteria alokasi Subsidi Biaya Operasional (SBO) di evaluasi oleh Trisnantoro (1997). Hasilnya menunjukkan bahwa alokasi SBO tidak berdasarkan pada jumlah penduduk miskin disuatu wilayah. Jumlah tempat tidur pasien berpengaruh terhadap besarnya

SBO. Semakin besar jumlah tempat tidur pasien maka akan semakin besar nilai SBO. Keadaan ini menunjukkan bahwa pemberian SBO untuk RS Daerah nonpendidikan belum menunjukkan kriteria pemerataan. Dengan alokasi saat ini justru rumah sakit besar yang akan memperoleh subsidi relatif lebih tinggi. Namun, peningkatan subsidi di rumah sakit besar tersebut tidak memenuhi kriteria *adekuasi* karena jumlahnya relatif kecil dibanding pemasukan fungsionalnya. Dengan demikian, muncul masalah keadilan.

Dalam penelitian tersebut disarankan untuk melakukan alokasi formula dengan acuan pada kriteria pemerataan. Dalam hal ini diusulkan agar jumlah tempat tidur yang dipergunakan sebagai dasar perhitungan harus didasarkan pada jumlah tempat tidur kelas III yang terpakai (BOR kelas III). Penetapan berdasarkan angka BOR tempat tidur kelas III ini sebagai suatu keadaan yang menunjukkan bahwa SBO merupakan bantuan subsidi operasional bagi RSD yang menanggung beban untuk melayani masyarakat tidak mampu. Bagi pasien mampu, seharusnya ia berada di kelas-kelas atas sehingga subsidi operasional dari pemerintah tidak diperlukan. Teknik alokasi ini menunjukkan pemakaian kriteria keadilan sosial dalam subsidi. Untuk alokasi khusus, kriteria alokasi adalah pemerataan dan keadilan sosial. Teknik alokasi ini berbasis jumlah penduduk dan Penerimaan Asli Daerah (PAD). Semakin besar jumlah penduduk dan semakin kecil PAD, maka semakin besar pula alokasi SBO-RSD.

Analisis dana kompensasi BBM dari pusat memperlihatkan bahwa yang digunakan bukan kriteria *equity*, akan tetapi lebih menggunakan kriteria untuk memenuhi biaya operasional bagi keluarga miskin (*adequacy*). Dalam alokasi, masalah keadilan tidak diperhatikan karena daerah kaya dan daerah miskin mendapat dana serupa. Apakah layak program kesehatan di berbagai daerah kaya di Provinsi Kalimantan Timur masih didanai oleh pemerintah pusat melalui dana sektoral? Dapat disimpulkan pengalaman masa lalu menunjukkan bahwa alokasi pemerintah pusat ke daerah dalam alokasi anggaran rumah sakit masih belum jelas

kriterianya. Terlebih apabila terkait dengan proyek bantuan asing dan pinjaman asing maka kriteria alokasi menjadi lebih sulit dianalisis.

Menjadi isu menarik apakah masalah subsidi pemerintah pusat maupun daerah merupakan hal relevan dengan rumah sakit swasta. Pertanyaan lebih tegasnya apakah masih ada prospek bagi rumah sakit swasta untuk mendapatkan dana subsidi pemerintah? Dalam hal ini ditemukan berita menarik di harian *Kompas* (Wahyuni, 2002). Tahun 2001 sebesar Rp 326 milyar dana kompensasi BBM dibagikan kepada 446 rumah sakit di seluruh Indonesia. Menurut Kepala Biro Perencanaan Departemen Kesehatan pada saat itu, dr. Setiawan Soeparan MPH, semula pihaknya hendak menyalurkan dana kompensasi BBM kepada rumah sakit pemerintah saja. Apabila tidak ada rumah sakit pemerintah dana tersebut baru disalurkan ke rumah sakit swasta di daerah bersangkutan. Akan tetapi, daerah memberi masukan agar penduduk tidak mampu tidak diharuskan pergi ke rumah sakit pemerintah. Seringkali persoalan jarak yang membuat penduduk memilih berobat ke rumah sakit terdekat meskipun rumah sakit swasta. Oleh karena itu, tahun 2002 jumlah rumah sakit swasta yang mendapat dana kompensasi BBM bertambah. Disamping itu dana kompensasi BBM tidak hanya diperoleh Rumah Sakit Umum, tetapi juga Rumah Sakit Khusus untuk paru, jiwa serta Balai Kesehatan Mata.

Memahami Pandangan Politik terhadap Kesehatan

Prospek sumber biaya rumah sakit dari pemerintah terpengaruh pandangan politik mengenai fungsi negara. Penganjur pandangan negara kesejahteraan mengharapkan pemerintah membiayai pelayanan rumah sakit karena hal itu merupakan tanggung jawab negara. Pandangan seperti ini biasanya dipunyai oleh para pelaku politik yang sosialis. Namun, akhir-akhir ini pandangan tersebut mengalami kesulitan praktis karena berbagai faktor, termasuk semakin meningkatnya jumlah penduduk dan masalah kesehatan, semakin meningkatnya biaya pelaksanaan pelayanan kesehatan, dan semakin meningkatnya pengaruh pasar.

Pandangan sosialis memang mengacu pada pemerataan pelayanan kesehatan yang sama. Akan tetapi, perkembangan politik dan ekonomi merubah kenyataan. Masyarakat mengalami segmentasi pasar. Beberapa kelompok penduduk menginginkan pelayanan sesuai dengan keinginan mereka walaupun harus membayar mahal. Berdasarkan keadaan ini timbul paham baru yang mereformasi model sosialis menjadi model lain yang mengakui adanya pasar tetapi berusaha mengurangi akibat negatifnya (Burger PL. Neuhaus, 1996; Giddens, 1998). Satu hal penting bahwa semakin maju sebuah negara, perhatian akan kesehatan menjadi semakin besar. Di Eropa reformasi pelayanan kesehatan, termasuk rumah sakit menjadi isu penting partai politik dan pimpinan politik. Di Amerika Serikat dengan semakin meningkatnya beban anggaran pemerintah dan masyarakat, isu pelayanan kesehatan menjadi semakin penting dan merupakan isu politik dalam pemilihan presiden. Bagaimana keadaan di Indonesia?

Sektor kesehatan masih kecil dalam persentase APBN dan APBD. Masyarakat juga belum memberikan perhatian dan pembiayaan cukup untuk kesehatan. Data Susenas menunjukkan bahwa pengeluaran masyarakat untuk merokok lebih besar dibandingkan dengan kesehatan. Dalam situasi ini DPR dan DPRD merupakan lembaga penting yang harus diperhitungkan dalam mencari subsidi pemerintah untuk rumah sakit. Oleh karena itu, perlu diperhatikan bagaimana perhatian anggota DPR dan DPRD terhadap sektor kesehatan, khususnya rumah sakit. Saat ini berbagai daerah terdapat berbagai laporan yang menunjukkan ketidakmengertian para anggota DPRD terhadap rumah sakit. Kebijakan swadana sering disalahartikan sebagai keadaan rumah sakit pemerintah sudah mandiri sehingga tidak memerlukan subsidi lagi. Di samping itu, anggota DPRD sebagian menyatakan bahwa pelayanan rumah sakit harus murah dengan mutu yang baik tanpa melihat proses pelayanan kesehatan yang membutuhkan biaya relatif besar. Dalam keadaan ini perlu dilihat bagaimana perhatian para anggota DPR atau DPRD dan partai politiknya untuk kesehatan.

Untuk menilai perhatian partai politik, sebuah penelitian dilakukan oleh Nurcholid Umam Kurniawan dkk. dari Senat Mahasiswa FK-UGM bekerja sama dengan Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan, Fakultas Kedokteran UGM. Perhatian ini dipresentasikan dalam bentuk isi kampanye Pemilu tahun 1999 yang dibandingkan dengan Pemilu 2004 di Daerah Istimewa Yogyakarta. Penelitian disajikan dalam bentuk deskriptif dengan metode *cross sectional* menggunakan pendekatan analisis isi (*content analysis*).

Hasil penelitian sebagai berikut. Pada kampanye Pemilu 1999, jumlah kampanye dengan menggunakan pendekatan berbicara langsung dalam rapat umum yang dapat terpantau sebanyak 19 kali dengan uraian 16 kali kampanye monologis dan 3 kali kampanye dialogis. Dari 19 kali kampanye ini hanya satu (1) kampanye yang mengangkat isu kesehatan (5,26%). Waktu yang digunakan juru kampanye (jurkam) untuk berbicara juga dicatat. Total waktu yang digunakan dalam rapat umum monologis maupun dialogis berkisar 14 jam 15 menit dengan rata-rata waktu bicara juru kampanye untuk tiap kampanye 30 s.d. 60 menit. Waktu yang digunakan jurkam untuk menjelaskan isu kesehatan hanya sebesar 5 menit (0,55%).

Pada Pemilu 2004, jumlah kampanye dengan menggunakan pendekatan berbicara langsung dalam rapat umum yang dapat terpantau sebanyak 44 kali. Dibandingkan dengan Pemilu 1999 ada kenaikan kampanye rapat umum yang membahas kesehatan. Tercatat ada 9 kali (20,45%) dari seluruh kampanye. Total waktu yang digunakan untuk sektor kesehatan dalam rapat umum adalah 2,86%. Persentase ini lebih baik dibandingkan dengan Pemilu 1999.

Pada Pemilu 1999, hasil kedua pemantauan lewat media elektronik mendapatkan hasil yang tidak menggem-birakan untuk sektor kesehatan. Stasiun televisi yang dipantau adalah TVRI, Indosiar, RCTI, dan SCTV. Stasiun radio yang dipantau adalah RRI. Kampanye lewat media elektronik ini terbagi menjadi dua jenis yaitu monologis dan dialogis. Total kampanye monologis sebanyak 129 kali dengan total waktu

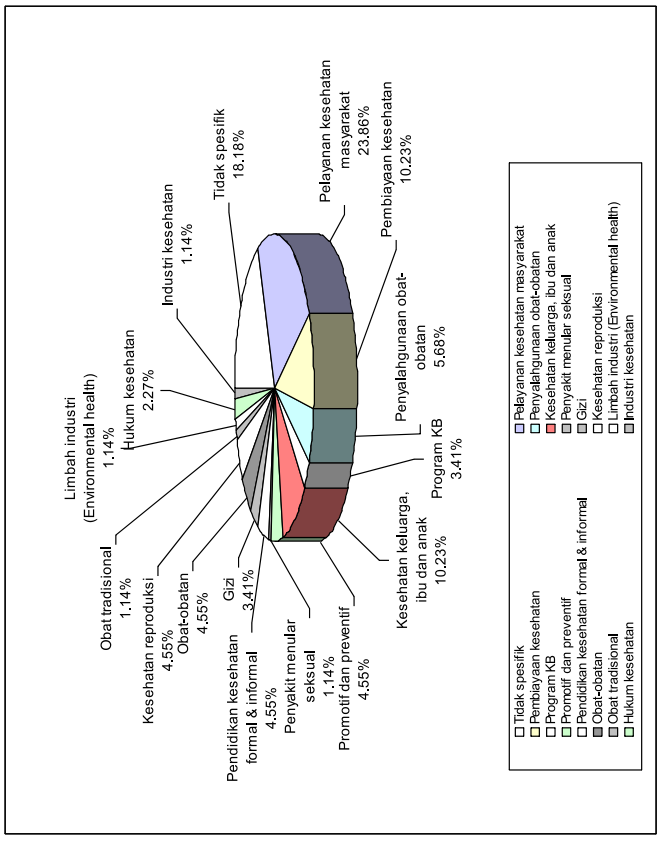
penayangan 17 jam 8 menit 2 detik (tabel 3 dan 4). Kampanye monologis yang mengangkat isu kesehatan sebanyak 15 kali (11,62%) dengan waktu pembicaraan tema kesehatan sebesar 2 menit 48 detik (0,27%). Total kampanye dialogis sebanyak 56 kali dengan *durasi* sebesar 10 jam 42 menit 18 detik. Kampanye dialogis yang mengangkat isu kesehatan sebanyak 6 kali (10,71%) dengan durasi pembicaraan tema kesehatan selama 1 menit 23 detik (0,22%).

Pada Pemilu 2004 di media elektronik partai politik mempunyai perhatian yang lebih baik terhadap kesehatan dibanding 1999. Ada 31,09% dari 162 kali kampanye melalui media televisi dan radio yang mengangkat isu kesehatan. Terdapat kenaikan cukup signifikan dari angka 10,67% di Pemilu tahun 1999 (kampanye dialog dan monolog). Persentase lama isu kesehatan dibanding dengan total lama waktu kampanye juga membaik dibandingkan dengan Pemilu 2004. Persentasenya adalah 1,75% dibanding 0,22% pada Pemilu tahun 1999.

Pada Pemilu 1999 dicermati 615 berita dan artikel partai politik yang diambil dari 11 surat kabar harian (Media Indonesia, Kompas, Republika, Suara Pembaruan, The Jakarta Post, Jawa Pos, Yogya Pos, Kedaulatan Rakyat, Bernas, Suara Merdeka, dan Solo Pos) serta 9 tabloid umum (Vokal, Realitas, Opini, Berita Keadilan, Gugat, Tekad, Detak, Oposisi, Format), 4 tabloid milik partai politik (Demokrat, Amanat, Aliansi, Abadi) dan 7 majalah (Panji Masyarakat, Forum, Gatra, Tempo, D&R, Gamma, Sabili). Berdasarkan artikel sejumlah 615 artikel itu mengangkat tema kesehatan hanya sebanyak 18 artikel (2,92%).

Pada Pemilu 2004, ada 1986 berita dan artikel politik dari partai politik yang dicermati di berbagai media cetak. Persentase artikel yang mengangkat tema kesehatan adalah 11,32% (225 artikel). Keadaan ini menunjukkan bahwa artikel yang terkait dengan kegiatan partai-partai politik semakin memuat mengenai aspek kesehatan di media massa cetak pada Pemilu 2004 dibanding dengan 1999.

Pada Pemilu 1999 berdasarkan *content analysis* tema kesehatan yang diangkat adalah seperti yang terlihat pada Gambar 3.12.



GAMBAR 3.12.
PERSENTASE JENIS ISU KESEHATAN YANG
DIANGKAT OLEH PARTAI POLITIK DALAM
KAMPANYE PEMILU 1999

Berdasarkan analisis isi ini terlihat bahwa topik kampanye mengenai rumah sakit sangat kurang. Secara keseluruhan dipandang dari pelaku kampanye kesehatan, ternyata partai-partai besar pemenang Pemilu 1999 (PDI Perjuangan, Golkar, PPP) hanya sedikit melakukan kegiatan kampanye di berbagai cara (Lihat Tabel 3.5 dan Tabel 3.6). Keadaan ini cukup memprihatinkan karena dapat ditafsirkan masyarakat pemilih tidak peduli isu kesehatan saat memilih tanda gambar pada Pemilu tahun 1999.

Akan tetapi pada Pemilu 2004, fenomena Partai Keadilan Sejahtera yang banyak mengangkat isu kesehatan dan berhasil mempunyai kenaikan pesat merupakan pertanda awal bahwa masyarakat pemilih kelihatan semakin tertarik pada isu kesehatan. Disamping itu secara keseluruhan terjadi peningkatan jumlah kampanye yang melontarkan isu kesehatan.

TABEL 3.5.
URUTAN PARTAI YANG MENGANGKAT ISU KESEHATAN
(Frekuensi di Berbagai Cara Kampanye)
PEMILU TAHUN 1999

No.	Nama Partai	Frekuensi
1	Partai Keadilan	6
2	Partai Amanat Nasional	4
3	Partai Aliansi Demokrat Indonesia	3
4	Partai Masyumi,	2
5	Partai Serikat Pekerja,	2
6	Partai Nasional Demokrat,	2
7	Partai Umat Muslimin Indonesia,	2
8	Partai Persatuan Pembangunan,	2
9	Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan,	2
10	Partai Keadilan dan Persatuan,	2
11	Partai Uni Demokrasi Indonesia,	2
12	Partai Demokrasi Indonesia,	2
13	Partai Ikatan Pendukung Kemerdekaan Indonesia,	1
14	Partai Syarikat Islam Indonesia 1905,	1
15	Partai Nahdatul Umat,	1
16	Partai Buruh Nasional,	1
17	Partai Bhinneka Tunggal Ika,	1
18	Partai Kebangsaan Merdeka,	1
No.	Nama Partai	Frekuensi
19	Partai Nasional Indonesia-Massa Marhaen,	1
20	Partai Umat Islam,	1
21	Partai Golongan Karya,	1
22	Partai Bulan Bintang,	1
23	Partai Kebangkitan Bangsa	1
Total		42

TABEL 3.6.
URUTAN PARTAI YANG MENGANGKAT ISU KESEHATAN

(Frekuensi di Berbagai Cara Kampanye)

PEMILU TAHUN 2004

No.	Nama Partai	Frekuensi
1	Partai Keadilan Sejahtera	33
2	Partai Amanat Nasional	28
3	Partai Kebangkitan Bangsa	20
4	Partai Golongan Karya	17
5	Partai Patriot Pancasila	16
6	Partai Persatuan Daerah	15
7	Partai Karya Peduli Bangsa	13
8	Partai Demokrasi Indonesia Perjuangan	13
9	Partai Persatuan Pembangunan	13
10	Partai Perhimpunan Indonesia Baru	12
11	Partai Demokrat	12
12	Partai Bintang Reformasi	11
13	Partai Keadilan dan Persatuan Indonesia	10
14	Partai Bulan Bintang	8
15	Partai Sarikat Indonesia	8
16	Partai Damai Sejahtera	8
17	Partai Marhaenisme	7
18	Partai Buruh Sosial Demokrat	7
19	Partai Penegak Demokrasi Kebangsaan ,	7
20	Partai Nasionalis Banteng Kebangsaan,	6
21	Partai Penegak Demokrasi Kebangsaan,	6
22	Partai Persatuan Nadlatul Ulama Indonesia,	6
23	Partai Merdeka,	4
24	Partai Pelopor,	4
	Total	284

Walaupun ada perbaikan di dalam Pemilu 2004, hasil penelitian ini menunjukkan perhatian yang masih kurang dari politikus terhadap sektor kesehatan. Pada keadaan ini ketrampilan *lobbying* dan komunikasi diperlukan oleh pemimpin rumah sakit untuk mempengaruhi berbagai pihak yang terlibat dalam penyusunan anggaran kesehatan pemerintah pusat dan daerah. Kenyataan ini menunjukkan bahwa direktur rumah sakit seperti para pemimpin sektor kesehatan lainnya mau tidak mau harus mempelajari aspek politik dalam mencari dana-dana subsidi.

Reich (1996) menyatakan bahwa diperlukan keterampilan untuk menilai keadaan politik di suatu tempat dalam usaha merumuskan kebijakan. Untuk memahami aspek politik terdapat lima langkah yang diusulkan: (1) memahami kebijakan saat ini dan merumuskan kebijakan yang diinginkan termasuk tujuan dan mekanisme pencapaiannya; 2) mengidentifikasi pihak-pihak yang menentukan secara politis dan menganalisis posisi masing-masing; (3) menilai peluang dan hambatan dalam mengusahakan kebijakan yang dimaksud; (4) menyusun strategi; dan (5) menilai hasil strategi yang dilakukan. Dalam konteks mengusahakan anggaran rumah sakit, direktur rumah sakit dapat menggunakan pendekatan ini khususnya dalam menganalisis pihak-pihak pemerintah yang mendukung ataupun menentang pemberian anggaran untuk rumah sakit atau keluarga miskin di rumah sakit.

Hasil analisis politik ini memerlukan ketrampilan untuk membujuk atau mempengaruhi orang lain. Keterampilan ini merupakan salah satu seni berkomunikasi dengan berbagai pihak. Setelah melakukan analisis politik, maka ketrampilan mempengaruhi orang lain perlu diterapkan. Watkins (2001) memberikan berbagai hal penting untuk diperhatikan. Sebagaimana yang dikemukakan Reich, disarankan untuk memetakan berbagai lembaga, pihak dan pribadi yang mempengaruhi keputusan. Selanjutnya, diperlukan semacam analisis mengenai sikap berbagai pihak yang mempengaruhi keputusan tersebut. Hasil analisis dapat menunjukkan pihak yang menentang maupun mendukung. Langkah berikutnya, membentuk persepsi berbagai pihak yang berbeda-beda. Pendekatan yang dilakukan dalam langkah ini bermacam-macam, misalnya melakukan negosiasi, memberikan insentif hingga menggunakan pengaruh dari orang-orang penting. Teknik-teknik yang diperlukan untuk membentuk persepsi berbagai pihak ini tergantung pada situasi dan budaya setempat. Akan tetapi, pada dasarnya yaitu mempengaruhi berbagai pihak agar mendukung pembiayaan pemerintah untuk rumah sakit.

3. Prospek Subsidi dari Dana Kemanusiaan

Untuk mendukung misi sosialnya di samping dana subsidi pemerintah, rumah sakit mempunyai peluang untuk menerima sumbangan dari masyarakat. Namun, muncul pertanyaan apakah rumah sakit sebagai suatu lembaga masih membutuhkan sumbangan? Pertanyaan ini menarik untuk dijawab karena perkembangan saat ini telah menjadikan rumah sakit sebagai lembaga yang secara relatif mempunyai uang. Berbagai rumah sakit keagamaan dan pemerintah terlihat megah dan mengesankan mempunyai dana besar. Akibatnya, rumah sakit sekarang justru dimintai sumbangan bukannya disumbang sebagaimana dilaporkan oleh beberapa direktur rumah sakit. Pertanyaan kritisnya: apakah memang rumah sakit sudah kehilangan kesempatan untuk menggali dana kemanusiaan? Di Amerika Serikat dana kemanusiaan untuk rumah sakit menurun tetapi masih terus diusahakan peningkatannya. Hal ini penting untuk menjaga citra rumah sakit sebagai tempat yang sebaiknya disumbang, bukan pihak penyumbang.

Bagian ini membahas prospek penggalan dana kemanusiaan untuk rumah sakit. Pembahasan diawali dari riwayat “sumbangan kemanusiaan” rumah sakit dari masa lalu hingga masa sekarang yang dikaitkan dengan usaha penggalan dana sosial untuk rumah sakit. Pembahasan sejarah ini dilihat dari perkembangan rumah sakit *zending* yang dimulai abad XIX saat mulai memberikan pelayanan kesehatan kepada penduduk pribumi. Usaha tersebut dimulai oleh para utusan *zending* yang datang lebih awal dan dikenal dengan sebutan *Zendeling Leerar* (utusan pekabar injil), serta *zendeling onderwijser* (utusan guru). Kemudian, diikuti oleh *Zendeling Diacon* (utusan mantri perawat), dan *Zendeling Arts* (utusan dokter). Daerah-daerah yang dijadikan tempat usaha pelayanan kesehatan dan rumah sakit oleh *Zending* meliputi Yogyakarta (Petronella), Rantepao (Elim), Bandung (Immanuel), dan Tayu-Jawa Tengah (rumah sakit kusta).

Pemberian layanan kesehatan tidak hanya dimaksudkan sebagai sarana pengobatan tetapi secara khusus diarahkan bagi terciptanya kondisi pendukung kesuksesan misi keagamaan. Para utusan *zending* yang datang ke Indonesia merupakan tenaga yang sebelumnya dipersiapkan untuk melaksanakan misi keagamaan. Dari beberapa catatan menunjukkan bahwa para *zendeling* dalam memberikan pelayanan kesehatan dan mengelola rumah sakit menempatkan pelayanan sebagai tujuan utama daripada mengejar keuntungan. Pembiayaan diperoleh dari subsidi Pemerintah Hindia Belanda melalui *Dients der Volksgezondheid* (DVG, Dinas Kesehatan Rakyat Pemerintah) dan bantuan berupa kolekte, iuran dan berbagai usaha pengumpulan dana yang diusahakan oleh lembaga pengutus. Dalam peraturan pemerintah tahun 1928 dan peraturan subsidi Dinas Kesehatan tahun 1935 disebutkan bahwa sekitar 60% sampai dengan 70% seluruh biaya operasional ditanggung oleh pemerintah. Campur tangan pemerintah juga tampak pada bantuan tenaga ketika *zending* belum mampu mendatangkan mantri perawat dan dokter sendiri (Zebua dan Trisnantoro, 2000).

Dalam perkembangan selanjutnya, khususnya setelah Pemerintah Hindia Belanda dan *zendeling* meninggalkan Indonesia, maka pengelolaan pelayanan kesehatan dan rumah sakit diambil alih oleh Pemerintah Indonesia dan lembaga-lembaga keagamaan (pihak swasta). Para pemilik (lembaga gereja) membentuk yayasan-yayasan sebagai pengelola sekalipun sumber keuangan masih tergantung dari sebagian pemberian pendiri. Dalam mengelola pelayanan kesehatan dan rumah sakit cenderung mempertahankan fungsi sosial keagamaan sebagai misi yang diwarisi dari pendiri. Walaupun lingkungan rumah sakit yang didirikan oleh *Zending* telah mengalami perubahan.

Hal itu disebabkan oleh meningkatnya status sosial ekonomi masyarakat dan pendidikan sehingga memunculkan kelompok-kelompok tertentu dalam masyarakat yang menuntut penyediaan layanan sesuai selera mereka.

Sementara itu, rumah sakit yang didirikan oleh *zending* dihadapkan pada terbatasnya bantuan donor. Pembayaran yang lebih kecil dari sebagian pasien tidak dapat diandalkan untuk membiayai program-program baru.

Berbagai RS keagamaan yang berasal dari *zending* dan juga dari RS Katholik berubah menjadi RS swasta terbesar dan tertua di kota masing-masing, seperti RS Bethesda di Yogyakarta, RS RKZ di Surabaya, RS Borromeus di Bandung, dan lain-lain. Dengan lingkungan yang cepat bergerak, sistem manajemen RS keagamaan cenderung mengadopsi perubahan lingkungan, termasuk membuka berbagai kelas perawatan. Sebagai contoh, RS Bethesda terdapat sekitar sepuluh kelas perawatan inap. Sementara itu, RS yang berada di lingkungan yang kurang dinamis cenderung tetap melakukan sistem manajemen yang lama, misalnya RS Elim di Rantepao, Sulawesi Selatan. Sampai penghujung tahun 1990-an pihak gereja menolak adanya kelas VIP pada RS Elim. Perubahan lingkungan yang berlangsung secara cepat ternyata menimbulkan perpindahan sumber pembiayaan. Hal ini disebabkan oleh hilangnya komponen subsidi pada RS keagamaan, termasuk RS *zending*. Agar RS keagamaan dapat bertahan, praktis sumber pembiayaan khususnya pembiayaan operasional berubah menyerupai rumah sakit swasta nonkeagamaan dengan sumber biaya sebagian besar berasal dari pembayaran pasien.

Rumah sakit keagamaan Islam mengalami perkembangan berbeda. Berdasarkan aspek sejarah, rumah sakit-rumah sakit Islam dibangun belakangan dari rumah sakit-rumah sakit keagamaan non-Islam. Hal ini terlihat dari lokasi bangunan rumah sakit keagamaan Kristiani pada umumnya berada di jalan-jalan utama kota-kota besar, misalnya di Palembang (RS Charitas), Yogyakarta (RS Bethesda dan RS Panti Rapih), RS RKZ Surabaya, RS Elisabeth Semarang. RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang tertua, memiliki letak strategis tetapi sangat sempit lahannya. Rumah sakit-rumah sakit Islam banyak berkembang setelah tahun 1970-an. Masalah sumber biaya RS Islam untuk

investasi dapat diperoleh dari berbagai sumber berupa wakaf, sumbangan, hingga hibah dari luar negeri. Bagi RS Islam yang masih muda, masalah biaya operasional dan pemeliharaan merupakan hal yang tidak semudah biaya investasi untuk memperolehnya. Akibatnya, kemungkinan RS dibangun secara fisik dan peralatan tetapi tidak mempunyai subsidi untuk operasional dan pemeliharaan sehingga berakibat tarif rumah sakit Islam relatif tinggi dibanding dengan rumah sakit pemerintah.

Untuk memahami keadaan subsidi bagi keluarga miskin dan bagi rumah sakit, Aji dan Trisnantoro (2000) melakukan penelitian mengenai pembiayaan bagi keluarga miskin pada rumah sakit keagamaan dan rumah sakit kemanusiaan di sebuah kota besar. Dalam penelitian ini ditemukan beberapa mekanisme sumber biaya yang dapat diidentifikasi yaitu, (1) menggunakan model subsidi silang; (2) menggunakan manajemen kas; (3) bersumber dari sumbangan dokter; (4) bersumber dari pemberi dana kemanusiaan perorangan.

Sumber biaya menggunakan model subsidi silang

Rumah sakit Katolik X menggunakan kerangka konsep subsidi silang dalam penanganan pasien tidak mampu. Akan tetapi, arti dari subsidi silang ini tidak berdasarkan informasi dari data akuntansi yang benar-benar memiliki sisa hasil usaha dari kelas atas untuk kelas-kelas di bawah atau untuk keluarga miskin. Prinsip subsidi silang yaitu biaya diambilkan dari pendapatan unit pelayanan, unit rawat jalan, obat-obatan, pemeriksaan penunjang. Sebagaimana diterangkan direktur RS Katolik X:

“... Ya namanya kita punya sistem, namanya *cross subsidy*, orang kaya membantu keluarga miskin,.....*from patient for patient...*”.

Tahun 1998 RS Katolik X telah mengeluarkan biaya subsidi perawatan kamar sebesar Rp 565.885.816,00 dan subsidi penghapusan piutang pasien umum sebesar Rp 121.019.725,00. Jadi, total subsidi tahun 1998 sebesar

Rp 686.905.339,00. Tahun 1999 sampai dengan September RS Katolik X telah mengeluarkan biaya subsidi perawatan kamar sebesar Rp 319.739.106,00 dan subsidi penghapusan piutang pasien umum sebesar Rp 216.550.830,00. Jadi, total subsidi yang telah dikeluarkan tahun 1999 sebesar Rp 536.289.936,00. Jumlah tersebut diperkirakan mencapai 5 % dari total biaya operasional tahunan Rumah Sakit Katolik X.

Rumah sakit Islam Y dalam perencanaan anggaran tahun 1999 mengalokasikan dana subsidi sekitar 1 % dari perkiraan total pendapatan. Besar dana tersebut diperkirakan mencapai lebih kurang 150 juta rupiah. Angka 1 % ini dalam pelaksanaannya bersifat fleksibel, artinya dapat meningkat asalkan tidak mengganggu sisa hasil usaha yang diharapkan sebesar 8,5 %. Gagasan pengalokasian 1 % ini bertolak dari upaya untuk mewujudkan keharusan rumah sakit sosial menyediakan 25 % bangsal klas III untuk pasien tidak mampu. Hal ini ditegaskan oleh direktur RS Islam Y;

"...Nah pengertian 25 % itu yang tidak cocok. Pengertian itu harus diterjemahkan dalam proporsi anggaran untuk charity, harusnya itu".

Penggunaan alokasi sebesar 1 % ini tidak hanya untuk peringanan pasien tidtak mampu saja melainkan juga untuk potongan kehormatan tokoh-tokoh perkumpulan Islam, kolega atau teman sejawat, dan pihak ketiga (dana sehat dan JPKM).

Alokasi dari pendapatan bunga

Di samping dana dari pasien kaya, RS Katolik X juga memanfaatkan hasil dari suku bunga deposito pada tenggang waktu antara penerimaan uang kontan terutama dari rawat jalan sampai dengan pembayaran obat-obatan, alat-alat kesehatan, dan bahan lain yang biasanya dapat dibayar belakangan. Hal ini dijelaskan oleh Wakil Direktur Keuangan RS Katolik X:

"... Kalau memang rawat jalannya itu banyak memang uang itu istilahnya kan uang banyak, lha

lalu kan dalam hal ini kan saya harus bayar obat, bayar apa, kan masih ada tenggang sedikitlah, dua minggulah, tapi kan lumayanlah bunga-bunga deposito, bunga-bunga bank masih bisa kami gunakan”.

Rumah Sakit Mengusahakan Dana dari Aspek Sosial para Dokter dan Pengkajian

Di samping anggaran 1 %, Rumah Sakit Islam Y memperoleh sumber biaya bagi pasien tak mampu dari potongan penghasilan dokter sebesar 2,5 % dan hasil pengumpulan dana dari komunitas pengajian rutin *Rebo Paingan*. Pengelolaan dana 2,5 % ini dilakukan oleh Bazis (Badan Zakat Infaq Sodaqoh) yang berada dibawah kendali Wakil Direktur BRI (Bina Rohani Islam). Penggunaan dana ini pada umumnya untuk menyantuni keluarga karyawan kurang mampu, membantu masyarakat sekitar rumah sakit yang membutuhkan, serta membantu pasien tak mampu.

Sedangkan dana hasil pengajian rutin *Rebo Paingan* setiap pelaksanaan rata-rata sebesar Rp 600.000,00 dikelola oleh Yayasan RS Islam Y dan diperuntukkan khusus pasien tak mampu. Pelaksanaan pengajian ini di halaman parkir rumah sakit pada jam 06.00 WIB sampai dengan jam 07.00 WIB. Pengajian diawali dengan ceramah agama oleh ulama kemudian diakhiri dengan pengumpulan dana yang hasilnya diumumkan pengelola sebelum penutupan. Tahun 1998 RS Islam Y telah mengeluarkan biaya keringanan pasien tak mampu sebesar Rp 78.279.484,00 yang berasal dari subsidi rumah sakit sebesar Rp 67.732.234,00 dan Bazis sebesar Rp 10.547.250,00. Tahun 1999 sampai dengan bulan Juni telah dikeluarkan biaya keringanan pasien sebesar Rp 33.618.095,00 yang berasal dari subsidi rumah sakit Rp 28.518.445,00 dan Bazis sebesar Rp 5.009.650,00.

Sumber dari Donatur Kemanusiaan

Seluruh rumah sakit swasta yang diteliti menunjukkan bahwa peranan donatur untuk membantu pasien tak mampu sangat minimal. Rumah Sakit Katolik X sejak enam tahun terakhir sudah tidak memperoleh bantuan dari donatur untuk menunjang biaya operasional perawatan pasien tak mampu. Bantuan hanya diperoleh pada kejadian tertentu misalnya, ketika bencana Merapi. Sebagaimana keterangan Direktur RS Katolik X berikut:

“.....Kalau saat sekarang rumah sakit sudah ndak ada donor dalam arti untuk operasional,...jadi semua itu ya namanya ya self sufficient saja, berdiri sendiri. Kecuali hal-hal tertentu yang seperti waktu bencana Merapi, ada orang-orang yang katakanlah secara insidental gitu ya, tapi itu membantu direct pada pasien gitu lho, ngasih mie atau apa....”

Rumah Sakit Kristen Z sejak lima tahun terakhir juga tidak memperoleh donatur untuk perawatan pasien tak mampu. Saat-saat tertentu sumbangan diperoleh dari para pembaca surat kabar setelah membaca berita tentang pasien yang dirawat. Salah satu contoh seperti yang diceritakan Wakil Direktur Keuangan:

“ Ya kadang-kadang ada yang kayak musiman atau apa yang kadang-kadang terekspose wartawan. Cuma itu kan insidental kan, cuma ada orang yang tidak mau disebutkan namanya memberi dua juta umpamanya,. ...pernah ada, tapi jarang...”

Rumah Sakit Islam Y selama tahun 1998 dan 1999 berturut-turut memperoleh sumbangan dari perorangan sebesar 50 juta rupiah untuk membantu biaya perawatan pasien tak mampu. Donatur ini keberatan identitasnya diketahui umum. Menurut donatur, sumbangan tersebut merupakan urusan pribadi dengan rumah sakit PKU

berdasarkan moralitas keikhlasan. Donatur menolak diwawancarai melalui telepon:

“Sumbangan itu masalah pribadi saya dengan PKU, saya tidak mau diwawancarai lebih dalam lagi”.

Mengapa Sumbangan Kemanusiaan Semakin Menurun?

Semakin surutnya peran donatur kemanusiaan guna membantu perawatan pasien tak mampu ini menurut hasil diskusi dengan Direktur RS Katolik X, Direktur RS Islam Y, dan Wakil Direktur (Wadir) Keuangan RS Kristen Z disebabkan oleh faktor eksternal dan internal. Ketiga responden sependapat bahwa faktor eksternal yang berpengaruh terutama pandangan masyarakat awam bahwa rumah sakit swasta sekarang telah mempunyai banyak dana dengan melihat penampilan fisik bangunan rumah sakit yang cukup megah dan transaksi uang harian yang besar. Bahkan kecenderungan dewasa ini rumah sakit menjadi sasaran permintaan sumbangan untuk kegiatan sosial kemasyarakatan dan sosial keagamaan.

Pengaruh pandangan masyarakat awam disampaikan oleh Wadir Keuangan RS Kristen Z:

“Masyarakat mengira di rumah sakit banyak uang melimpah dan bahkan yang minta banyak sekali, selain dari perguruan tinggi, atau dari organisasi ,... gereja-gereja pun malah terbalik gitu lho mestinya dia berpikir juga bagaimana mestinya gereja ikut memikirkan kita,.....umpamanya gereja minta bantuan nyumbang untuk iniMemang sekarang itu ...ya itu tadi dari luar mengira dengan bangunan gini itu sudah wajib dimintai bantuan...”

Pendapat senada disampaikan Direktur RS Katolik X:

“Sekarang ini rumah sakit,.....malah dilihat sebagai sumber untuk cari dana. Itu yang menjadi kita lebih repot.”

Direktur RS Katolik X menyatakan beberapa faktor yang mengakibatkan mundurnya dana kemanusiaan diantaranya peraturan pemerintah yang mengharuskan semua bantuan donatur luar negeri melalui pemerintah, pergeseran orientasi donatur dari Eropa Barat ke Eropa Timur yang telah terlepas dari kekuasaan komunis, adanya pergeseran minat para donatur yang sekarang lebih tertarik pada bidang-bidang sosial, pendidikan, agama dan makanan; tidak adanya kebijakan pemerintah memberikan keringanan pajak bagi para wajib pajak yang menjadi donatur kemanusiaan.

Hasil diskusi dengan para pengelola rumah sakit swasta yang diteliti menunjukkan kecenderungan semakin surutnya peran donatur kemanusiaan dalam membantu perawatan pasien tak mampu yang *mondok*. Bahkan pada tiga rumah sakit yakni RS Kristen Z, RS Katolik X dan RS Mata A dapat dikatakan sudah tidak ada sama sekali dana kemanusiaan untuk pasien tak mampu. Pendapat para pengelola menyiratkan kesan pesimisme terhadap peluang dan keberhasilan upaya penggalangan donatur kemanusiaan baik dari dalam maupun luar negeri. Hal ini mungkin bertolak dari pengalaman kegagalan mereka. Direktur beserta Yayasan Katolik Z pernah berusaha mencari donatur baik ke Jakarta maupun ke Jerman tetapi tidak membuahkan hasil. Direksi Rumah Sakit Kristen Z pernah mengusulkan masalah donatur kemanusiaan pada rapat koordinasi dengan pihak yayasan tetapi belum mendapat tanggapan positif. Hanya di RS Islam Y donatur kemanusiaan sedikit berperan baik lewat mekanisme pengajian *Rebo Paingan*, potongan 2,5 % para dokter, maupun sumbangan langsung ke rumah sakit.

Penelitian ini menunjukkan bahwa pihak rumah sakit mengalami kesulitan mencari donor kemanusiaan. Namun, di luar sistem manajemen rumah sakit terdapat berbagai

kegiatan yang dapat dilakukan untuk menggalang dana kemanusiaan bagi keluarga miskin termasuk untuk membiayai rumah sakit. Kegiatan-kegiatan ini biasanya melibatkan tokoh-tokoh masyarakat yang dapat dipercaya untuk melakukannya, seperti yang dilakukan oleh GKR Hemas, permaisuri Sri Sultan Hamengkubuwono, Gubernur DIY. Pesimisme mengenai keberadaan dan penggalangan donatur kemanusiaan ini dibantah oleh GKR Hemas. Pengalaman mengupayakan dana untuk biaya intervensi peningkatan gizi terhadap 200 balita di DIY yang mengalami malnutrisi selama krisis ekonomi menunjukkan bahwa dalam waktu sehari di Jakarta dapat diperoleh dana ratusan juta rupiah. Lewat Yayasan Kanker misalnya, juga berhasil dihimpun dana untuk membangun fasilitas penginapan sederhana di belakang Rumah Sakit dr. Sardjito diatas tanah milik Kraton Yogyakarta. Fasilitas ini diperuntukkan bagi pasien kanker yang harus menjalani radioterapi rutin pada RS dr. Sardjito. Dengan adanya penginapan murah ini para penderita kanker yang rumahnya jauh dari Yogyakarta tidak perlu pulang balik untuk berobat. Untuk membiayai pengobatan rutin penderita penyakit jantung yang sedang hamil, GKR Hemas berhasil mengumpulkan dana lebih kurang 30 juta rupiah dengan menyelenggarakan turnamen golf. Pengalaman lain adalah pencarian dana bagi bayi-bayi terlantar yang dikelola Yayasan Sayap Ibu. Penggalangan dana dilakukan dengan mengirim berita lewat *e-Mail* di internet. Pesan *e-Mail* ini diterima oleh salah seorang pengelola surat kabar di Belanda kemudian memuat kabar tersebut pada surat kabarnya. Tanggapan positif muncul dari para pembaca surat kabar dengan mengirimkan sumbangan.

Peran media massa saat ini cenderung meningkat dalam penggalan dana kemanusiaan untuk rumah sakit. Program Tembang Kenangan di Indosiar yang dipimpin oleh penyanyi Bob Tutupoly memberikan sumbangan rutin yang signifikan untuk pelayanan di berbagai rumah sakit di Jakarta. Dana Kemanusiaan Kompas, dan Pundi Amal SCTV terlibat dalam membiayai pasien-pasien keluarga miskin di rumah sakit.

Sementara itu dalam bencana alam tsunami di Aceh model penggalangan dana dari Metro TV menunjukkan hasil yang besar, walaupun tidak semua untuk pelayanan kesehatan.

Potensi penggalian dana-dana kemanusiaan di masa mendatang

Kunci keberhasilan penggalangan dana dengan model yang dikerjakan GKR Hemas adalah integritas (kesungguhan dan ketulusan pengabdian) figur-figur yang bertugas untuk meyakinkan para donatur. Figur yang memenuhi kriteria tersebut menurut masih mudah di peroleh di kalangan para dokter pada rumah sakit swasta di Yogyakarta. Selanjutnya, tergantung keseriusan rumah sakit dalam merancang segmen donatur berikut strategi dan metode penggalangannya.

Hal ini sejalan dengan pendapat Kotler (1987) yakni penggalangan donatur harus berorientasi pada pemasaran secara strategis. Mengapa menggunakan kata “pemasaran”? Organisasi yang sedang mengumpulkan dana kemanusiaan umumnya melalui tiga tahap pemikiran agar efektif yaitu tahap produk, tahap penjualan, dan tahap pemasaran.

Rumah sakit yang masih berada pada tahap produk, sikap yang ditunjukkan dalam pemikiran ini adalah "rumah sakit memberikan pelayanan sosial kepada masyarakat miskin sehingga orang-orang akan memberi sumbangan ke rumah sakit". Dalam kegiatannya rumah sakit ini cenderung bersifat pasif. Tahap pemikiran berikutnya adalah tahap penjualan. Sikap yang ditunjukkan pada tahap pemikiran ini adalah "Ada banyak orang yang mungkin mau memberi sumbangan sehingga rumah sakit harus mendapatkannya". Tahap pemikiran ini bersikap lebih aktif tetapi belum menggunakan kaidah-kaidah pemasaran. Tahap pemikiran yang ketiga adalah tahap pemasaran. Dalam pemikiran ini para calon pemberi sumbangan disebut sebagai pasar donor. Pemikiran ini mengasumsikan bahwa para calon penyumbang mengambil manfaat dalam tindakan memberi sumbangan. Manfaat tersebut bermacam-macam, dapat bersifat surgawi artinya sesuai keyakinan agama, atau manfaat duniawi.

Dengan demikian, hubungan antara pemberi sumbangan dan rumah sakit bersifat timbal-balik. Sikap yang ditunjukkan adalah "Sebuah rumah sakit harus menganalisa posisinya dalam pasar donor. Hasil analisis akan memberikan pemahaman mengenai minat calon donatur yang akan menyumbang. Dengan mempunyai data mengenai calon donor rumah sakit dapat merancang program penggalan dana kemanusiaan untuk memenuhi kebutuhan tiap kelompok donor". Pendekatan ini memerlukan segmentasi pasar donor yang cermat, mengukur potensi tiap donor untuk memberi dana, merancang tugas untuk mengembangkan tiap pasar donor melalui pendekatan penelitian, dan komunikasi serta mengembangkan rencana dan anggaran untuk tiap pasar.

Dengan menggunakan pendekatan pemasaran, menurut Kotler terdapat lima langkah untuk mengelola donor. Langkah pertama, meneliti ciri-ciri calon donor. Pada intinya terdapat empat kelompok donor utama yaitu perseorangan, yayasan, perusahaan, dan pemerintah. Tiap pasar donor dana ini mempunyai motif memberi dan kriteria untuk memberi. Langkah kedua, mengorganisir pelaksanaan pencarian dana dengan cara tertentu yang dapat mencakup pasar donor yang berbeda-beda, mencakup pelayanan-pelayanan atau unit-unit organisasi, alat-alat pemasaran, dan wilayah geografis. Langkah ketiga, membentuk atau menetapkan tujuan-tujuan dan strategi untuk mengarahkan usaha pencarian dana. Langkah keempat, adalah membentuk berbagai taktik pencarian dana bagi berbagai kelompok donor. Beberapa taktik dapat dipilih untuk kelompok donor yang sifatnya massal dan dominan, kelompok donor yang terdiri anggota-anggota suatu klub atau asosiasi, kelompok donor yang terdiri dari orang-orang kaya dan berpengaruh dan kelompok donor yang kaya-raya. Langkah kelima, melakukan evaluasi atas usaha pencarian dana yang dilakukan. Evaluasi umum meliputi analisa persentase tujuan yang telah dicapai, komposisi sumbangan, rata-rata jumlah sumbangan, pasar saham, dan rasio pengeluaran dengan pendapatan dalam kegiatan menggali dana-dana kemanusiaan untuk rumah sakit.

Contoh penggalan dana kemanusiaan dilakukan oleh Massachusetts General Hospital (MGH), sebuah rumah sakit terkemuka di Boston. Setelah melihat pengalaman dan data, MGH memberikan kesempatan kepada masyarakat untuk menyumbang rumah sakit sesuai keinginan masing-masing. Bagi masyarakat yang berminat dengan pengetahuan kesehatan MGH mempunyai masyarakat ilmiah Bulfinch. Anggota masyarakat yang membayar US\$ 100 akan diundang dalam Seri Perkuliahan Masyarakat Ilmiah Bulfinch dalam berbagai materi kesehatan. Di samping itu, namanya akan dicatat dalam laporan donor tahunan. Jika memberikan dalam jumlah besar (lebih dari 25.000 US\$) dapat memberikan namanya untuk dikenang di rumah sakit. Cara lain dengan memberikan kesempatan kepada karyawan, direksi, dan pensiunan perusahaan untuk memberikan sumbangan. Bagi calon donor yang berminat memberikan sumbangan untuk membangun fasilitas fisik, MGH menyediakan kesempatan menyumbang. Untuk mendukung penelitian dan pengembangan fasilitas pendidikan, MGH mengharapkan sumbangan langsung untuk pelayanan pasien dan riset pendidikan pada berbagai penyakit sesuai dengan pilihan. Diharapkan para calon penyumbang dapat menemukan penyakit-penyakit yang sesuai dengan keinginannya untuk menyumbang. Cara menyumbang lain yaitu mewariskan harta untuk rumah sakit.

Jaringan rumah sakit dan pelayanan kesehatan keagamaan Sisters of Mercy, juga melakukan program serupa. Pesan yang diberikan kepada para calon penyumbang menggunakan nada keagamaan dan menyentuh sejarah pendirian rumah sakit. Para calon penyumbang diberi kesempatan untuk memberikan sumbangan ke pengembangan fisik dan mutu pelayanan rumah sakit. Contoh kegiatan yang diharapkan disumbang antara lain, pembangunan gedung baru untuk pelayanan kesehatan wanita, pembangunan tambahan tempat parkir, pembelian peralatan baru untuk radiologi, penyinaran kanker, dan laboratorium. Cara menyumbang ke rumah sakit bervariasi, antara lain pemberian tunai,

pemberian warisan, pemberian melalui perusahaan hingga pemberian untuk mengenai seseorang yang dicintai. Dalam promosi pemberian sumbangan disebutkan bahwa pemberian tunai dapat mengurangi pajak penghasilan pemberi. Di samping pemberian sumbangan, Sisters of Mercy menyelenggarakan berbagai acara untuk menggali dana kemanusiaan. Acara yang dilakukan antara lain, malam dana dengan menampilkan pertunjukan musik dan acara *gala dinner* dengan berbagai pertunjukan.

Berdasarkan hal tersebut terlihat bahwa kedua lembaga pelayanan kesehatan mempraktikkan konsep pemasaran dalam penggalan dana kemanusiaan. Dengan memberikan berbagai pilihan menyumbang pengelola rumah sakit berusaha mencocokkan motivasi para calon donor untuk menyumbang dengan kebutuhan rumah sakit. Dalam hal ini perlu dicatat bahwa motivasi menyumbang perorangan adalah bervariasi.

Apakah strategi ini mungkin dilakukan dalam konteks rumah sakit di Indonesia? Dalam hal ini perlu diperhatikan bahwa terdapat perbedaan kultural antara Amerika Serikat dengan Indonesia. Kultur Amerika Serikat sebagai bangsa adalah sebagai berikut: Mempunyai budaya kompetisi yang sangat kuat dan individualistik; *Money oriented* dan sangat kaya; Mudah tergerak untuk menyumbang karena memang sudah kaya dan menjadi tradisi. Kasus 11 September 2001 menunjukkan bahwa menyumbang merupakan salah satu cara rakyat Amerika mengurangi penderitaan mental; Mempunyai berbagai kebijakan pajak yang memberi insentif untuk penyumbang.

Model penggalan dana kemanusiaan yang dilakukan MGH atau di Sisters of Mercy Health Care memang sesuai dengan budaya Amerika Serikat. Akan tetapi, kondisi di Indonesia mungkin berbeda karena budaya menyumbangnya lain. Apabila dilihat banyak mobil mewah, rumah mewah, dan berbagai tindakan yang membutuhkan biaya banyak merupakan indikasi adanya orang-orang kaya yang potensial untuk menyumbang dana kemanusiaan. Disamping itu, sebagian besar banyak masjid yang indah dan gereja megah.

Pada hari-hari kebaktian, gereja penuh dan pada hari Jum'at masjid-masjid penuh. Akan tetapi, menarik untuk dicermati tidak dijumpai kotak sumbangan untuk mereka yang miskin dan sakit.

Bagi para direktur rumah sakit yang menyukai eksperimen mungkin dapat melakukan berbagai langkah dalam strategi penggalan dana kemanusiaan seperti berikut:

1. Membentuk tim kecil untuk menggali dana kemanusiaan
2. Mengidentifikasi calon donor.
3. Memasukkan program kegiatan penggalan dana kemanusiaan dalam rencana strategis yang disusun oleh rumah sakit
4. Memberi anggaran untuk program penggalan dana kemanusiaan dengan pedoman dana maksimal 10 % s.d. 15% dari pendapatan yang akan diproyeksikan akan diterima.
5. Melaksanakan berbagai kegiatan penggalan dana kemanusiaan dalam jangka pendek atau jangka panjang.

Walaupun kecil kemungkinan untuk mendapatkan hasil penggalan dan kemanusiaan yang besar, tindakan ini perlu dilakukan untuk menambah sumber dana. Disamping itu tindakan ini dapat dipergunakan untuk menyatakan bahwa rumah sakit masih mempunyai beban membantu masyarakat miskin. Pernyataan tegas harus muncul bahwa rumah sakit masih membutuhkan sumbangan bagi keluarga miskin dan bukan tempat untuk dimintai sumbangan.

BAGIAN 4

BERBAGAI ISU UNTUK STRATEGI PENGEMBANGAN RUMAH SAKIT

Pengantar

Bagian IV buku ini membahas berbagai isu strategis mendatang dalam manajemen rumah sakit. Beban misi sosial dan tekanan mekanisme pasar membuat sektor rumah sakit menjadi rumit. Dalam membahas isu strategis mendatang perlu dikaji apa yang disebut oleh WHO sebagai Sistem Kesehatan. Dalam The World Health Report 2002 disebutkan bahwa sistem kesehatan adalah berbagai kegiatan yang tujuan utamanya untuk meningkatkan, memelihara, dan mempertahankan tingkat kesehatan. Sistem kesehatan tidak hanya bertugas meningkatkan kesehatan masyarakat tetapi

melindungi manusia dari risiko biaya karena sakit dan memperlakukan manusia yang sakit sesuai martabatnya.

Sistem kesehatan memiliki empat fungsi, yaitu (1) *stewardship*, (2) pembiayaan kesehatan; (3) penyelenggaraan pelayanan kesehatan; dan (4) pengembangan sumber daya kesehatan. *Stewardship*, merupakan peran yang dilakukan oleh pemerintah dalam penetapan kebijakan, perencanaan strategis dan penentuan program dalam sektor kesehatan, serta penyusunan peraturan perundangan kesehatan. Fungsi pembiayaan meliputi bagaimana penggalan sumber-sumber dana untuk kesehatan melalui berbagai mekanisme misalnya asuransi kesehatan, jaminan sosial, pembayaran langsung, dan sebagainya. Penyelenggaraan pelayanan kesehatan, terdiri dari berbagai pelayanan kesehatan kuratif sampai promotif, sistem rujukan dengan dukungan sistem informasi kesehatan yang baik, kerja sama dengan pihak swasta dan masyarakat melalui "*public and private mixed*", serta pengembangan mutu pelayanan. Pengembangan sumber daya misal dalam sumber daya manusia meliputi perencanaan, produksi dan manajemen, pendidikan dan latihan.

Dalam mekanisme pasar, terlihat bahwa rumah sakit di Indonesia telah berkembang. Terjadi pertumbuhan pasar rumah sakit, disamping pertumbuhan subsidi. Sebagaimana sektor lainnya, keberadaan mekanisme pasar perlu ada pengawasan (*market control*). Mengapa perlu ada pengendalian mekanisme pasar?

Pertama adalah perilaku rumah sakit sebagai pelaku usaha dalam suasana kegiatan berteknologi tinggi dipengaruhi oleh prinsip mencari untung yang apabila tidak dikendalikan akan menimbulkan kekacauan. Hal ini dibahas pada Bab 10 mengenai perilaku rumah sakit dan staf. Bagian ini berusaha membahas hubungan ini dengan mengacu pada situasi profesional di rumah sakit yang terpengaruh oleh teknologi tinggi berbasis mekanisme pasar.

Alasan kedua diperlukannya pengendalian adalah bahwa rumah sakit mempunyai eksternalitas negatif. Sebagai contoh eksternalitas negatif adalah limbah medik, infeksi nosokomial,

penularan penyakit dan kemacetan lalu-lintas akibat manajemen parkir rumah sakit yang tidak baik. Oleh karena itu, diperlukan sistem pemantauan mutu dan perijinan untuk rumah sakit yang dilakukan oleh Dinas Kesehatan sebagai pengendali eksternal. Disamping itu diharapkan pula ada pengendalian internal. Pada Bab 11 dibahas mengenai konsep *governance* di sektor rumah sakit, mulai dari *Good Governance*, *Good Corporate Governance* dan *Good Clinical Governance*. Ketiga konsep ini penting dipergunakan sebagai pedoman untuk mengembangkan rumah sakit menjadi lembaga yang terkelola seperti lembaga penerbangan, bukan lembaga yang sulit dikelola seperti lembaga seni.

Alasan ketiga diperlukannya pengendalian pasar di sektor kesehatan adalah terjadinya hal abu-abu yang tidak jelas hukumnya. Oleh karena itu konsep etika diperlukan dalam strategi pengembangan rumah sakit. Hal ini dibahas pada Bab 12, sekaligus sebagai bab terakhir buku. Dalam bab ini ada pertanyaan kritis yang perlu dijawab; apakah menyusun strategi pengembangan rumah sakit berarti mengharapakan orang lain menjadi sakit?

BAB 10

PERKEMBANGAN TEKNOLOGI, PENGARUH PASAR, DAN PERILAKU PROFESIONAL

Isu penting yang semakin relevan dalam manajemen rumah sakit adalah hubungan antara perilaku rumah sakit dengan teknologi kedokteran, mekanisme pasar dan perilaku ekonomi profesional dalam lingkungan yang dipengaruhi globalisasi. Sebagai gambaran, di sebuah rumah sakit swasta biaya operasional rawat inap di bangsal VIP ternyata lebih tinggi dibanding tarif yang dibayar masyarakat. Untuk kompensasi kerugian ini rumah sakit tersebut meningkatkan tarif pemeriksaan dengan menggunakan berbagai peralatan medik dan meningkatkan penjualan obat. Patut dicatat bahwa penjualan obat sangat mudah dihitung keuntungannya dan

penggunaan peralatan medik juga mudah dihitung keuntungannya. Dalam kasus ini teknologi tinggi, perilaku mencari keuntungan mempengaruhi proses pelayanan. Bahaya utama situasi ini adalah terjadinya *supplier induced demand* dimana rumah sakit sebagai penyedia jasa berusaha untuk menambahkan pelayanan ke pasien walaupun pasien tidak mempunyai indikasi medik. Motivasi meningkatkan pelayanan ini adalah insentif dari sistem perdagangan obat untuk meningkatkan penjualan, pengaruh dari industri peralatan kedokteran untuk menggunakan pendapatan dan pengaruh para profesional di rumah sakit untuk memperbesar volume kegiatan pelayanan.

Fenomena lain yang menunjukkan pengaruh mekanisme pasar terhadap dokter terjadi di rumah sakit pemerintah. Pengamatan menunjukkan bahwa budaya bekerja dokter spesialis adalah bekerja di rumah sakit pemerintah merupakan pengabdian atau untuk status, sementara untuk mendapatkan penghasilan yang layak dilakukan di rumah sakit swasta atau praktik pribadi (lihat Bab 3). Kondisi di atas memang terjadi karena lebarnya *gap* antara harapan spesialis dan kenyataan yang diperoleh. Dengan hanya bekerja di RSUD, dokter spesialis tidak dapat memperoleh penghasilan yang layak. Sebagai contoh, hasil survey yang telah dilakukan pada dokter spesialis di lima RSUD di DIY, jasa pelayanan yang diterima oleh spesialis bedah sebesar Rp 2.000.000,00 per bulan, padahal dokter yang bersangkutan mengharapkan bisa memperoleh penghasilan sekitar Rp 15.000.000,00 per bulan. Dokter spesialis THT dan Mata di suatu RSUD bahkan memperoleh jasa medis kurang dari Rp 100.000,00 sebulan. Kondisi ini memaksa dokter spesialis untuk bekerja di luar RSUD. Jika kondisi di RSUD sudah lebih nyaman untuk bekerja dan pendapatan yang sesuai dengan “standar pasar”, para spesialis akan lebih suka bekerja di RSUD tersebut karena menjadi lebih tenang, dengan fasilitas yang cukup lengkap dan mempunyai waktu lebih banyak untuk membaca buku dan meningkatkan pengetahuan.

Kesenjangan antara tuntutan ekonomi staf rumah sakit dan belum jelasnya peraturan menimbulkan dilema dan kontradiksi dengan misi sosial rumah sakit, terutama rumah sakit yang berbasis kemanusiaan dan keagamaan. Patut diingat bahwa subsidi pemerintah dan dana kemanusiaan untuk rumah sakit *nonprofit* relatif kecil di Indonesia. Rumah sakit-rumah sakit *nonprofit* mengandalkan obat dan pemeriksaan medik sebagai sumber *cash flow*. Dalam hal ini sering timbul pemikiran bahwa ada pertentangan antara misi kemanusiaan rumah sakit yang harus menyembuhkan orang sakit dengan aspek usaha yang mencari keuntungan untuk pengembangan rumah sakit dan peningkatan pendapat sumber daya manusianya.

Disadari bahwa teknologi kedokteran dalam bentuk obat dan berbagai peralatan dan prosedur kedokteran merupakan sarana untuk peningkatan pendapatan rumah sakit. Mengapa teknologi rumah sakit berbasis pada mekanisme pasar dalam pelaksanaannya? Uraian berikut berusaha menjelaskan hal tersebut.

1. Sifat Industri Farmasi dan Pengaruhnya Terhadap Rumah Sakit

Rumah sakit adalah lembaga pemberi jasa pelayanan kesehatan yang tergantung perkembangan teknologi kedokteran. Teknologi kedokteran mempengaruhi biaya pelayanan rumah sakit. Saat ini sektor kesehatan berbeda jauh dengan keadaan 50 tahun yang lalu ketika teknologi sederhana masih dipergunakan dalam rumah sakit. Teknologi yang dipergunakan pada pergantian abad ini merupakan jenis teknologi canggih. Sebagai contoh, operasi dengan menggunakan peralatan mikro merupakan jenis tindakan yang sama canggihnya dengan teknologi program ruang angkasa atau militer. Teknologi medik sudah sampai ke rekayasa genetik, penggunaan bioteknologi untuk mengganti kerusakan organ hingga teknik *clonning*. Dampak penggunaan teknologi ini adalah semakin mahalnya biaya pelayanan rumah sakit.

Keadaan ini dirasakan oleh masyarakat, perusahaan yang membayar jaminan kesehatan untuk pegawainya dan pemberi subsidi rumah sakit, termasuk di negara-negara maju.

Salah satu teknologi tinggi adalah obat yang dihasilkan oleh industri farmasi. Obat merupakan barang yang sangat dibutuhkan oleh masyarakat yang sakit. Akan tetapi, kebutuhan akan obat ini sering disertai dengan pembayaran yang besar. Besarnya omzet obat mencapai 50-60% dari seluruh anggaran rumah sakit. Dengan demikian, obat merupakan bagian penting yang mempengaruhi kehidupan rumah sakit dan dokter. Rumah sakit dapat meningkatkan pendapatan dengan memperbesar omzet penjualan obat. Dengan sifat tersebut maka obat merupakan barang ekonomi strategis di rumah sakit. Berbagai rumah sakit melaporkan bahwa keuntungan dari obat yang dijual di rumah sakit merupakan hal yang paling mudah dilakukan dibandingkan dengan keuntungan dari jasa yang lain, misalnya pelayanan laboratorium, radiologi, pelayanan rawat inap ataupun pelayanan gizi. Walaupun sulit dibuktikan, dokter menerima berbagai keuntungan dan fasilitas dari industri obat. Sementara itu, di sisi lain masyarakat sering mengeluh tentang mahalannya harga obat yang dibutuhkan justru pada saat orang sakit dan tidak mampu bekerja.

Sebagaimana sektor lain yang menggunakan teknologi tinggi, kehidupan sektor kesehatan merupakan pola budaya pasar modal. Arti budaya ini adalah sukses atau gagalnya kegiatan identik dengan naik atau turunnya harga saham. Sebagai gambaran keberhasilan penelitian pengembangan obat untuk meningkatkan daya seks manusia dikaitkan dengan meningkatnya harga saham seperti pada kasus Viagra. Begitu Viagra berhasil disetujui oleh *Food and Drug Administration (FDA)* maka harga sahamnya meningkat. Sebuah contoh lain, ketika ada paper di Kongres *American Society of Clinical Oncology* yang menyatakan bahwa obat Avastin dari Genentech Inc. yang sedang dalam percobaan klinik tahap akhir ternyata mempunyai masalah, maka harga saham

Genentech Inc. dilaporkan oleh BusinessWeek 2002 turun sampai 12%.

Pola kehidupan yang terpengaruh pasar saham dapat ditemui di sektor industri peralatan kesehatan dan obat, sejak dari penelitian teknologi dasar sampai ke hilir ketika produk teknologi tersebut dipasarkan ke masyarakat. Para peneliti di laboratorium bekerja dengan pacuan mendapat paten. Industri obat membiayai penelitian penemuan obat baru untuk meningkatkan harga saham. Industri peralatan kedokteran mengembangkan berbagai inovasi untuk meningkatkan penjualan. Di sisi hilir, *detailman* melakukan pemasaran obat baru ke dokter untuk meningkatkan keuntungan industri farmasi dan mendapatkan penghasilan. Industri peralatan rumah sakit melakukan promosi di kalangan manajer rumah sakit untuk meningkatkan penjualan. Sebagian dokter melakukan peresepan obat dengan merk tertentu untuk meningkatkan pendapatan.

Budaya yang mengacu pada pasar saham ini sudah berjalan sejak awal. Di Amerika Serikat, sejak tahap penelitian dasar, motivasi mencari untung dan meneliti untuk mencari penemuan baru yang menjanjikan materi merupakan bagian dari apa yang disebut sebagai “Impian Amerika.” Dapat dikatakan bahwa penelitian dalam teknologi kedokteran di Amerika Serikat dipengaruhi oleh budaya pasar saham. Beberapa hal dalam budaya pasar saham yang mempengaruhi para peneliti adalah: mendapatkan sukses dari kompetisi yang ketat melalui paten, individualisme dan bertumpu pada penilaian materi. Dengan demikian, sukses para peneliti tidak diukur dari indikator pencapaian akademik, tetapi juga dari pendapatan materi. Dalam hal ini dapat dipahami bahwa para peneliti Amerika Serikat memang bersemangat menemukan sesuatu dan kemudian memasukkan ke dalam proses paten.

Proses penelitian dan mendapatkan paten merupakan kegiatan yang rumit dan membutuhkan proses lama. Di Harvard University dan Massachusetts Institute of Technology, dua lembaga terkemuka dalam riset obat, para peneliti kedokteran dasar terlatih untuk berhubungan dengan

pihak industri dan teknik memproses paten. Hal ini berbeda dengan di Indonesia, penelitian dasar sering identik dengan proyek pemerintah untuk mengembangkan bioteknologi atau ilmu pengetahuan. Peneliti di Indonesia biasanya adalah para pegawai pemerintah yang bekerja di perguruan tinggi ataupun lembaga penelitian pemerintah. Penelitian dasar dikerjakan mungkin tidak terkait erat dengan industri.

Akibatnya, industri farmasi jarang melakukan riset obat baru untuk menolong masyarakat miskin. Hal ini wajar karena biaya penelitian sangat besar dan membutuhkan pembeli obat yang mampu. Akibatnya, pengembangan obat baru untuk penyakit masyarakat miskin jarang dilakukan oleh pabrik obat. Sebagai gambaran riset pengembangan obat TB saat ini dipikul oleh sebuah aliansi yang terdiri dari yayasan kemanusiaan, berbagai negara dan sebagian oleh industri farmasi (TB Alliance, 2002).

Pola kerja untuk memproduksi obat di industri farmasi dapat dibagi menjadi dua periode. Periode pertama adalah penelitian dasar dan pengembangan di laboratorium serta masyarakat. Periode kedua adalah setelah peluncuran obat di masyarakat. Periode pertama merupakan investasi yang mempunyai risiko tinggi berupa kegagalan secara ilmiah. Sementara itu, periode kedua mempunyai risiko pula dalam penjualan. Pada periode kedua, undang-undang paten melindungi industri farmasi dari pesaing. Apabila masa paten selesai, pabrik obat lain boleh memproduksi dalam bentuk obat generik sehingga pendapatan akan turun.

Setelah menemukan obat baru dan mempunyai hak paten, perusahaan farmasi boleh menetapkan tarif produk baru secara maksimal untuk mendapatkan keuntungan sebesar-besarnya. Karena perlindungan paten bersifat monopoli, tarif dapat ditentukan setinggi-tingginya tanpa khawatir ada persaingan. Sebagai hasilnya, keuntungan luar biasa dapat diperoleh. Dapat disebutkan bahwa penelitian pengembangan obat baru merupakan informasi yang selalu dicari oleh para investor. Clarkson (1996) menunjukkan bahwa industri farmasi merupakan salah satu industri yang paling

menguntungkan. Keuntungan industri farmasi berada di rangking ke empat setelah industri *software*, perminyakan, dan makanan. Keuntungan perusahaan farmasi lebih besar yaitu 13.27% dibanding dengan rata-rata industri lain 10.19%. Mekanisme mendapat keuntungan ini dipengaruhi berbagai sifat khas industri farmasi yang tidak dijumpai di industri lain. Salah satu sifat tersebut adalah adanya hambatan untuk masuk ke industri farmasi yang akan mempengaruhi harga obat. Hambatan untuk masuk ke industri farmasi dilakukan dalam berbagai bentuk: (1) regulasi obat; (2) hak paten; dan (3) sistem distribusi. Hambatan pertama untuk masuk di industri farmasi adalah aspek regulasi dalam industri farmasi yang sangat ketat. Di Amerika Serikat regulator utama adalah *Food and Drug Administration (FDA)*, sedang di Indonesia dipegang oleh Badan Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM). Proses pengujian obat di Amerika Serikat (termasuk dalam periode 1) berlangsung sangat lama, bisa terjadi sampai 15 tahun dengan proses yang sangat kompleks. Setelah menemukan formula kimia baru untuk menangani suatu penyakit, perusahaan obat harus melakukan uji coba pada binatang untuk mengetahui daya racun jangka pendek dan keselamatan obat. Selanjutnya, FDA akan memberikan persetujuan untuk melakukan uji klinik yang tersusun atas tiga tahap.

Tahap I dimulai dengan sekelompok kecil orang sehat dan berfokus pada dosis dan keamanan obat. Tahap II akan diberikan ke sejumlah orang yang lebih banyak (sampai ratusan) yang mempunyai penyakit untuk menguji efikasi obat (kemanjurannya). Tahap III akan dilakukan ke ribuan pasien dengan berbagai latar belakang berbeda untuk menguji efikasi dan keselamatannya secara lebih terinci. Dapat dibayangkan betapa berat dan mahalnyanya proses ini.

Faktor penghambat kedua adalah hak paten yang diberikan oleh pemerintah untuk industri farmasi yang berhasil menemukan obat baru. Contoh yang paling hangat adalah hak paten untuk obat *Viagra*[®] yang sangat menguntungkan karena pembelinya sangat banyak dan harga

sangat tinggi. Dengan adanya kebijakan paten maka perusahaan farmasi baru harus selalu mempunyai obat baru yang membutuhkan biaya riset tinggi, atau memproduksi obat-obat generik yang sudah tidak ada patennya lagi dengan risiko banyak pesaing. Setelah sebuah obat habis waktu hak patennya, perusahaan-perusahaan lain dapat memproduksi obat serupa. Oleh karena itu, hambatan untuk masuk menjadi lebih rendah dan harga dapat turun. Obat-obat ini disebut generik yang dampak terapinya sama dengan obat bermerk. Secara logika, paten memang ditujukan untuk merangsang penelitian ilmiah untuk menemukan obat-obatan baru.

Dalam siklus hidup sebuah produk obat terlihat bahwa ada masa saat industri farmasi menikmati masa monopoli, dengan hanya sebuah pabrik obat yang mempunyai hak menjual dan memproduksi obat karena paten. Hak paten berlaku dengan masa 17 tahun, bahkan sampai 25 tahun. Hak paten memang mencerminkan sistem kapitalis untuk menjaga agar modal tetap berkembang dan mampu untuk melakukan kegiatan-kegiatan berikutnya, termasuk melakukan penelitian lebih lanjutnya. Akibatnya, apabila waktu paten hampir habis untuk suatu obat yang sangat laku, maka harga saham dapat menjadi turun seperti yang dialami oleh Bristol-Meyers (Harris, 2002). Bristol-Meyers mempunyai obat menurunkan kolesterol Plavix[®]. Masalahnya adalah paten obat ini akan berakhir pada tahun 2003 yang dapat menurunkan pendapatan perusahaan.

Transisi dari paten ke generik ternyata dapat membawa masalah di kalangan industri obat. Pada awal tahun 2002 sebuah perusahaan obat generik Apotex Inc. sudah mengisi permintaan ke FDA untuk membuat versi generik dari Plavix. Di samping itu, ada perusahaan obat India (dr Reedy's Laboratories Ltd.) yang juga mengajukan permintaan serupa ke FDA. Dengan berdasarkan pertimbangan bioteknologi Bristol-Meyer berusaha memperpanjang waktu patennya sampai tahun 2011 dan akan menuntut perusahaan-perusahaan lain yang memproduksi versi generiknya. Kasus ini sudah sampai di pengadilan negeri di New York. Dapat

dilihat bahwa perusahaan-perusahaan farmasi sangat berkepentingan dengan waktu paten karena pasar saham yang menilai apakah suatu perusahaan membaik atau memburuk. Perlindungan hak cipta internasional (TRIP) merupakan forum untuk melindungi hak paten ini.

Hambatan ketiga untuk masuk adalah sistem jaringan distribusi dan pemasaran industri farmasi yang sangat kompleks. Jaringan sistem distribusi dan pemasaran mempunyai ciri menarik yaitu menggunakan konsep *detailing* dengan cara perusahaan farmasi melalui jaringan distributor melakukan pendekatan tatap muka dengan dokter yang berpraktik di rumah sakit ataupun praktik pribadi. Kegiatan *detailing* ini melibatkan banyak pihak dan mempunyai berbagai nuansa termasuk adanya komunikasi untuk mendapatkan situasi saling menguntungkan antara dokter dengan industri farmasi. Dalam komunikasi ini terbuka kemungkinan terjadi suatu bentuk kolusi antara dokter dengan industri farmasi. Dari perspektif pemasaran, kegiatan *detailing* dapat disebut sebagai teknik pemasaran yang paling radikal, seperti pemasaran produk peralatan rumah tangga *door to door*. Dengan bentuk pemasaran seperti ini, akan sulit bagi pemain baru untuk masuk dalam industri farmasi.

Berbagai hambatan tersebut secara bersama dapat membuat harga obat menjadi mahal. Menariknya kebijakan untuk memperpendek waktu paten atau memberi lisensi kepada pabrik obat di negara sedang berkembang untuk memproduksi obat secara murah ditentang keras oleh perusahaan obat. Logika yang dipergunakan adalah apabila kebijakan ini berjalan maka motivasi untuk penelitian obat baru akan rendah. Dengan logika ini diperkirakan bahwa di dunia tidak akan ada penelitian baru mengenai obat, kecuali yang disponsori pemerintah, tanpa ada hak paten yang optimal.

Apakah sifat teknologi tinggi dan pandangan hidup berbasis materi merupakan hal yang salah dalam industri obat dan teknologi di sektor kesehatan? Jawabannya tentu tidak, karena sektor industri global hanya dapat bergerak kalau ada

keuntungan. Dalam sejarah, motivasi manusia berpindah ke berbagai belahan bumi adalah untuk kekayaan dan kejayaan negara. Akan tetapi, menarik dibahas bagaimana sifat teknologi tinggi ini dapat menjadi hal kontradiktif di sektor rumah sakit yang mempunyai tradisi misi kemanusiaan. Ada perbedaan cara pandang dalam pengembangan teknologi tinggi dengan sifat kemanusiaan.

Sebagai contoh, perjanjian perlindungan hak cipta WTO-TRIP yang berlaku efektif pada 1 Januari 1995 hasil dari Uruguay Round melindungi paten obat dan penetapan harganya di seluruh dunia. Walaupun dalam Artikel No. 27 (2) ada klausul bahwa masalah paten dapat dilonggarkan karena alasan moral dan kebutuhan publik (WTO, 2002). Akan tetapi, pada praktiknya WTO-TRIP berhasil melindungi paten industri farmasi. Akibatnya, obat-obatan mahal harganya, termasuk obat yang dibutuhkan oleh masyarakat luas. Perjanjian ini tidak seimbang sehingga menghasilkan keuntungan besar untuk industri obat di negara maju, tetapi mengurangi status kehidupan masyarakat di negara sedang berkembang yang tidak mampu membeli obat (Stiglitz, 2002).

Dalam hal ini ada konflik antara motivasi dan budaya industri obat dan kebutuhan kemanusiaan akan meningkatnya kesehatan masyarakat. Oleh karena itu, saat ini terjadi arus menentang perjanjian yang merugikan kesehatan masyarakat. Salah satu gerakan global yang berhasil menekan harga dipelopori oleh aktivis penanggulangan penyakit AIDS melalui perjuangan panjang. Pada pertemuan WTO di Doha pada bulan November tahun 2001, peraturan TRIPS dapat dilonggarkan untuk obat-obatan yang dibutuhkan dalam peningkatan status kesehatan masyarakat seperti AIDS, malaria, *tuberculosis* dan lain-lainnya (Global Treatment Access, 2002). Cara lain yang digunakan adalah dengan menekan industri obat melalui berbagai gerakan. Dr. Peter Mugenyi dari Uganda dibantu kelompok penekan internasional berhasil mendorong industri obat seperti Merck & Co dan Glaxo-Smith Kline PLC mengurangi harga obat sampai 90% untuk dipakai di negara-negara miskin (Waldholz,

2002). Perlu ditekankan bahwa usaha-usaha menekan harga secara internasional dilakukan untuk obat-obatan penyakit menular yang mempunyai eksternalitas tinggi. Untuk obat-obatan yang tidak bersifat *public-goods* yang biasanya untuk penyakit bukan menular, pengaruh paten masih sangat kuat. Obat-obatan ini banyak dikonsumsi di rumah sakit Indonesia.

Pertanyaan menarik, apakah dengan adanya obat-obatan generik, obat-obat bermerk akan lebih murah dan kurang diresepkan oleh dokter? Kebijakan obat generik ternyata tidak mampu menekan biaya obat secara signifikan. Graboswski dan Vernon (1992) melaporkan bahwa walaupun ada obat generik yang murah, produsen obat generik tetap menaikkan harga. Dalam hal ini terdapat loyalitas dokter terhadap merk-merk obat yang bukan generik.

Keadaan ini terjadi karena adanya teori dokter sebagai agen pasien dalam memilih obat dan informasi. Dalam teori agensi, para dokter tidak mendapat manfaat ekonomi dari penghematan harga obat. Sementara itu, dari aspek informasi, para dokter tidak menerima informasi cukup mengenai efektivitas dan harga obat generik. Seperti yang diduga, dokter yang berada dalam sistem *managed care* lebih cenderung menulis obat generik. Hal ini disebabkan oleh tekanan dari sistem *managed care* dengan daftar formularium dan sistem insentif/disinsentif untuk para dokter.

Dalam konsep perdagangan, semakin besar harga suatu barang maka besar keuntungan secara absolut dari penjualan barang tersebut akan meningkat. Rumah sakit sebagai lembaga usaha mempunyai insentif untuk menggunakan obat-obat yang mahal. Semakin mahal harga obat akan membuat keuntungan dari obat semakin meningkat. Dapat dikatakan bahwa pengaruh industri obat terhadap rumah sakit, dokter dan peneliti kedokteran dapat menjadi besar (Angell dan Relman, 2001; Martin dan Kasper, 2000; Bodenheimer, 2000). Pengaruh industri farmasi terhadap rumah sakit dan dokter dilakukan dengan pendekatan pemasaran yang canggih, seperti menggunakan konsep *detailling* tatap muka dan

berbagai hal lain termasuk mensponsori pertemuan-pertemuan ilmiah, jurnal, bahkan penelitian-penelitian ilmiah.

Dilaporkan pula bahwa tenaga pemasaran perusahaan farmasi mengirimkan hadiah-hadiah untuk mahasiswa kedokteran dan residen yang sedang bekerja di rumah sakit pendidikan. Angell dan Relman (2001) melaporkan bahwa pada tahun 2000 perusahaan farmasi menghabiskan 8 miliar dollar untuk menyenangkan dokter dengan mempekerjakan 83.000 tenaga pemasaran di Amerika Serikat. Di samping itu, perusahaan farmasi memberikan 8 miliar dollar untuk obat-obatan sampel di ruang praktik dokter.

Di Indonesia, belum ada data seperti di Amerika Serikat. Akan tetapi, secara pengamatan dapat dilihat bahwa kehidupan dokter dan sektor rumah sakit dipengaruhi oleh industri farmasi dan alat kedokteran dengan memberikan berbagai hal yang menyenangkan. Semua kegiatan ini tentunya dimasukkan dalam proses penetapan harga obat. Dalam pertemuan perhimpunan ahli, seminar-seminar ilmiah, pertemuan para manajer rumah sakit dan berbagai penelitian klinik didanai oleh perusahaan farmasi. Dalam hal ini memang menjadi pertanyaan besar, apakah perilaku dokter dipengaruhi oleh industri farmasi? Walaupun ada berbagai pengamatan, termasuk laporan investigasi oleh majalah *Tempo*, tetapi belum ada penelitian serius mengenai hubungan dokter dengan industri farmasi di Indonesia.

Dapat dirumuskan bahwa teknologi kedokteran yang dipergunakan oleh rumah sakit dan yang berada di pusat-pusat pendidikan dokter adalah teknologi yang membutuhkan biaya besar. Di samping itu, sektor yang menggunakan teknologi kedokteran bersifat kapitalistik seperti industri-industri lain. Sektor yang bersifat kapitalistik ini mempunyai komponen yang sama dengan sektor lain. Ada istilah riset dasar, pabrik, distributor, tenaga pemasaran sampai ke iklan. Sifat berbasis pada materi ini dapat mempengaruhi perilaku rumah sakit dan tenaga kesehatan karena obat dan peralatan medik merupakan objek kegiatan yang sehari-hari dipergunakan di rumah sakit. Dapat dinyatakan secara prinsip

teknologi kedokteran dan obat bukan diperuntukkan untuk kegiatan sosial dan amal. Obat diproduksi, alat kedokteran dikembangkan untuk mendapatkan keuntungan materi di perusahaan farmasi, perusahaan peralatan medik ataupun para penelitinya. Tindakan untuk sosial dan amal hanya dapat berjalan kalau ada sumber dana untuk mereka yang miskin.

2. Motivasi Bekerja Tenaga Kesehatan dan Perilakunya

Dalam suasana bekerja dengan teknologi tinggi dan dipengaruhi oleh budaya global, masalah penghargaan bagi tenaga kesehatan di rumah sakit menjadi isu yang semakin penting dalam strategi pengembangan rumah sakit di masa mendatang. Dokter spesialis, dokter, manajer rumah sakit dan perawat merupakan profesi-profesi utama di rumah sakit yang perlu dilihat kecenderungan sikapnya dalam penghargaan.

Dalam teori manajemen sumber daya manusia (Cenzo dan Robbins, 1996) lembaga menggunakan penghargaan untuk memotivasi sumber daya manusia. Secara garis besar ada dua macam penghargaan, yaitu: (1) intrinsik yang merupakan penghargaan diri sendiri terhadap pekerjaannya; dan (2) ekstrinsik yang berasal dari lembaga tempat bekerja. Penghargaan dari tempat bekerja ini terbagi dua kelompok besar, yaitu: penghargaan uang dan penghargaan nonuang. Contoh penghargaan instrinsik adalah kepuasan bekerja di perusahaan, mendapat tanggung jawab lebih besar, kesempatan mengembangkan pribadi dan bekerja sesuai dengan keyakinan pribadi. Penghargaan keuangan antara lain gaji, insentif berdasarkan kinerja pekerjaan, berbagai program perlindungan sosial dan kesehatan, dan sebagainya. Penghargaan dari perusahaan yang berwujud bukan keuangan antara lain ruangan kantor yang nyaman, adanya ruang kerja sendiri, keluwesan dalam jam kerja, diberi hak untuk menggunakan kartu nama hingga mendapat sekretaris sendiri. Berbagai jenis penghargaan ini dapat dipunyai seorang pekerja.

Bagaimana keadaan motivasi bekerja sumber daya manusia di rumah sakit? Termasuk golongan apa? Ataukah campuran? Dapat dilihat bahwa ada sumber daya manusia seperti para suster di rumah sakit Katolik yang mempunyai motivasi bekerja berdasarkan penghargaan intrinsik yang kuat. Motivasi bekerja mereka adalah aspek surgawi, bukan mencari pendapatan tinggi. Keyakinan pribadi akan ibadah terhadap agama yang menghasilkan jalan ke surga merupakan penghargaan terhadap pekerjaannya. Dengan demikian, penghargaan materi bukan merupakan hal penting.

Berbagai rumah sakit di Indonesia mempunyai kelompok karyawan jenis ini, misalnya RS Panti Rapih di Yogyakarta, RS St. Elizabeth di Semarang, dan RS Borromeus di Bandung. Juga ada anggota-anggota yayasan rumah sakit yang bekerja bukan untuk mencari kompensasi materi tetapi lebih ke kompensasi nonmateri. Akan tetapi jumlahnya relatif sedikit. Sejarah menunjukkan bahwa pada masa lalu banyak sumber daya manusia yang bekerja berdasarkan motivasi nonekonomi, termasuk dokter. Sejarah perkembangan sebuah rumah sakit keagamaan menunjukkan bahwa para dokter Belanda misi masih bekerja sampai tahun 1970-an. Setelah dokter misi pulang, walaupun rumah sakit tetap mempunyai misi nonmateri, pengamatan menunjukkan para dokter yang menggantikan dokter misi adalah profesional yang bekerja dengan kadar kompensasi keuangan yang kuat. Berbagai rumah dan kendaraan yang dimiliki oleh para dokter di rumah sakit keagamaan pada tahun 1990-an tidak mencerminkan lagi model dokter yang bersifat mencari penghargaan nonmateri. Penghargaan materi untuk sumber daya manusia ditetapkan berdasarkan kebutuhan profesional yang meliputi berbagai hal misalnya: gaji, insentif dan berbagai keuntungan keuangan tidak langsung. Kompensasi materi dan berbagai fasilitas untuk karyawan merupakan faktor penting dalam situasi lembaga yang membutuhkan kinerja tinggi dan menuntut sumber daya manusia yang mempunyai kinerja tinggi (Marten, 2002).

Di rumah sakit, kebutuhan akan besarnya penghargaan materi dalam bentuk pendapatan tergantung pada jenis profesi. Pendapatan seorang dokter subspecialis bedah berbeda dengan pendapatan dokter umum di bangsal rumah sakit dan berbeda pula dengan pendapatan seorang manajer instalasi. Pendapatan seorang perawat berbeda dengan pendapatan seorang pegawai administrasi. Jenis pekerjaan mempengaruhi besarnya pendapatan. Beda pendapatan antara dokter spesialis dengan seorang perawat dapat sangat jauh.

Mengapa penghargaan materi berbeda-beda antar profesi? Hal ini disebabkan perbedaan risiko pekerjaan, lamanya pendidikan dan pelatihan, jumlah profesi yang ada. Penetapan besaran ini dilakukan melalui *Job-evaluation* yang rumit. Di samping itu, ada pula Peraturan Pemerintah atau standar yang dapat diacu. Namun, di Indonesia belum ada standar pendapatan dokter. Hal ini pernah dibahas pada seminar mengenai standarisasi pendapatan spesialis oleh Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan tahun 2000. Kesimpulan yang diperoleh memang belum ada standar pendapatan dokter.

Di samping itu, besarnya perbedaan penghargaan materi berbasis pada standar kebutuhan jenis rumah, kendaraan, keperluan pendidikan anak, pola makan, jenis hobby, hingga jenis rekreasi. Kebutuhan ini tidak ada standarnya dan terus berkembang sesuai dengan kebutuhan yang semakin meningkat. Globalisasi dan konsumerisme meningkatkan kebutuhan hidup para profesional dalam hal materi. Sebagai contoh, perbedaan antara rumah tipe 154m² dengan 1.000 m² dapat sepuluh kali lipat. Harga mobil Toyota Avanza dengan Toyota Alphard dapat jauh berbeda. Pendidikan anak di universitas dalam negeri berbeda jauh biayanya dengan pendidikan di universitas di Inggris atau Amerika Serikat. Rekreasi keluarga di Dunia Fantasi Ancol berbeda jauh biayanya dengan Rekreasi Keluarga ke Disneyland di Orlando Florida. Hobi seorang dokter yang senang bersepeda berbeda dengan hobi sejawatannya yang mengoleksi motor besar.

Teknik pemberian penghargaan materi dan perilaku ekonomi

Dalam menyusun strategi pengembangan rumah sakit diperlukan pemahaman mengenai dampak mekanisme pemberian kompensasi materi ke stafnya. Hal ini penting saat rumah sakit akan mengembangkan kegiatan melalui asuransi kesehatan atau mengembangkan berbagai bentuk kegiatan baru. Secara umum perilaku dokter, perawat, atau tenaga profesional yang menekankan pada kompensasi material sebenarnya sama dengan profesional lain dan mengikuti hukum ekonomi. Berdasarkan teori ekonomi penawaran tenaga (Nicholson, 1985; Posnett, 1989) tujuan dokter bekerja dalam suasana kompensasi materi digambarkan sebagai berikut:

$$U = f(I, l) \dots\dots\dots(1)$$

- U = Kepuasan
- I = Pendapatan
- l = Rekreasi

$$I = S + aN + fT - C - T \dots\dots\dots(2)$$

- S = Gaji bulanan
- aN = Kapitasi
- fT = *Fee-for-service*
- C = Biaya pelayanan
- T = Pajak

Persamaan 1 menunjukkan bahwa dokter dalam melakukan pekerjaan, secara wajar berusaha meningkatkan pendapatan, tetapi tetap berusaha meluangkan waktunya untuk mengejar kepuasan lain dengan cara melakukan rekreasi atau meluangkan waktu untuk hal-hal yang menyenangkan atau mungkin pula untuk tindakan amal. Tidak ada seseorang yang waktu hidupnya hanya dipergunakan untuk mencari uang. Dasar berpikir persamaan 1 ini memang tidak meletakkan dokter sebagai profesi kemanusiaan, tetapi dianggap sebagai profesi lain yang kepuasan hidupnya terpengaruh oleh pendapatan.

Dalam konteks pendapatan merupakan hal penting bagi seorang dokter, maka ada berbagai faktor yang mempengaruhi besar pendapatan yang tertulis pada persamaan 2. Faktor pertama adalah gaji yang diterima per bulan. Faktor kedua adalah kapitasi. Pengertian kapitasi adalah andaikata seorang dokter bertanggung jawab terhadap 2.000 orang di bawah tanggungannya dan setiap orang membayar Rp 1.000,00 per bulan (entah berobat entah tidak) maka dia akan mendapat Rp 2.000.000,00 sebagai pendapatan kapitasinya. Pendapatan kapitasi ini biasanya dilakukan oleh perusahaan asuransi kesehatan untuk membayar dokter keluarga. Faktor ketiga adalah pembayaran berdasarkan *Fee-for-service* yang berarti pembayaran yang diterima oleh seorang dokter setelah memberikan pelayanan medis. Ketiga jenis pendapatan ini akan dikurangi biaya pelayanan yang dikeluarkan dokter dalam melakukan pelayanan termasuk biaya transportasi, sewa ruang praktik, perlengkapan, dan pajak.

Di Indonesia struktur pendapatan dokter spesialis dengan status pegawai negeri biasanya mendapatkan gaji dari pemerintah yang jumlahnya relatif kecil. Pendapatan model kapitasi tidak ada dan sebagian besar mendapatkan dari *fee-for-service* rumah sakit swasta atau praktik pribadi. Di samping itu, masih ada kemungkinan pendapatan tambahan dari industri farmasi, tetapi model pembayaran belum diketahui secara pasti. Dalam hal ini ada pendapat yang menyatakan bahwa dokter pegawai negeri bekerja di rumah

sakit pemerintah merupakan pekerjaan yang berdasarkan kompensasi nonmateri atau merupakan pengabdian karena gajinya rendah. Sementara itu, untuk mencari kompensasi materi akan didapatkan dari rumah sakit swasta dan praktik swasta secara *fee-for-service*. Pola ini umum terdapat pada dokter pegawai negeri. Menjadi pertanyaan: apakah mutu pelayanan dokter yang bekerja dengan asumsi pengabdian di rumah sakit pemerintah, lebih baik atau sama mutunya dengan di swasta atau di praktik pribadi? Pertanyaan kritis ini perlu diteliti lebih lanjut secara cermat. Namun, di negara-negara maju, model bekerja seperti ini tidak ditemukan.

Di samping model pembayaran berdasarkan persamaan di atas, secara praktis di Indonesia ada pembayaran yang dilakukan berdasarkan *pool*. Sebagai gambaran sistem *pool* ini terjadi di beberapa rumah sakit pendidikan. Jasa medik (*fee-for-service*) yang diterima oleh dokter dikumpulkan (*pool*) di bagian dan dibagikan berdasarkan kriteria yang disepakati. Dengan demikian, pembagian tidak berdasarkan siapa yang melakukan pelayanan kepada pasien. Di samping itu, ada residen yang melakukan pelayanan kepada pasien melakukan pembagian.

Dokter sebagai profesional biasanya lebih menyukai model *fee-for-service* daripada *pool*. Suwarno dan Trisnantoro (1997) meneliti di sebuah rumah sakit daerah mengenai dampak kenaikan jasa medis terhadap rujukan pasien rawat inap oleh dokter spesialis. Sebagai catatan, dokter spesialis dibayar dengan gaji bulanan yang relatif rendah dan jasa medik (*fee-for-service*). Penelitian dilakukan secara eksperimen terhadap besarnya jasa medik sebanyak dua kali. Sebelum eksperimen, sistem pembayaran kepada para dokter spesialis dilakukan secara sistem *pool* dengan jasa medis yang rendah.

Eksperimen pertama adalah menaikkan jasa pelayanan medis dengan sistem pembagian jasa medis yang tetap menggunakan sistem *pool*. Dengan sistem *pool* ada kemungkinan dokter spesialis yang tidak mempunyai kegiatan juga akan mendapat bagian. Eksperimen kedua adalah peningkatan jasa pelayanan medis dengan model *fee-for-*

service dengan hanya dokter spesialis yang melakukan kegiatan saja yang akan dibayar. Setelah intervensi I, pengambilan data menunjukkan bahwa rujukan rawat inap di kelas II dan III meningkat 7,7% dibanding sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 76,9% dibanding dengan sebelum intervensi. Pada pasien kelas I dan VIP rujukan rawat inap meningkat 100% dibanding sebelum intervensi I. Setelah intervensi II terjadi kenaikan rujukan rawat inap sebesar 400% dibanding dengan sebelum intervensi.

Hasil ini menunjukkan bahwa dokter spesialis di rumah sakit daerah tersebut mempunyai perilaku sesuai yang disebutkan oleh Nicholson mengenai sifat ekonomi para profesional. Dokter spesialis lebih senang dengan pembayaran *fee-for-service* yang berdasarkan tanggung jawab pribadi dibanding dengan sistem *pool*.

Dapat dipahami bahwa apabila rumah sakit keagamaan atau rumah sakit *nonprofit* tidak memberi pendapatan yang memuaskan dokter spesialis atau manajer rumah sakit maka ada kemungkinan dokter atau manajer yang bersangkutan akan pindah ke rumah sakit lain. Hal ini terutama terjadi apabila posisi tawar antara rumah sakit dan tenaga kesehatan tidak sama. Artinya, tenaga kesehatan yang menguasai teknologi medik dan mempunyai pengalaman tinggi mempunyai daya tawar lebih kuat dibanding rumah sakit. Kekuatan ini antara lain disebabkan sedikitnya jumlah tenaga kesehatan yang menguasai teknologi. Dalam konteks ini ada berbagai kasus yang berasal dari sifat-sifat teknologi kedokteran yang khas dan perilaku ekonomi tenaga kesehatan.

Akibat situasi ini, dokter spesialis Indonesia mempunyai sistem pembayaran yang dapat dinilai sebagai *Earning at Risk*. Keadaan menggambarkan mana gaji pokok seorang dokter spesialis berada jauh di bawah gaji pokok dokter spesialis internasional, tetapi insentifnya mungkin tidak terbatas. Insentif yang tidak terbatas ini menyerupai penghargaan untuk seniman atau olahragawan yang *superstar*. Akibat dari tidak terbatasnya insentif akan menyebabkan kesulitan dalam

perencanaan karena tidak ada standar pendapatan. Di samping itu, perbedaan antara seorang dokter berpendapatan tinggi dengan yang rendah akan menjadi besar.

3. Tren Teknologi Kedokteran, Hubungan Profesional dan Rumah Sakit

Bagaimana *trend* ke pengembangan pelayanan rumah sakit dipandang dari perkembangan teknologi kedokteran, mekanisme pasar dan perilaku tenaga kesehatan? *Trend* yang paling mungkin terjadi adalah melanjutkan keadaan saat ini. Rumah sakit tetap bertumpu pada teknologi kedokteran global yang merupakan industri berbasis keuntungan dan berdasarkan hukum pasar. Dalam sektor ini teknologi kedokteran akan semakin bermanfaat bagi masyarakat yang mempunyai uang atau masyarakat di negara kaya yang mempunyai sumber pembiayaan kuat. Dalam mengkaji situasi ini memang harus diakui bahwa bumi bukan tempat ideal untuk semua orang. Ada penduduk yang hidup tanpa perlindungan pelayanan kesehatan sama sekali dan ada yang mempunyai secara berlebihan. *Gap* ini kemungkinan akan terus membesar, kecuali ada perubahan besar pada tata ekonomi dunia.

Dalam trend ini apabila tidak dikendalikan kultur bekerja yang diukur dengan kesuksesan materi diramalkan akan merupakan hal yang wajar. Kontradiksi-kontradiksi seperti pendapatan dokter spesialis yang sangat tinggi di rumah sakit keagamaan atau rumah sakit yayasan dapat menjadi hal biasa. Aspek pemerataan pelayanan kesehatan yang sering dikemukakan oleh WHO atau Departemen Kesehatan akan semakin jarang dibahas secara serius dalam berbagai kongres perhimpunan dokter ahli atau perhimpunan manajer rumah sakit. Praktis kultur bekerja di rumah sakit merupakan kultur berdasarkan materi. Ada beberapa kasus yang menunjukkan hal ini.

Kasus pendirian rumah sakit swasta oleh dokter rumah sakit pemerintah

Kasus yang banyak terjadi di Indonesia adalah dokter spesialis rumah sakit pemerintah mendirikan rumah sakit sendiri atau klinik bersalin (untuk dokter spesialis kebidanan dan kandungan). Berbagai kejadian menunjukkan bahwa rumah sakit swasta yang didirikan oleh dokter spesialis pemerintah berada dalam jangkauan jarak yang dekat dari rumah sakit pemerintah. Berdasarkan pengamatan sampai saat ini tidak ada rumah sakit yang didirikan oleh dokter spesialis yang berfungsi melayani masyarakat kelas bawah (*safety-net*) karena memang tidak ada subsidi untuk rumah sakit swasta. Dengan terbatasnya jasa medik para dokter di rumah sakit pemerintah, maka kemungkinan pendirian rumah sakit swasta oleh para dokter spesialis rumah sakit pemerintah akan semakin meningkat.

Ada berbagai faktor pendirian rumah sakit swasta oleh dokter spesialis, misalnya berdasarkan faktor kepuasan hidup, perasaan sebagai profesional yang independen dan ada kemungkinan untuk pengembangan teknologi. Dalam hal kepuasan hidup dan sebagai profesional yang independen, faktor ini merupakan masalah individual yang spesifik. Akan tetapi, dipandang dari sudut teknologi kedokteran, rumah sakit milik para spesialis cenderung untuk tidak menggunakan teknologi tinggi karena membutuhkan biaya modal dan operasional yang besar. Berbagai rumah sakit milik dosen di Fakultas Kedokteran di Indonesia mempunyai teknologi kedokteran yang jauh lebih rendah dibanding dengan rumah sakit pendidikannya.

Kasus penjualan bahan medik dan obat oleh tenaga kesehatan

Kasus lain adalah penjualan bahan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit tanpa melalui sistem keuangan rumah sakit. Sebagai gambaran sebagian dokter bedah tulang mempunyai kebijakan untuk melakukan operasi dengan menyertakan bahan (misal *pen*) sebagai bagian dari jasa yang diberikan.

Dalam kata lain bahan tersebut tidak disediakan oleh rumah sakit, tetapi disediakan oleh dokter bedah. Ada logika menarik dalam hal ini. Dalam sebuah rumah sakit ada kemungkinan margin keuntungan yang diperoleh dari penjualan bahan tersebut lebih besar kalau disediakan rumah sakit dibanding apabila bahan tersebut disediakan oleh dokter bedah. Hal ini dapat terjadi karena ada kemungkinan rumah sakit tersebut menggunakan keuntungan dari bahan bedah tersebut untuk berbagai hal.

Apabila bahan bedah tersebut disediakan oleh dokter bedah yang bersangkutan maka untung dari bahan tersebut dapat dikurangi karena hanya dokter merupakan pihak yang mendapat insentif ekonomi dari bahan tersebut. Akibatnya, biaya akan semakin murah dan pasien akan mendapat keuntungan karena membayar bahan secara lebih murah.

Akan tetapi, dipandang dari sistem manajemen rumah sakit, hal ini menjadi contoh yang dapat ditiru oleh semua staf medik rumah sakit untuk melakukan hal serupa. Misal dokter spesialis mata yang menjual lensa bersama dengan jasa pelayanan operasinya, atau dokter spesialis kesehatan kulit dan kelamin yang menggunakan ramuan pribadi dalam pengobatannya. Di dalam proses pengobatan, praktik menjual obat secara terpisah di luar proses perawatan juga mungkin terjadi. Dalam hal ini ada kasus para perawat di bangsal mempunyai hubungan dengan apotek di luar yang memberikan harga lebih murah dan waktu pengiriman lebih cepat. Secara lebih mendalam akan timbul pertanyaan bagaimana dengan sistem manajemen rumah sakit apabila profesional medik dan paramedik yang menguasai teknologi akan melakukan penjualan sendiri-sendiri.

Dipandang dari aspek hukum juga akan muncul pertanyaan, apakah rumah sakit bertanggung jawab terhadap mutu obat yang dibeli di luar apotek rumah sakit atau bahan bedah yang disediakan oleh dokter bedah atau mutu lensa yang disediakan langsung oleh dokter mata? Jawabannya sangat sulit karena menyangkut berbagai aspek. Bagaimana untuk mengatasi hal ini? Sangat sulit. Namun, yang pasti

adalah sistem manajemen rumah sakit harus menjadi lebih efisien untuk menjamin bahwa harga bahan yang dijual secara terpisah oleh dokter atau perawat akan menjadi lebih rendah bila dikelola oleh rumah sakit.

Kasus Pengembangan Bedah Jantung dan Kerja Kelompok

Pengembangan secara fisik dan peralatan saat ini terkesan sudah memadai di sebuah rumah sakit. Akan tetapi, ternyata sumber daya manusia menghadapi masalah besar. Kasus ini menggambarkan kesulitan sebuah rumah sakit pendidikan yang akan mengembangkan bedah jantung. Berbagai masalah menghadang. Salah satu masalah adalah tenaga spesialis yang ada di RS pendidikan tersebut cenderung tidak dapat bekerja secara tim. Para dokter spesialis yang sebagian besar adalah dosen di Fakultas Kedokteran ternyata sibuk dengan kegiatan sendiri-sendiri di rumah sakit-rumah sakit swasta. Kegiatan mandiri tersebut menyebabkan mereka sibuk untuk melakukan operasi dengan tingkat kesulitan yang rendah karena fasilitas RS Swasta tidak sebaik RSUP Pendidikan. Akan tetapi, jasa medik yang diberikan oleh rumah sakit swasta tersebut sangat tinggi, dapat mencapai sekitar 10 kali lipat operasi serupa di RSUP Pendidikan.

Keadaan ini dapat menjadi salah satu faktor penghambat kemajuan tim bedah jantung rumah sakit pendidikan tersebut di samping berbagai faktor lain seperti kekurangan biaya operasional. Hal ini dapat diuraikan dengan mekanisme sebagai berikut. Jasa medik untuk operasi jantung tersebut ternyata tidak besar karena para pasien yang operasi jantung adalah anggota masyarakat kelas bawah. Hal ini dapat dimengerti karena efek globalisasi mempengaruhi masyarakat kelas atas. Golongan masyarakat kelas atas yang membutuhkan operasi jantung akan pergi ke Australia, Houston, atau Singapura karena unsur kepercayaan mempengaruhi pengambilan keputusan mereka untuk mencari rumah sakit. Bagi golongan miskin, operasi jantung pada rumah sakit (yang baru dijalankan) merupakan kesempatan

dan tidak ada pilihan lain. Bagi RS pendidikan, untuk mendapatkan kepercayaan tersebut tentunya dibutuhkan waktu dan bukti bahwa operasi jantung yang dikerjakan memang mempunyai angka keberhasilan tinggi. Di sinilah masalahnya timbul. Apakah mungkin para dokter spesialis yang merangkap bekerja di RS swasta mau melakukan *team-work* yang baik dalam persiapan dan pelaksanaan operasi jantung yang membutuhkan pengetahuan dan keterampilan tinggi dalam suasana pemberian jasa medik yang relatif kecil?

Kasus-kasus di atas dapat dibahas dengan hakikat ilmu kedokteran yang dipergunakan di Indonesia. Rumah sakit di Indonesia tidak lepas dari pengaruh sektor kesehatan yang menggunakan teknologi kedokteran yang membutuhkan obat dan peralatan mutakhir serta sumber daya manusia dengan pendidikan tinggi. Rumah sakit memerlukan pembaharuan dari aspek teknologi kedokteran. Pembaharuan ini memerlukan sumber daya dalam bentuk dollar karena hampir seluruh peralatan medik dan obat merupakan produk impor. Rumah sakit memerlukan biaya operasional dengan bahan habis pakai atau sumber daya termasuk tenaga kesehatan yang terpengaruh oleh gaya hidup di negara maju. Operasi bedah jantung membutuhkan peralatan dengan teknologi tinggi, obat-obatan yang mahal, dan sumber daya manusia yang mempunyai kualifikasi tinggi.

Tenaga kesehatan berkualifikasi tinggi mungkin mempunyai standar global. Sebagai contoh, seorang dokter bedah yang mengkaitkan pendapatannya dengan pendapatan dokter bedah di Amerika dalam ukuran dollar. Logikanya adalah pendidikan dan *continuing education* yang ia peroleh berasal dari luar negeri dengan menggunakan mata uang dollar sebagai alat pembayaran. Kebutuhan-kebutuhan untuk peningkatan tersebut antara lain untuk mengikuti seminar/kongres, membeli jurnal, buku, CD-ROM dan juga untuk peralatan medik pribadinya. Ditambahkan bahwa berbagai perlengkapan hidupnya berasal dari impor seperti mobil, peralatan rumah tangga, dan rekreasi.

Logika yang dikemukakan memang terlihat tepat. Akan tetapi logika ini akan membawa kultur dokter menjadi semakin mengarah ke materi dengan standar negara maju. Dalam logika ini terlihat bahwa memang orang Indonesia bukanlah orang India yang masih mempunyai kebanggaan menggunakan produk dalam negeri. Indonesia juga bukan negara sosialis seperti Kuba yang profesionalnya masih hidup dengan sederhana. Indonesia secara *de-facto* sebenarnya negara yang menganut paham pasar dan profesionalnya terpengaruh pola hidup materialisme dan konsumerisme.

Ada berbagai sifat khas teknologi kedokteran yang berhubungan dengan tenaga kesehatan dan mempengaruhi hubungan profesional dengan rumah sakit. Sifat pertama yang menonjol adalah ilmu kedokteran harus dipelajari melalui suatu proses tertentu. Proses penguasaan teknologi ini rumit dan membutuhkan waktu lama, misalnya dokter bedah spesialis tulang anak. Hasil dari proses penguasaan teknologi kedokteran ini adalah dokter yang mempunyai kemampuan tinggi dan relatif sedikit jumlahnya, serta mempunyai sifat otonom.

Risiko proses pendidikan yang rumit dengan pengaruh kehidupan global berbasis model pasar saham adalah terciptanya kelompok elite dalam profesi dokter yaitu para spesialis dan subspecialis dengan kemampuan tinggi dan sedikit jumlahnya. Risiko adanya kelompok yang sedikit dengan keterampilan tinggi, proses pendidikan yang lama, serta penghasilan sangat tinggi adalah terbentuknya semacam kartel profesi dokter.

Sifat penting kedua dari pelayanan kesehatan adalah mempunyai berbagai teknologi di dalamnya. Sebagai gambaran mengapa dokter mendirikan rumah sakit sendiri. Dalam tindakan bedah misalnya, ada berbagai macam teknologi yang terlibat: teknologi bedah sendiri, teknologi anastesi, teknologi perawatan pasca bedah, teknologi obat-obatan, teknologi fisioterapi, dan sebagainya. Setiap teknologi ini mempunyai proses kegiatan yang mengandung unsur keuntungan materil. Dalam sebuah rumah sakit, para profesional yang menguasai

teknologi kesehatan mendapat penghasilan terbatas dari keahliannya di dalam teknologi tersebut. Sebagai contoh, dokter spesialis kebidanan dan kandungan akan mendapat penghasilan dari kemampuan profesionalnya terbatas dalam teknologi kebidanan dan kandungan. Akan tetapi, apabila dokter kebidanan dan kandungan mempunyai rumah bersalin sendiri maka sebagai pemilik akan mendapat keuntungan dari berbagai macam proses teknologi yang berlangsung di dalam penanganan pasien kebidanan dan kandungan. Hal ini merupakan salah satu faktor yang dapat menerangkan mengapa ada dokter spesialis kebidanan dan kandungan yang berkeinginan mempunyai rumah bersalin sendiri.

Ketiga adalah sifat sektor kesehatan yang kapitalistik dan menyebabkan pertentangan antara pandangan individualistik tenaga kesehatan dan pandangan yang berbasis pada sistem manajemen.

Oleh karena itu, wajar jika muncul berbagai pertanyaan: apakah tenaga medik di rumah sakit cenderung ingin independen dari sistem manajemen rumah sakit? Apa manfaat bagi tenaga kesehatan yang menguasai teknologi kedokteran untuk tergantung dalam sistem manajemen rumah sakit? Dalam hal ini perlu dicatat jika sistem manajemennya tidak efisien, misalnya banyak korupsi atau sistem berbiaya tinggi maka kepercayaan dokter akan hilang terhadap sistem manajemen. Dengan kemampuan teknologi mediknya maka dokter dapat independen dan bekerja di tempat lain. Mungkin lebih baik bagi tenaga kesehatan untuk menjadi pemilik sekaligus sebagai operator dalam pelayanan kesehatan (tindakan yang berlawanan dengan manajerialisme)? Dengan model ini apakah pelayanan akan menjadi lebih efisien karena tidak banyak biaya yang diperlukan untuk manajemen. Namun, tindakan ini sulit dilakukan untuk rumah sakit yang besar. Situasi seperti ini dapat dilakukan untuk rumah sakit bertipe "butik" yang kecil ukurannya dengan pelayanan tertentu yang spesifik.

Sifat kapitalisme di sektor yang menggunakan teknologi kedokteran tinggi mengakibatkan pola berpikir para pelaku

kegiatan rumah sakit menjadi bervariasi. Para pelaku di sektor kesehatan tidak hanya mengutamakan misi sosial untuk kesejahteraan masyarakat, tetapi juga ada yang berperilaku yang memenuhi kebutuhan diri sendiri atau kelompok.

Dalam sebuah rumah sakit keagamaan dengan misi sosial misalnya, ada paradoks antara misi rumah sakit yang mengacu pada kemanusiaan dengan penghasilan dokter atau staf direksi rumah sakit yang sangat tinggi. Namun, hal ini dapat karena penghasilan tinggi dokter atau manajer rumah sakit timbul sebagai akibat sistem pasar dalam tenaga kerja.

Pertanyaan pentingnya adalah apakah mungkin profesional rumah sakit dikelola oleh sistem manajemen rumah sakit? Patut dicatat bahwa rumah sakit merupakan sektor yang sebenarnya tidak boleh ada *error*. Akan tetapi, fakta menunjukkan bahwa situasi di rumah sakit belum baik sehingga *error* dapat terjadi dengan mudah. Observasi menunjukkan bahwa ada hubungan antara perhatian terhadap *error* di profesional dan antarlembaga di masyarakat. Berbagai sektor seperti penerbangan, militer, intelijen, konstruksi mempunyai prinsip tidak boleh ada *error* karena harga yang dibayar untuk terjadinya *error* adalah sangat besar dan dapat menghancurkan karier staf yang melakukan. Di ujung lain, berbagai sektor cenderung lebih longgar dalam masalah *error* misalnya sektor seni lukis, seni lawak. Oleh karena itu, sektor-sektor yang mempunyai *margin error* kecil biasanya mempunyai tata aturan profesional yang ketat dan ada sistem pengatur dari luar organisasi yang baik.

Secara perbandingan, hubungan antara profesional, lembaga dan lembaga yang mengatur dapat dilihat pada Tabel 4.1.

TABEL 4.1.
HUBUNGAN ANTARA PROFESIONAL, LEMBAGA, DAN TATA
ATURAN DI MASYARAKAT DI BERBAGAI SEKTOR

Profesional	Lembaga	Lembaga yang mengurus aturan untuk lembaga dan profesional
Pilot	Perusahaan Penerbangan	Lembaga pengatur penerbangan sipil internasional dan nasional
Pengacara	Firma hukum	Departemen Kehakiman
Pemain sepakbola	Perkumpulan sepakbola: Persija, PSS, PKT Bontang dll	Internasional: FIFA Nasional: PSSI
Dosen	Universitas: Misal UII, UGM	Departemen Pendidikan Nasional
Dokter Spesialis	Rumah sakit	Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan
Koki	Restoran	?
Pelawak	Srimulat, Ketoprak PLUS Humor	?

Tabel 4.1 menunjukkan bahwa pilot adalah profesional yang kurang independen dibanding dengan dokter atau pelawak. Profesi pilot harus tunduk pada aturan manajemen lembaga penerbangan. Pilot Singapore Airlines tidak diperbolehkan untuk bekerja sambilan sebagai pilot Garuda. Masyarakat memilih penerbangan bukan pada nama pilot, tetapi lebih berdasar perusahaan penerbangannya.

Aturan yang ditetapkan oleh lembaga pengawas penerbangan terhadap perusahaan penerbangan jauh lebih ketat dibanding dengan sektor kesehatan, terlebih dibanding dengan sektor seni. Pengelolaan profesional di bidang seni

cenderung tidak dibatasi peraturan, yang pada akhirnya akan menimbulkan kesulitan dalam manajemen lembaga seni.

Pertanyaan pentingnya adalah (dalam konteks hubungan antara profesional dengan lembaga) apakah dokter akan menjadi profesional yang lebih terkelola seperti para pilot, ataukah menjadi profesional yang lebih bebas dan sulit dikelola seperti penyanyi atau pelawak? Logika menyarakan tentunya agar tren hubungan dokter dengan rumah sakit sebaiknya mengarah ke hubungan pilot dengan lembaga penerbangan. Diharapkan profesionalisme dokter akan semakin baik dengan aturan internal dan aturan eksternal yang tepat yang diberlakukan oleh Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan. Bab 10 akan membahas hal ini.

Alternatif Rumah Sakit Teknologi Tinggi yang Berorientasi Materi

Ada alternatif yang menentang *trend* globalisasi berbasis pasar dengan mengacu pada prinsip *Another World is Possible*. Prinsip ini didengungkan oleh kelompok anti globalisasi berbasis pada mekanisme pasar. Dalam prinsip ini ada kemungkinan mengembangkan rumah sakit atau unit pelayanan dengan strategi pengembangan secara *cost-leadership* yang fundamental. Untuk menjaga biaya agar rendah pelayanan rumah sakit dikembangkan dengan teknologi sederhana yang tidak mahal. Teknologi canggih, termasuk obat-obatan harus ditapis dengan seksama. Alternatif ini merupakan kebalikan dari proses globalisasi teknologi kedokteran yang terbukti mahal harganya dan di luar jangkauan kekuatan sumber pembiayaan. Dalam hal ini rumah sakit dikelola secara lembaga usaha *nonprofit* yang efisien, mempunyai fungsi sosial tinggi dan sumber pembiayaan asuransi kesehatan dengan pola *managed care* dan mempunyai kultur bekerja yang tidak terpengaruh oleh gaya hidup konsumerisme.

Sumber daya manusia yang bekerja pada rumah sakit alternatif ini diharapkan mempunyai kompensasi surgawi. Para tenaga rumah sakit bukan berarti *second class quality*,

tetapi memang profesional yang tidak hanya mementingkan materi. Contoh di tahun 2004 dan 2005 adalah anggota partai politik PKS di DPR atau DPRD yang menunjukkan perilaku yang tidak terlalu mencari materi duniawi. Mengingat kepopuleran PKS di kalangan mahasiswa, ada kemungkinan muncul generasi baru dokter yang tidak melihat materi sebagai simbol sukses kehidupan.

Saat ini memang belum ada penelitian mengenai motivasi bekerja berdasarkan hal non materi di kalangan dokter. Akan tetapi, ada kemungkinan untuk menyeleksi mahasiswa kedokteran dan residen berbasis kriteria nilai dalam kesederhanaan. Kelompok mahasiswa ini disiapkan sejak awal dari saat masuk di pendidikan kedokteran, dan proses pendidikan spesialis untuk hidup sederhana. Diharapkan ada kebanggaan profesional untuk bekerja dengan kesederhanaan. Rumah sakit yang menggunakan alternatif ini harus menggunakan indikator mutu yang komprehensif seperti yang dibahas dalam Bab 2. Melayani dengan teknologi sederhana dan murah bukan berarti bermutu rendah dan tidak menunjukkan profesionalisme.

BAB 11

GOVERNANCE DI SEKTOR RUMAH SAKIT

Fakta menunjukkan bahwa sektor rumah sakit bergerak dengan pengaruh mekanisme pasar. Dalam suatu kehidupan dengan mekanisme pasar, selalu ada tata aturan agar tidak terjadi penyimpangan akibat pengaruh negatif mekanisme pasar. Sebagai gambaran, walaupun ada perdagangan bebas di sebuah negara tidak berarti kekuatan pasar menentukan segalanya. Di Amerika Serikat ada UU anti monopoli dan anti kartel agar masyarakat tidak dirugikan dari praktik negatif perdagangan. Oleh karena itu rumah sakit dan seluruh profesional di dalamnya sebagai pelaku usaha dalam sistem kesehatan perlu mempunyai tata aturan yang baik. Sebagaimana disebut dalam Bab 10, ada tiga hal penting untuk diperhatikan: Sistem tata aturan dalam sektor kesehatan; Sistem tata aturan dalam lembaga rumah sakit; dan Sistem tata aturan kelompok profesional khususnya dokter di rumah sakit. Sistem pengendalian dalam sektor kesehatan mengacu pada konsep *good governance*. Sistem tata aturan

lembaga rumah sakit mengacu pada *good corporate governance* sedangkan untuk para dokter adalah *good clinical governance*.

1. Good Governance di Sektor Kesehatan

Konsep *Good governance* dalam sistem kesehatan mempunyai komponen penting di kehidupan sehari-hari yaitu: (1) pemerintah; (2) masyarakat; dan (3) kelompok pelaku usaha. Hubungan antara ketiga komponen ini perlu dirinci agar terjadi tata aturan yang baik dalam sistem. Identifikasi peran dan hubungan antar lembaga merupakan hal penting namun mungkin sulit dilakukan. Ada beberapa kasus yang menunjukkan kesulitan ini.

Kasus 1. Dalam sebuah kegiatan penelitian ke kabupaten X, Kepala Dinas Kesehatan dan Direktur RSD mempunyai pendapat mengenai perkembangan RS sebagai Lembaga Teknis Daerah. Berikut ini kutipan ucapan dari Kepala Dinas Kesehatan:

Setelah rumah sakit menjadi Lembaga Teknis Daerah, kami sulit masuk ke rumah sakit. Sepertinya direject. Jadi kami seperti jalan sendiri-sendiri. Seksi RS di Dinas sulit memeriksa rumah sakit dan kami tidak tahu memeriksanya dengan dasar apa?

Di sisi lain, direktur RSD menyatakan:

Setelah kami menjadi Lembaga Teknis Daerah, Kepala Dinas mengacuhkan kami. Proyek-proyek pengembangan kelembagaan tidak pernah masuk ke RS. Peralatan radiology Puskesmas saat ini malah lebih canggih dibanding rumah sakit karena ada dana dari pusat. Kami tidak kebagian. Rumah sakit seperti tempat pembuangan sampah tenaga kerja manusia. Ya kami sama-sama tahu diri, jangan sampai konflik. Tetap menjaga perasaan masing-masing.

Kasus 2. Terkait dengan hubungan dinas kesehatan dan rumah sakit swasta. Dalam sebuah pertemuan antar Direktur

RS Swasta di kota M, ada pertanyaan menggelitik mengenai fungsi Dinas Kesehatan Kota dan Provinsi. Sebenarnya apa fungsi mereka? Pada intinya para direktur RS Swasta berharap bahwa Dinas Kesehatan dapat membantu mereka dalam pengembangan sumber daya manusia, memberi subsidi, dan meningkatkan mutu pelayanan. Akan tetapi harapan ini terlihat sulit dipenuhi. Salahsatu tandanya adalah perhatian Dinas Kesehatan terhadap rumah sakit tidak lah besar. Hal ini dapat dilihat pada kenyataan bahwa sudah 4 bulan ini seksi pelayanan di Dinas Kesehatan kosong karena pejabat lama, seorang perawat senior, pensiun dan belum ada orang yang siap menggantikan.

Kasus 3. Menggambarkan hubungan antara profesional dengan Dinas Kesehatan disebuah kota. Ada sebagian dokter spesialis yang bekerja di banyak rumah sakit (6 rumah sakit). Kegiatan ini jelas melanggar aturan. Dinas Kesehatan sedang merencanakan untuk mengurus hal ini, tapi sulit melakukannya. Seorang staf menyatakan bahwa sulit karena ewuh pekewuh (sungkan) karena para dokter yang merangkap-rangkap adalah mantan dosennya saat kuliah di fakultas kedokteran.

Ketiga kasus di atas menunjukkan bahwa ada “sesuatu” yang terjadi di Dinas Kesehatan yang perlu dikaji untuk melihat makna yang terdapat di dalamnya. Bab ini bertujuan untuk mengkaji “sesuatu” tersebut dalam sudut pandang adanya PP No. 8 Tahun 2003, sebagai pengganti PP No. 84 Tahun 2000 dengan berbagai pasal yang layak diperhatikan, yaitu:

Untuk Provinsi

Pasal 5

- (1) Dinas Daerah Provinsi merupakan unsur pelaksana pemerintah provinsi dipimpin oleh seorang Kepala yang berada di bawah dan bertanggung-jawab kepada Gubernur melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Provinsi mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi dan dapat ditugaskan untuk

melaksanakan penyelenggaraan wewenang yang dilimpahkan kepada Gubernur selaku Wakil Pemerintah dalam rangka dekonsentrasi.

- (3)
- (4) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Provinsi menyelenggarakan fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;
 - b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
 - c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya......

Pasal 6.

- (5) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (6) Lembaga Teknis Daerah Provinsi sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

Untuk Kabupaten Kota

Pasal 9

- (1) Dinas Daerah Kabupaten/Kota merupakan unsur pelaksana pemerintah kabupaten/kota dipimpin seorang kepala yang berada di bawah dan bertanggungjawab kepada bupati/walikota melalui Sekretaris Daerah.
- (2) Dinas Daerah Kabupaten/Kota mempunyai tugas melaksanakan kewenangan desentralisasi.
- (3) Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (2), Dinas Daerah Kabupaten/Kota menyelenggarakan fungsi:
 - a. Perumusan kebijakan teknis sesuai dengan lingkup tugasnya;

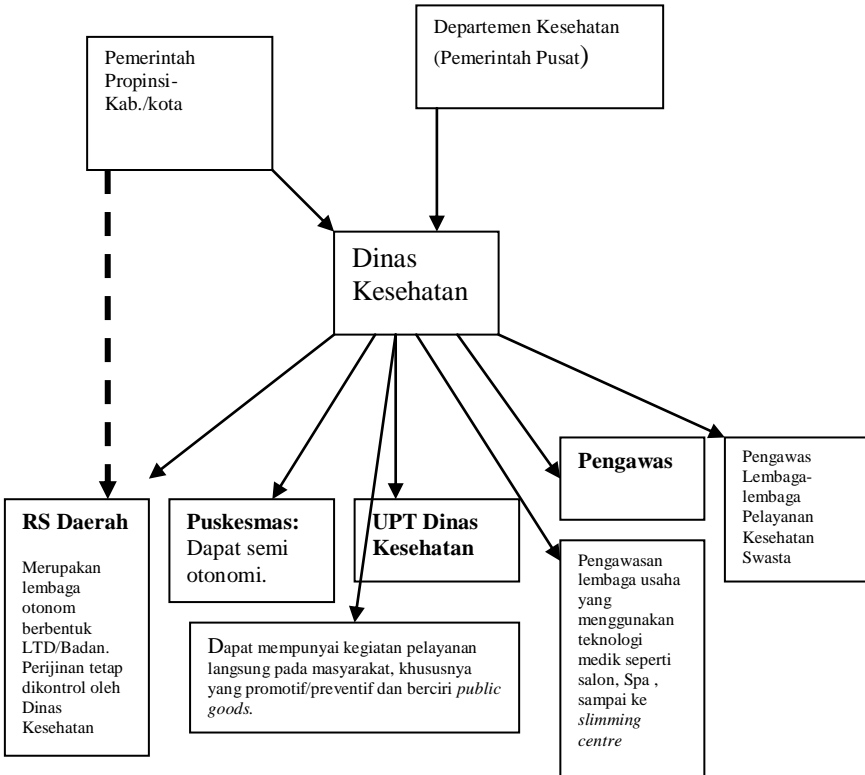
- b. Pemberian perijinan dan pelaksanaan pelayanan umum;
- c. Pembinaan pelaksanaan tugas sesuai dengan lingkup tugasnya
-

Pasal 10.

- (6) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/ Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) dapat berbentuk Badan, Kantor, dan Rumah Sakit Daerah.
- (7) Lembaga Teknis Daerah Kabupaten/Kota sebagaimana dimaksud dalam ayat (2) terdiri dari sebanyak-banyaknya 8 (delapan).

PP No. 8 Tahun 2003 menunjukkan ada pemisahan rumah sakit sebagai lembaga pelayanan dari Dinas Kesehatan sebagai lembaga birokrat. Pemisahan ini merupakan aplikasi konsep *good governance* di sektor kesehatan. Rumah sakit didorong menjadi lembaga pemerintah yang bergerak sebagai tempat pelayanan, bukan lembaga birokrat. Dalam menyikapi pemisahan ini, perlu ada suatu kajian mengenai konsekuensi reposisi dinas kesehatan. PP No. 8 Tahun 2003 menekankan mengenai fungsi perijinan yang dipegang oleh Dinas. Sebagai konsekuensi dari perubahan ini, rumah sakit daerah perlu dipantau aspek mutu pelayanan kesehatan dan fungsinya dalam sistem rujukan oleh Dinas Kesehatan. Pemantauan ini perlu dikaitkan dengan perijinan rumah sakit. Oleh karena itu timbul wacana baru: rumah sakit daerah sebagai lembaga pelayanan kesehatan harus diperlakukan sama dengan rumah sakit swasta dalam hal perijinan. Analog dengan surat ijin mengemudi (SIM) yang harus diberlakukan kepada semua orang (termasuk pegawai negeri) yang ingin mengemudikan mobil di jalan umum, maka perijinan rumah sakit harus diberlakukan juga kepada rumah sakit pemerintah.

Secara diagram, posisi baru Dinas Kesehatan pasca desentralisasi dan keluarnya PP No. 8 Tahun 2003 dalam sistem kesehatan wilayah adalah sebagai berikut:



Catatan:

1. Model ini dapat dipergunakan dalam konteks restrukturisasi Dinas Kesehatan Provinsi dan Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai PPNo. 25 Tahun 2000.
2. Peran pemerintah pusat masih penting dalam hal penyusunan standar, kebijakan, pembiayaan bagi daerah miskin, dan berbagai program kesehatan yang membutuhkan derajat sentralisasi yang cukup tinggi (misal surveillance).

Dalam perkembangan baru ini, ada berbagai pertanyaan penting dalam hal fungsi Dinas Kesehatan: Apakah Dinas Kesehatan siap menjadi:

(1) perancang sistem kesehatan wilayah; (2) pemantau mutu pelayanan kesehatan rumah sakit, (3) pemberi perijinan; (4) penjamin sumber dana bagi keluarga miskin yang sakit; dan (5) penjaga sistem rujukan kesehatan. Apakah Dinas Kesehatan sudah menyiapkan berbagai perangkat untuk fungsi barunya? Hal ini menyangkut adanya peraturan daerah, ketersediaan tenaga manusia, adanya *surveyor*, instrumen penilai mutu pelayanan medik di rumah sakit, instrumen perijinan, sampai tersedianya dana untuk kegiatan tersebut.

Dalam kaitannya dengan poin di atas, apakah Departemen Kesehatan pusat sudah mempunyai rencana untuk perubahan sistem kesehatan wilayah akibat adanya PP No. 8 Tahun 2003? Apakah Departemen Kesehatan Pusat sudah mempunyai standar nasional untuk pemantauan mutu dan perijinan rumah sakit, termasuk rumah sakit swasta dan pemerintah daerah/pusat? Tanpa ada perubahan ini *good governance* di sektor rumah sakit-kesehatan tidak akan berjalan. Akibatnya akan terjadi anarkis di sektor kesehatan.

2. *Good Corporate Governance* di rumah sakit

Good corporate governance merupakan konsep untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas yang saat ini dianjurkan dipergunakan pada lembaga usaha. Diharapkan dengan penggunaan *corporate governance* akan ada sistem manajemen yang meningkatkan efisiensi. Pengertian efisiensi ini yaitu bagaimana cara meningkatkan hasil semaksimal mungkin (Eldenbug dkk.,2001).

Secara umum, sistem *corporate governance* bertujuan untuk memberikan pedoman strategis dan mengoperasionalkan sebuah dewan yang melakukan *monitoring* terhadap pekerjaan manajer (OECD, 2001). Konsep *corporate governance* berasal dari sektor perusahaan dalam mencari keuntungan. Perlu dicatat bahwa tujuan perusahaan memperoleh keuntungan adalah menghasilkan keuntungan yang sebesar-besarnya dan berusaha mempunyai kemampuan

yang cukup dalam mencapai tujuan sesuai dengan lingkungannya. Laba akan dibagi ke pemilik modal atau pemegang saham. Namun, lembaga *nonprofit* pun dapat menggunakan model *corporate governance* untuk meningkatkan efisiensinya. Rumah sakit *nonprofit* yang mengambil bentuk lembaga usaha perlu mempertimbangkan konsep *corporate governance*.

Usaha memahami *corporate governance* dapat dimulai dari hakikat sebuah lembaga usaha. Katz dan Rosen (1998) menyatakan bahwa paling sedikit ada tiga komponen dalam lembaga usaha yaitu, (1) pekerja atau orang yang dibayar atas gaji tetap dan mempunyai peraturan kerja; (2) manajer yang bertanggung jawab menetapkan keputusan, memonitor para pekerja; dan (3) pemilik yang mempunyai modal dan menanggung risiko keuangan usaha. Dalam model standar perusahaan terdapat pemisahan antara pemilik dengan para manajer pelaksana. Pemisahan antara pemilik dengan para manajer merupakan salah satu ciri lembaga usaha modern. Pemisahan antara pemilik dengan para manajer ini menghasilkan struktur organisasi yang merupakan standar sebuah perusahaan. Standar tersebut yaitu adanya badan yang disebut sebagai *Board of Directors*.

Board of Directors berperan sebagai tonggak utama dalam mekanisme pengendalian internal. Dalam sistem yang mengacu pada *corporate governance*, terdapat peraturan yang menerangkan tentang peran manajer dan *Board of Directors*. Tanggung jawab *Board of Directors* secara umum dalam perusahaan adalah melakukan monitoring terhadap manajer atas mandat dari pemegang saham perusahaan (OECD, 2001). Secara rinci fungsi kuncinya antara sebagai berikut:

1. Melakukan *review* dan mengarahkan strategi lembaga usaha, rencana besar, kebijakan risiko, anggaran tahunan dan rencana usaha; menetapkan indikator kinerja, *monitoring* pelaksanaan dan kinerja lembaga usaha serta mengawasi pengeluaran modal.

2. Memilih dan memberikan kompensasi, memonitor dan apabila perlu mengganti direktur dan mengawasi perencanaan penggantian
3. Mengkaji pembayaran eksekutif dan dewan direktur
4. Memonitor dan mengelola berbagai konflik yang potensial dalam manajemen.

Sistem *corporate governance* pada rumah sakit *for profit* tujuannya yaitu meningkatkan keuntungan sebesar-besarnya. Sementara itu, sistem *corporate governance* pada rumah sakit *nonprofit* bertujuan menjamin agar tujuan rumah sakit dapat tercapai seefisien mungkin. *Board of Directors* pada rumah sakit *nonprofit* sering disebut sebagai *Board of Trustees*.

Pada awalnya kehadiran *Board of Directors* atau *Board of Trustees* di rumah sakit lebih berfungsi sebagai stempel atau cap yang mengesahkan keputusan-keputusan direksi. Akan tetapi, di Amerika Serikat dilaporkan bahwa fungsi board pada rumah sakit menjadi lebih menentukan dalam keputusan-keputusan manajemen (Alexander dkk., 2001). Fungsi awal lain yaitu menggalang dana-dana kemanusiaan atau mendapatkan dukungan politis. Oleh karena itu, sebagian anggota *board* berasal dari kalangan politisi, pengusaha, pemimpin-pemimpin informal di masyarakat atau dermawan. Perkembangan rumah sakit di Indonesia menunjukkan hal ini. Fungsi *board* yang sering disebut sebagai Dewan Pembina dari yayasan pemilik atau secara sederhana disebut sebagai anggota yayasan. Menurut Kovner (1995) secara umum pekerjaan *Board of Directors* di rumah sakit adalah menetapkan dan menjaga misi rumah sakit; bertindak sebagai wali untuk menjaga aset dan investasi dari pemilik saham para rumah sakit *for profit* atau kepentingan pemilik pada rumah sakit *nonprofit*; memilih, menasihati, dan memeriksa pimpinan rumah sakit; menyerahkan tanggung jawab urusan medik kepada dokter dan usaha pengembangan mutu pelayanan serta memberikan arahan untuk rumah sakit dan menjamin pertumbuhan dan perkembangannya.

Contoh sistem yang menggunakan *corporate governance* pada rumah sakit *for profit* adalah adanya struktur *Board of Directors* di University Health System Ltd. yang dimiliki oleh Tulane University (20% saham) dan Columbia, sebuah perusahaan *for profit* yang bergerak dalam jaringan rumah sakit (80% saham) (Bulger dkk., 1999). Anggota *board* sebanyak 10 orang terdiri atas 5 orang dari Tulane University dan 5 orang dari Columbia. Pimpinan *board* berasal dari Tulane University. Semua keputusan besar harus disetujui oleh tiga anggota dari Tulane University dan tiga anggota dari Columbia. Keputusan yang membutuhkan suara mayoritas dari *board* berkaitan dengan pengangkatan dan pemberhentian direktur rumah sakit, pengembangan usaha atau penghapusan pelayanan rumah sakit, modifikasi penunjang akademik, dan pembelian rumah sakit pendidikan dalam radius 75 mil. Contoh *corporate governance* rumah sakit *non profit* dapat dilihat pada rumah sakit pendidikan North Carolina. Rumah sakit pendidikan ini merupakan gabungan antara Wake Forest University dengan North Carolina Baptist Hospital yang mempunyai jaringan pelayanan kesehatan. Kedua lembaga tersebut bersifat *nonprofit*. Masing-masing lembaga terdapat *Board of Trustees*.

Penelitian yang dilakukan oleh Alexander dkk. (2001) mengenai struktur, komposisi, dan seleksi *board* di Amerika Serikat menarik untuk disimak. Penelitian tersebut menggambarkan perbedaan beberapa aspek *board* selama 10 tahun (antara tahun 1989 hingga tahun 1997) pada rumah sakit swasta *nonprofit*, rumah sakit pemerintah, dan rumah sakit *for profit*. Penelitian tersebut sangat besar dengan melibatkan 3.100 rumah sakit pada tahun 1989 kemudian tahun 1997 sebanyak 2.100 rumah sakit. Jumlah anggota *board* merupakan hal penting dalam penelitian tersebut. Jumlah anggota mempengaruhi lama waktu pengambilan keputusan. Berbagai keluhan manajer dan konsultan manajemen rumah sakit yakni bahwa jumlah anggota *board* terlalu banyak sehingga mengakibatkan keputusan menjadi lama. Manajer dan para konsultan berpendapat bahwa jumlah

anggota *board* yang sedikit lebih baik karena akan mempercepat proses pengambilan keputusan. Akan tetapi, jika *board* terlalu sedikit akan tidak baik karena dapat mengakibatkan terbentuknya blok-blok dengan mudah. Rata-rata jumlah *board* pada tahun 1989 sebanyak 13,5 orang sedang pada tahun 1997 adalah 13,6 orang. Jumlah *board* paling banyak pada rumah sakit yang tidak mencari untung (18.8 dan 16.6 orang rata-rata pada tahun 1989 dan 1997). Semakin besar jumlah Tempat Tidur (TT) rumah sakit, maka semakin banyak anggota *board*.

Salah satu fungsi *board* yang sangat strategis adalah menilai kinerja Direksi. Ternyata tidak semua *board* rumah sakit mempunyai fungsi ini. Akan tetapi, dapat diketahui bahwa tahun 1997 terjadi peningkatan yang cukup besar dalam persentase rumah sakit yang melakukan pengawasan terhadap direksi. *Board of Director* rumah sakit pemerintah merupakan kelompok paling rendah dalam fungsi pengawasan direksi. Semakin besar jumlah TT maka persentase yang melakukan pengawasan lebih tinggi. Dengan beban dan tanggung jawab yang semakin meningkat, seharusnya *board* akan dibayar untuk pekerjaannya. Akan tetapi, penelitian Alexander menunjukkan hasil yang menunjukkan penurunan persentase rumah sakit yang memberikan insentif untuk anggota *board* dari tahun 1989 hingga tahun 1997. Kelompok rumah sakit *for profit* ternyata justru mengalami penurunan, sementara kelompok rumah sakit pemerintah tetap. Seperti yang telah diduga, kelompok rumah sakit swasta *nonprofit* mempunyai persentase kecil jumlah anggota *Board* yang di bayar. Hal ini berkaitan dengan himbauan dari Kantor Informasi Dana Kemanusiaan Nasional untuk tidak memberikan kompensasi bagi anggota *board* pada lembaga-lembaga *nonprofit*.

Kesimpulan penelitian Alexander dkk. (2001) menyatakan bahwa peran *board* pada rumah sakit adalah sebagai penjamin kelanggaan (*continuity*) perkembangan rumah sakit. *Board* tidak berfungsi sebagai pemimpin perubahan dan perkembangan. Selama sepuluh tahun

perkembangan *board*, tidak mencerminkan adanya perubahan yang radikal. Akan tetapi, *board* mengalami peningkatan kekuatan dalam menetapkan keputusan yang terkait dengan kinerja rumah sakit.

Peran *Board of Directors* dalam penyusunan rencana strategis menurut Wolper (1999) sangat penting. *Board of Directors* berperan aktif dalam menyusun rencana strategis khususnya dalam penyusunan misi dan visi rumah sakit. Pertemuan-pertemuan awal dalam penyusunan rencana strategis perlu dihadiri oleh *Board of Directors* (Zuckermann, 1998). Dokumen rencana strategis juga harus mendapat persetujuan dari *Board of Directors* untuk disahkan.

Siapa saja dan apa syarat menjadi anggota *board*? Menurut American Hospital Association dan Ernst Young, terdapat beberapa kriteria penting untuk menjadi anggota *board* (Pointer dan Orlikoff, 1999) yaitu mempunyai nilai-nilai yang sama dengan rumah sakit, mempunyai kepemimpinan di masyarakat, secara keuangan tidak kekurangan, memahami perencanaan strategis dan mempunyai visi, mempunyai waktu, dan secara politis merupakan orang berpengaruh.

Apakah struktur *corporate governance* perlu dipakai oleh rumah sakit di Indonesia?

Dengan melihat situasi dan kondisi sektor rumah sakit di Indonesia, apakah konsep *corporate governance* perlu diaplikasikan? Pada intinya keuntungan *corporate governance* di rumah sakit digunakan untuk hal-hal, (1) untuk perbaikan sistem pengawasan internal dan (2) peningkatan efisiensi untuk meningkatkan daya saing. Kerugian struktur *corporate governance* antara lain, bertambahnya biaya operasional, keputusan dapat menjadi lebih lama, dan menambah jalur birokrasi.

Jawaban untuk rumah sakit swasta *for profit* adalah sudah selayaknya harus memiliki Dewan dalam kerangka struktur *corporate governance*. Pemilik saham rumah sakit swasta *for profit* pada umumnya mempunyai pengalaman dalam perusahaan di luar sektor kesehatan yang terbiasa

dengan konsep *corporate governance*. Sedangkan rumah sakit *nonprofit* jawaban pertanyaan tersebut terletak pada pemilik rumah sakit dan penafsiran UU Nomor 16 tahun 2001. Pemilik RS *nonprofit* pada umumnya adalah lembaga pemerintah, keagamaan, dan sosial. Pasal 3 dalam UU Nomor 16 tahun 2001 menyebutkan bahwa yayasan dapat melakukan kegiatan usaha untuk menunjang pencapaian maksud dan tujuannya dengan cara mendirikan badan usaha dan/ atau ikut serta dalam suatu badan usaha. Di samping itu, disebutkan pula bahwa yayasan tidak boleh membagikan hasil kegiatan usaha kepada pembina, pengurus, dan pengawas.

Secara keseluruhan rumah sakit *nonprofit* di Indonesia cenderung lebih kompleks perilakunya dengan sistem aturan yang kurang jelas di banding rumah sakit *for profit*. Dalam hal ini sistem *corporate governance* pada rumah sakit *nonprofit* mungkin akan lebih sulit dibentuk apabila dibandingkan dengan rumah sakit *for profit*. Sebagai gambaran, sebagian lembaga usaha swasta *nonprofit* yang bergerak di rumah sakit ternyata tidak mempunyai pemisahan antara pemilik dengan pengelola. Beberapa kasus muncul seperti:

- Terjadi perangkapan jabatan pada yayasan dengan direksi atau pelaku kegiatan di rumah sakit sehingga menimbulkan *conflict of interest*;
- Para manajer yang tidak memahami pentingnya sistem kontrol sehingga cenderung memutuskan sendiri walaupun untuk keputusan yang sangat besar dan strategis;
- Anggota yayasan yang mengawasi rumah sakit ternyata tidak mempunyai pemahaman mengenai rumah sakit. Hal ini terkait dengan kriteria pemilihan.

Oleh karena itu, tidak mengherankan apabila muncul konflik antara yayasan dengan direksi atau antaranggota yayasan atau antara anggota yayasan dengan pemilik yayasan. Konflik antara anggota yayasan atau anggota keluarga (terutama untuk generasi-generasi setelah pendirinya meninggal). Konflik tersebut terjadi pula di lembaga-lembaga

keagamaan. Struktur *corporate governance* mempunyai keuntungan dapat mencegah berbagai konflik. Akan tetapi, perlu ditekankan bahwa struktur *corporate governance* merupakan sistem formal yang mungkin tidak cocok dengan kultur kekeluargaan yang sekarang ini mungkin dianut oleh yayasan keagamaan atau sosial. Struktur formal ini mungkin justru akan membuat lebih banyak konflik. Oleh karena itu, penggunaan struktur *corporate governance* pada rumah sakit swasta *nonprofit* benar-benar harus dipertimbangkan dengan seksama.

Dalam konteks keterkaitan UU Nomor 16 tahun 2001, tentang yayasan dan konsep *corporate governance* terdapat kemungkinan diterapkan untuk RS swasta *nonprofit*. Kemungkinan pertama adalah rumah sakit *nonprofit* berubah menjadi perusahaan terbatas. Dalam hal ini maka struktur *corporate governance* dengan mudah dapat dipergunakan. Akan tetapi, perubahan menjadi rumah sakit *for profit* dapat bertentangan dengan misi rumah sakit yang berdasar nilai keagamaan dan sosial. Apakah misi sosial akan ditinggalkan untuk meningkatkan efisiensi? Pertanyaan ini mungkin akan dijawab tidak oleh para pengelola yayasan keagamaan.

Alternatif kedua adalah yayasan bersifat *nonprofit* memiliki saham dalam rumah sakit berbentuk perusahaan mencari keuntungan. Hal ini dapat dilakukan dengan cara melakukan kerja sama dengan perusahaan yang mencari keuntungan. Akan tetapi, keadaan ini juga menyangkut masalah misi yayasan. Apakah berdasarkan nilai-nilai yang dianut oleh yayasan diperbolehkan mempunyai saham dalam rumah sakit berbentuk perusahaan yang mencari keuntungan?

Alternatif ketiga adalah rumah sakit *nonprofit* tetap berbentuk yayasan tetapi menggunakan konsep *corporate governance*. Alternatif ini mungkin yang akan menjadi pilihan berbagai yayasan sosial dan keagamaan yang mempunyai rumah sakit. Alternatif ini merupakan tantangan menarik bagi para pemilik, konsultan, dan peneliti manajemen rumah sakit untuk mengembangkan konsep *corporate governance* pada rumah sakit yayasan *nonprofit*.

Relevansi bagi rumah sakit pemerintah

Rumah sakit pemerintah mempunyai sejarah yang dekat dengan sifat birokratis. Sebagai gambaran, direksi rumah sakit pemerintah mempunyai tingkat eselon tertentu dalam sistem pegawai negeri. Rumah sakit pemerintah daerah dengan pemerintah sebagai pemilik terdiri dari eksekutif dan legislatif (DPRD) sebagai wakil rakyat, dapat mempunyai posisi dalam dewan penyantun. Peran dan komposisi anggota Dewan Penyantun pada rumah sakit daerah masih belum jelas.

Dapat dinyatakan bahwa hubungan antara pemilik dan para pengelola merupakan bagian dari sistem birokrasi pemerintahan. Oleh karena itu, jabatan manajemen di rumah sakit-rumah sakit pemerintah masih menggunakan model birokrasi dengan sistem eselon. Semakin tinggi jabatan struktural di rumah sakit, membutuhkan eselon yang lebih tinggi pula. Dapat disebutkan bahwa pada rumah sakit pemerintah memang terjadi pemisahan yang jelas antara pemilik dengan manajer. Akan tetapi, hubungan ini tidak menggunakan konsep *corporate governance*. Hubungan yang terjadi lebih mengandalkan pada hubungan atasan-bawahan.

Bagaimana prospek aplikasi struktur *governance* rumah sakit pemerintah di masa mendatang? Pada masa desentralisasi ini diperlukan suatu sistem *governance* yang baik. Dalam konteks RSD, sudah terdapat laporan bahwa Bupati atau Walikota menjadi sangat berkuasa sehingga jabatan direktur RS pemerintah diberikan berdasarkan hubungan kedekatan bukan berbasis pada kemampuan manajerialnya. Dewan yang mempunyai anggota tokoh masyarakat di sebuah RSUP lokal mungkin dapat meningkatkan rasa kepemilikan daerah terhadap rumah sakit pemerintah pusat.

3. Good Clinical Governance

Salah satu faktor kunci dalam pengembangan pelayanan rumah sakit adalah bagaimana meningkatkan mutu pelayanan

klirik. Rumah sakit adalah lembaga yang memberikan pelayanan klinik sehingga mutu klinik merupakan indikator penting bagi baik buruknya rumah sakit. Baik dan buruknya proses pelayanan klinik dipengaruhi oleh penampilan kerja dokter spesialis pada rumah sakit. Sebagaimana sistem *governance* di manajemen rumah sakit, saat ini dikembangkan sistem *governance* di klinik. Pengembangan ini dipelopori oleh Inggris pada dekade 90-an dengan menggunakan istilah *clinical governance*.

Prinsip dasar dalam pengembangan pengelolaan *clinical governance* adalah bagaimana mengembangkan sistem untuk meningkatkan mutu klinik. Peningkatan mutu tersebut dilakukan dengan cara memadukan pendekatan manajemen, organisasi, dan klinik secara bersama (Roland dkk. 2001). *Clinical governance* bertugas memastikan bahwa telah terdapat sistem untuk memonitor kualitas praktik klinis yang berfungsi dengan baik; praktik klinis selalu dievaluasi dan hasil evaluasinya digunakan untuk melakukan perbaikan; dan praktik klinis sudah sesuai dengan standar, seperti yang dikeluarkan oleh badan regulasi profesi nasional.

Secara rinci, sistem yang diterapkan dalam *clinical governance* meliputi berbagai kegiatan seperti audit klinis, manajemen efektif bagi kolega klinis yang berkinerja buruk, manajemen risiko, praktik klinis berbasis pada bukti (*evidence based*), pelaksanaan bukti efektivitas klinik, pengembangan keterampilan kepemimpinan bagi klinisi, pendidikan berkelanjutan bagi semua staf klinis, sampai audit *feedback* dari konsumen.

Kerangka kerja *clinical governance* tersusun atas empat hal yaitu *evidence based medicine*, informasi yang baik, penilaian kerja klinik, dan hubungan antara klinisi dengan manajemen. Berbagai implikasi besar muncul dengan kerangka kerja ini. Pertama, rumah sakit melakukan pelaksanaan praktik klinik berbasis pada bukti (*evidence based practice*). Pelaksanaan *evidence based* merupakan hal yang berat. Kedua, dilakukan perbaikan infrastruktur informasi klinis. Ketiga, dilakukan pengembangan mekanisme

untuk menilai kinerja klinik yang terpadu dengan kinerja manajemen. Keempat, perlu dilakukan pengembangan pengetahuan dan keterampilan kepemimpinan di antara staf klinis. Dalam hal ini harus terdapat klinisi yang menjadi pemimpin (*leader*) dari para klinisi.

Clinical governance harus dibangun di atas sistem yang baik dan efektif serta harus diintegrasikan sepenuhnya ke dalam sistem *governance* rumah sakit. Akan tetapi, disadari bahwa untuk membangun kepercayaan dan menciptakan kelompok klinisi yang mempunyai motivasi tinggi dalam kualitas perawatan klinisnya diperlukan perubahan sikap dan kultur yang mendasar terutama pada lingkungan klinisi. Di Indonesia perubahan kultural ini sangat diperlukan di kalangan klinisi.

Siapa yang bertanggung jawab untuk menerapkan *clinical governance*? Kelompok di rumah sakit yang paling relevan untuk mengelolanya adalah Komite Medik. Bagaimana fungsi Komite Medik saat ini? Menurut Karnadihardja (2000) Komite Medik adalah suatu organisasi nonstruktural di rumah sakit yang bertujuan menjamin terselenggaranya pelayanan medik yang baik, profesional, yang selalu mengacu kepada kepentingan pasien, serta memperhatikan Kode Etik Kedokteran dan Kode Etik Rumah Sakit serta norma-norma yang berlaku pada masyarakat Indonesia. Komite Medik sebagai organisasi *intern* nonstruktural tidak mempunyai garis komando dengan Direksi RS dan Dewan Pembina tetapi berupa garis koordinasi. Oleh karena itu, kebijakan-kebijakan yang bersifat mengikat dikeluarkan oleh Direksi sebagai hasil keputusan rapat bersama antara Direksi, Komite Medik, dan perwakilan Dewan Pembina.

Bagaimana keadaan Komite Medik saat ini? Dalam hal ini belum dilakukan penelitian mendalam mengenai efektivitas komite medik. Akan tetapi, berdasarkan pengamatan pada berbagai rumah sakit Komite Medik mengalami kesulitan dalam menjalankan perannya. Jika dilihat pada peraturan Komite Medik dapat dilihat bahwa Komite Medik tersusun atas beberapa bagian seperti, Badan Pengurus Harian (BPH),

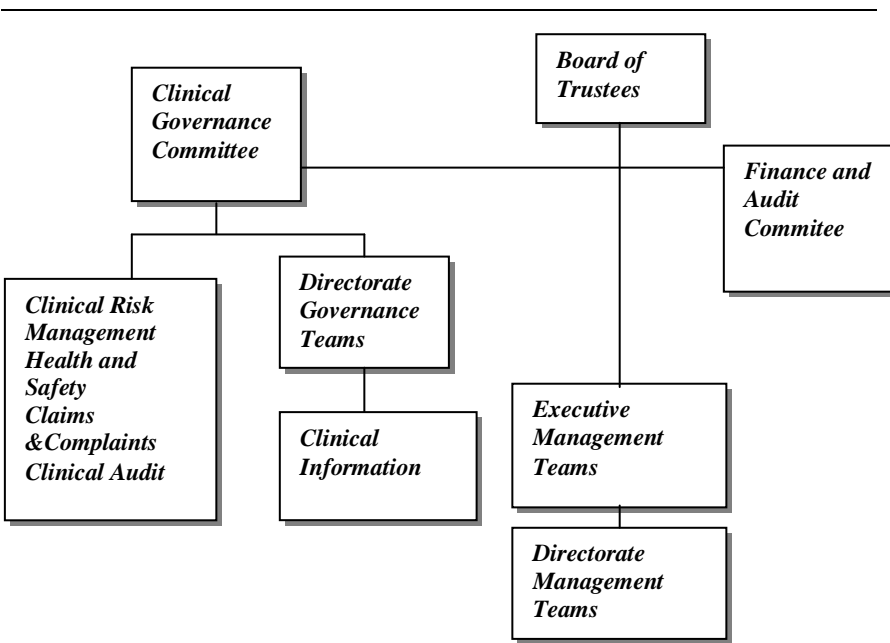
panitia-panitia, dan Anggota. Panitia-panitia di dalam komite medik antara lain Panitia Rekam medik, Panitia Utilisasi, Panitia Audit Medik, merangkap *Peer Review*, Panitia Kredensial, Panitia Terapi dan Farmasi, Panitia Infeksi Nosokomial, Panitia Jaringan, Panitia Etik Rumah Sakit, dan lain sebagainya.

Badan Pengurus Harian Komite Medik (*Executive Committee of The Medical Staff*) terdiri atas ketua, wakil ketua, sekretaris, dan anggota. Menurut Karnadihardja (2000) BPH Komite Medik mewakili staf medik dalam hubungan yang dinamis sehari-hari dengan Direksi dan Dewan Pembina. Salah satu organ utama untuk mensosialisasikan kebijakan-kebijakan secara formal dilakukan melalui rapat bersama yang diselenggarakan secara rutin antara Komite Medik, Direksi, dan Badan Pembina (*Joint Conference Committee*).

Berdasarkan struktur dan peranannya, Komite Medik merupakan unit penting dalam rumah sakit. Di Amerika Serikat kedudukan *Chief of Medical Staff* sangat kuat, sejajar dengan *Chief Executive Officer* (CEO) rumah sakit dan bertanggung jawab pada *Governing Board* (White, 1997). Komite Medik di Indonesia cenderung diberlakukan bukan seperti instalasi yang berhak merencanakan anggaran. Di beberapa rumah sakit Komite Medik bahkan tidak mendapatkan anggaran. Kesulitan yang ditemui dapat dianalisis dari jumlah dan komposisi tempat bekerja para spesialis. Sebagian besar spesialis adalah pegawai negeri yang bekerja di rumah sakit swasta. Pertanyaan pentingnya adalah apakah mungkin dengan pola bekerja spesialis yang bekerja sambil menjalankan fungsi *clinical governance* di Komite Medik pada rumah sakit pemerintah? Seperti diketahui para spesialis mempunyai pekerjaan lain di rumah sakit swasta karena pendapatan gaji dari pemerintah relative rendah. Apakah Komite Medik dapat berfungsi mengelola *clinical governance* dengan baik mengingat banyak dokter spesialis yang bekerja di berbagai rumah sakit? Pertanyaan-pertanyaan ini memerlukan penelitian untuk menjawabnya. Pada

prinsipnya isu mengenai manajemen spesialis akan menjadi semakin penting di masa mendatang.

Gambar 4.1 menunjukkan ada fungsi regulasi internal dalam hal mutu medik yang dilakukan oleh sistem *clinical governance* (Lugon dkk., 2001). Dalam sistem *clinical governance* ada infrastruktur yang bertugas menangani *clinical risk management, health and safety, Claims* dan *complaints*, serta *clinical audit*. Disamping itu, ada infrastruktur untuk menangani pengelolaan sistem informasi klinik. Sistem informasi klinik ini sangat strategis untuk memberikan data mengenai kinerja pelayanan klinik, termasuk para dokternya. Dalam Gambar 4.1 terlihat bahwa *Clinical Governance* merupakan bagian dari *Corporate Governance*. Hal ini penting dalam kaitannya dengan wewenang untuk menerima, *reappoint* (memperpanjang) atau mengakhiri hubungan kerja dengan dokter.



GAMBAR 4.1.
CLINICAL GOVERNANCE DI RUMAH SAKIT
 (Lugon dkk. 2001)

Governance Klinik dan Manajemen Tenaga Spesialis

Salah satu aspek strategis di masa mendatang adalah bagaimana rumah sakit dapat mengelola para spesialis sejak dari rekrutmen sampai ke terminasi kerja. Pada saat ini di berbagai belahan dunia pola bekerja para dokter spesialis dapat dilihat pada Tabel 4.2.

TABEL 4.2.
POLA BEKERJA PARA DOKTER

Jenis pegawai	<i>Part-timer</i>	<i>Full-timer</i>
Pegawai tetap	Di Indonesia, sebagian besar dokter spesialis di rumah sakit pemerintah merupakan pegawai tetap, namun secara <i>de-facto</i> merupakan dokter part-timer di rumah sakit pemerintah. Fenomena ini timbul disebabkan terutama gaji rendah dan tarikan bekerja di rumah sakit swasta dengan pendekatan <i>fee-for-service</i> .	Ada sebagian (kecil) dokter di rumah sakit pemerintah yang bekerja secara <i>de-facto</i> secara <i>full-timer</i> . Sebagian kecil dokter yang bekerja di rumah sakit swasta merupakan pegawai tetap yang bekerja secara <i>full-timer</i> . Di Inggris dokter bekerja di rumah sakit pemerintah dengan model gaji bulanan yang tinggi sehingga tarikan luar tidak kuat. Sebagai catatan tidak banyak rumah sakit swasta di Inggris.
Pegawai tidak tetap/kontrak	Berbagai rumah sakit swasta memberlakukan sistem seperti ini. Dokter spesialis bukan merupakan pegawai tetap yang digaji oleh rumah sakit. Sistem pembayaran kepada dokter dilakukan terutama dengan pendekatan " <i>fee-for-service</i> ".	Pendekatan kontrak untuk bekerja <i>full-timer</i> merupakan pendekatan yang sering dipergunakan di Amerika Serikat. Menurut White (1997) dokter di rumah sakit Amerika bukan merupakan pegawai rumah sakit. Mereka adalah profesional swasta.

Situasi di Indonesia saat ini secara *de facto* lebih menyerupai model Amerika Serikat dibandingkan dengan Inggris. Sebagian besar spesialis di rumah sakit swasta bukan

berstatus sebagai pegawai tetap. Saat ini ada wacana menarik di rumah sakit pemerintah. Konsep dokter mitra mulai dipertimbangkan untuk diterapkan. Dengan adanya desentralisasi dan kebijakan otonomi rumah sakit pemerintah, kemungkinan dilakukan pengaturan jam bekerja sehingga konsep *full-timer* dan *part-timer* dapat diberlakukan di rumah sakit pemerintah. Sebagai konsekuensi situasi ini, maka harus ada proses kredensial yang baik, proses pemantauan kinerja dokter yang berada dalam kontrak, dan bagaimana proses *reappointment* dapat dilakukan.

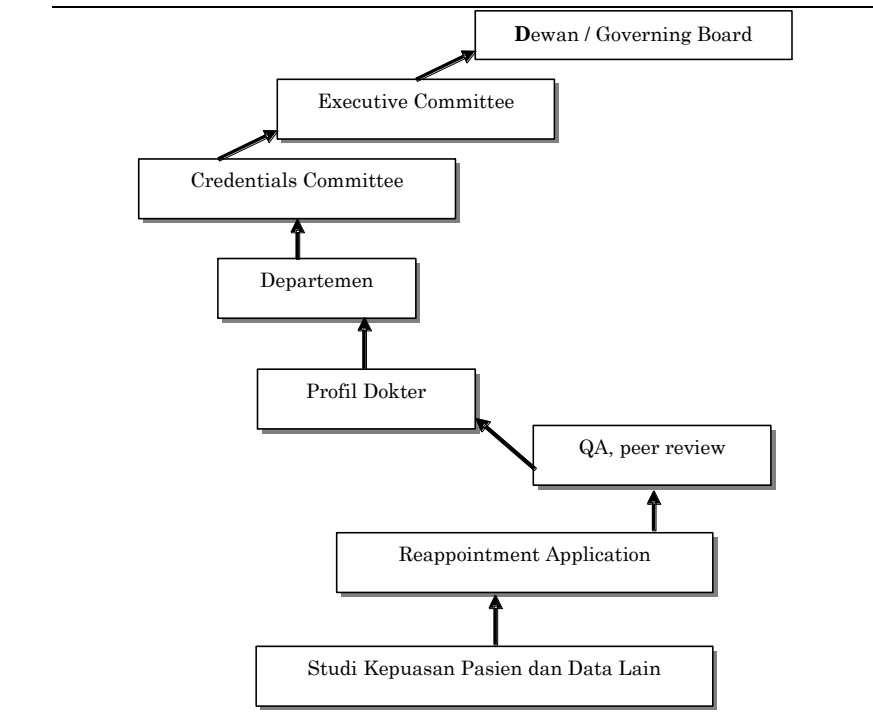
Masalah kredensial, *reappointment*, dan terminasi merupakan hal sensitif dan di Indonesia saat ini masih merupakan hal baru. Model ini dinilai oleh sebagian dokter sebagai bagian dari sistem yang “memperdagangkan” dokter sebagai suatu profesional yang mulia. Ada bagian dari kultur profesi dokter yang cenderung enggan menerima suatu sistem hubungan kerja yang jelas antara rumah sakit dengan dokter, khususnya di rumah sakit pemerintah. Beberapa rumah sakit enggan menggunakan kata-kata kontrak kerja, tetapi lebih menggunakan kata-kata melakukan kerja sama. Akan tetapi, dalam kehidupan modern model kontrak, *reappointment*, dan terminasi merupakan konsekuensi dari situasi yang berciri globalisasi. Cepat atau lambat, model hubungan kontraktual antara dokter dengan rumah sakit menjadi semakin dipergunakan.

Sebagai catatan khusus, di berbagai negara maju sistem kesehatan saat ini sering di tolak ukurkan dengan sistem di sektor yang mempunyai sistem pengendalian termasuk terhadap mutu sumber daya manusia yang baik. Sektor yang banyak diacu adalah penerbangan (Institute of Medicine, 1999 dan 2001). Dalam dunia penerbangan, masalah *safety* dan mutu pelayanan sudah menjadi bagian dari kehidupan sehari-hari dan akhirnya menjadi budaya yang menonjol. Bagi sumber daya manusia yang cenderung tidak memperhatikan masalah *safety* dan mutu, aturan di penerbangan akan mampu mengeluarkannya dari sistem.

Oleh karena itu, sistem manajemen rumah sakit perlu mengantisipasi perkembangan hubungan kerja antara dokter dan rumah sakit dengan cara menguatkan tata aturan di rumah sakit. Diharapkan rumah sakit menerapkan prinsip-prinsip *good corporate governance* dalam mengelola spesialis. Secara khusus rumah sakit diharapkan untuk menerapkan prinsip-prinsip *clinical governance*. Dalam hal ini ada berbagai kegiatan yang terkait dengan *clinical governance* sebagai berikut:

- Proses *credentialing* untuk menerima seseorang menjadi staf dokter di sebuah rumah sakit.
- Fungsi regulasi internal untuk mutu pelayanan dokter spesialis yakni diperlukan pemantauan, pelaporan, dan sebagainya.
- Wewenang untuk menggunakan informasi appraisal kinerja dokter untuk keputusan perpanjangan (*reappointment*) atau pemutusan kerja sama. Proses *reappointment* ini dapat dilakukan secara serius atau hanya formalitas saja.

Apabila *reappointment* dilakukan secara serius, ada dua alasan pertimbangan untuk mengangkat kembali dokter di rumah sakit. Pertama adalah proses *reappointment* berdasarkan indikator klinik, dan kedua adalah berdasarkan perilaku dokternya sendiri. Waktu untuk *reappointment* ini menurut Joint Commission adalah tidak lebih dari interval 2 tahun. Dalam kegiatan *reappointment* ada berbagai hal penting yang perlu diperhatikan, termasuk penulisan dalam bentuk *by laws*. Dalam hubungan antara dokter dengan rumah sakit *by laws* untuk para staf dokter yang bersifat *self governing (clinical governance)* harus tetap disahkan oleh *governing board* rumah sakit. Keputusan untuk pemutusan hubungan kerja berdasarkan prosedur *reappointment* perlu ditetapkan. Di Amerika Serikat keputusan tidak berada di Staf Medik atau Direksi tapi ada di *Board of Trustees (non-profit) atau Board of Directors (For-profit)*. Gambar 4.2 di bawah ini menunjukkan proses *reappointment* (White, 1997).



GAMBAR 4.2.
PROSES REAPPOINTMENT DOKTER
 (White, 1997)

Kinerja dokter dimonitor dalam sistem ini sebagai dasar untuk proses *reappointment*. Sebagaimana disebutkan di atas, kinerja dokter dapat diukur dari aspek klinik dan perilaku sebagai staf. Dalam proses *reappointment* fungsi *Board* dalam *corporate governance* merupakan hal penting. Makna *Corporate Governance* adalah suatu struktur yang bertujuan agar lembaga usaha berperilaku secara efisien. Dalam pengertian efisiensi ini adalah bagaimana cara untuk meningkatkan hasil semaksimal mungkin (Eldenburg dkk., 2001). Secara umum sistem *corporate governance* bertujuan untuk memberikan pedoman strategis dan mengoperasi-

onalkan sebuah dewan yang melakukan monitoring terhadap pekerjaan manajer (OECD, 2001).

Di rumah sakit, American Hospital Association menyatakan bahwa *Board of Trustees* mempunyai wewenang untuk mengatur profesi medik. Fungsi *Board* yang terkait dengan profesi medik:

1. *Appoints, reappoints, and approves privileges for all medical staff members.*
2. *Ensures that the Hospital medical staff is organized to support the objectives of the Hospital.*
3. *Reviews and takes final action of appeals involving termination of medical staff appointments.*
4. *Approves medical staff bylaws and proposed revisions.*
5. *Approves appointment of chairmen of medical staff department and medical staff officers.*

Dengan tata aturan yang jelas ini, maka manajemen spesialis akan lebih mudah dilakukan sehingga konsentrasi dapat diberikan pada pengembangan pelayanan medik dan pelayanan lainnya. Patut dicatat apabila tata aturan ini tidak diterapkan ada kemungkinan para pengelola rumah sakit dan dokter spesialis akan lelah mengurus hal-hal yang tidak perlu. Tata aturan diharapkan dapat menghindari ketidak obyektifan penilaian, termasuk hal-hal yang terkait dengan masalah keuangan.

Bagaimana Situasi *Governance* di Rumah Sakit Indonesia?

Model *Good Corporate Governance* di Indonesia berbeda dengan di Amerika Serikat. Hal ini terpengaruh oleh sistem hukum yang dipakai di Indonesia yang berasal dari model hukum *continental* (Eropa daratan). Dalam *Kode Good Corporate Governance*, perusahaan di Indonesia menggunakan model Dewan Komisaris yang tidak seaktif model *Board of Directors* di Amerika Serikat. Secara lebih khusus, rumah sakit di Indonesia masih dalam tahap mencari bentuk untuk *good corporate governance*. Saat ini sedang direncanakan

penelitian mengenai bentuk *corporate governance* di rumah sakit Indonesia.

Demikian pula yang terjadi dalam aplikasi *clinical governance* di rumah sakit Indonesia. Di manakah fungsi *clinical governance* seperti yang ada di Gambar 4.1 dilakukan di rumah sakit? Apakah kegiatan *clinical governance* dilakukan oleh Komite Medik? Ataukah Direktur Medik? Ataukah Satuan Pengawas Intern? Dalam pengamatan sementara, kenyataan yang terjadi saat ini adalah tidak operasionalnya Komite Medik di berbagai rumah sakit. Komite Medik cenderung bekerja dengan sifat sebagai pemadam kebakaran. Jika ada masalah baru akan menangani. Di samping itu, Komite Medik cenderung tidak operasional, tidak mempunyai sistem dan sumber daya cukup untuk mengelola risiko klinik, keamanan dan kesehatan staf medik, penanganan keluhan, audit klinik, dan tidak mempunyai infrastruktur informasi klinik. Dengan demikian, ada kendala berat dalam melakukan kegiatan operasional. Di sisi lain fungsi Direktur Pelayanan Medik dirasa terlalu berat karena bercampur baur antara fungsi direktur operasional untuk instalasi-instalasi medik dan mengelola para dokter. Dua fungsi ini sebenarnya sulit dirangkap dalam satu jabatan.

Keadaan manajemen spesialis di rumah sakit Indonesia saat ini masih dalam tahap awal pengembangan. Isu mengenai *clinical governance* baru saja dimulai di Indonesia tahun 2001 ketika rombongan eksekutif Departemen Kesehatan dan berbagai direktur rumah sakit difasilitasi Magister Manajemen Rumah Sakit UGM untuk mengunjungi Inggris. Persatuan Dokter Manajemen Medik Indonesia (PDMMI) baru berumur muda untuk melakukan pengembangan.

Bagaimana skenario masa depan governance di rumah sakit?

Ada dua faktor yang mempengaruhi skenario di masa mendatang yaitu faktor yang pasti dan faktor yang tidak pasti. Beberapa faktor yang pasti antara lain: Demand terhadap

pelayanan rumah sakit semakin meningkat; Masyarakat semakin menuntut adanya transparansi dan efisiensi pelayanan rumah sakit. RS Singapura, Australia, AS, Eropa (pemain lama) dan di Malaysia, Thailand (pemain baru) sudah terbukti mampu memenuhi harapan ini; Peraturan hukum semakin mendorong dipergunakannya *good corporate governance*. Faktor yang tidak pasti adalah kemauan pemerintah, swasta, masyarakat dan para profesional untuk menggunakan konsep *governance* di sektor kesehatan.

Berdasarkan faktor-faktor tersebut ada tiga Skenario Utama penggunaan konsep *governance* di rumah sakit. Skenario pertama adalah Status Quo dimana tidak terjadi perubahan sama sekali. Skenario kedua adalah keadaan yang pesimistik dimana rumah sakit di Indonesia menjadi semakin mendekati organisasi para seniman dimana *governance* merupakan hal yang sulit diterapkan. Skenario ketiga adalah keadaan dimana rumah sakit di Indonesia menjadi semakin mendekati rumah sakit-rumah sakit di negara maju dimana *governance* merupakan dasar dari kebijakan kesehatan, sistem manajemen dan kegiatan operasional.

BAB 12

STRATEGI RUMAH SAKIT DAN ETIKA BISNIS

Dalam membahas strategi rumah sakit terdapat beberapa isu yang terkait dengan etika, antara lain: Apabila rumah sakit menyusun rencana strategis, apakah kegiatan ini berarti mengharapkan orang menjadi sakit? Apakah ada etika bisnis rumah sakit? Jika ada nilai apa yang akan dipergunakan? Apakah RS secara etik layak melakukan pelayanan berlapis-lapis yang membedakan seorang pasien dengan yang lainnya. Bagaimana mutu pelayanan untuk pasien VIP dengan non-VIP, apakah ada perbedaan? Bagaimanakah etika dapat digunakan dalam penyusunan rencana strategis yang dipengaruhi pemikiran pasar? Pertanyaan-pertanyaan ini menarik untuk dibahas dalam

rangka mengembangkan rumah sakit. Bab ini membahasnya melalui pemahaman akan etika lembaga usaha dan penggunaan etika dalam penyusunan rencana strategis.

1. Etika dalam Lembaga Usaha

Ketika membangun atau mengembangkan rumah sakit memang pasti ada harapan bahwa masyarakat akan menggunakan. Mereka tentunya sebagian besar adalah masyarakat yang sakit, walaupun saat ini berkembang berbagai pelayanan untuk orang sehat di rumah sakit. Mereka yang fanatik terhadap pelayanan kesehatan preventif menyatakan bahwa membangun rumah sakit adalah suatu kesalahan. Dalam hal ini seolah ada kubu yang pro pengembangan rumah sakit dan ada kubu yang menentangnya. Akan tetapi, data epidemiologi menunjukkan beberapa hal berikut:

1. Ada keadaan di masyarakat yang sulit dicegah misalnya kecelakaan lalu lintas, trauma akibat kekerasan, penyakit degenerasi dan masalah kesehatan jiwa. Situasi ini muncul pada negara manapun, yang maju ataupun kurang maju. Berbagai masalah kesehatan untuk orang tua (Geriatric) timbul pada masyarakat maju seperti di Jepang, Amerika Serikat, dan Eropa. Dalam situasi ini, rumah sakit harus siap dengan berbagai strategi pengembangan, termasuk pelayanan rumah (*home-care*) untuk orangtua.
2. Disamping itu, pola berpikir strategis berbasis demografi dan epidemiologi mendorong rumah sakit memberikan pelayanan preventif dan promotif. Saat ini semakin banyak rumah sakit yang menawarkan pelayanan kesehatan preventif. Berbagai pemeriksaan untuk *check-up*, *pap-smear*, dan bahkan *fitness center* dilakukan oleh rumah sakit.
3. Adanya pelayanan kesehatan jiwa yang semakin bervariasi, termasuk penanggulangan masalah narkotik dan obat berbahaya.

4. Perkembangan pelayanan medik ke arah kosmetik menjadi semakin cepat karena masyarakat membutuhkan. Kelainan kulit seperti jerawat, bentuk tulang anak yang tidak normal, susunan gigi yang tidak baik, mampu menjadi pendorong masyarakat untuk mencari pelayanan rumah sakit.

Dengan demikian, filosofi rumah sakit adalah bukan mengharapkan orang sakit, tetapi meningkatkan persiapan terhadap kemungkinan sakit dan meningkatkan kesehatan. Berpikir strategis ini akan membuat konsep rumah sakit yang hanya menangani masyarakat yang sakit akan menjadi hilang. Fokus pemikiran lebih ke arah pelayanan kesehatan yang komprehensif, termasuk mencakup kegiatan preventif dan promotif. Model pelayanan *managed care* akan lebih memberi insentif untuk promotif.

Seperti kecenderungan di berbagai negara, rumah sakit di Indonesia bergerak ke arah sistem manajemen berdasarkan konsep usaha yang mengarah pada mekanisme pasar dan prinsip efisiensi. Dalam masa transisi ini pertanyaannya adalah, apakah dalam mengantisipasi pasar yang terkait dengan perubahan pola epidemiologi akankah ada pihak yang dirugikan? Apakah terdapat pedoman etika yang dapat diikuti? Saat ini memang muncul kekhawatiran mengenai akibat negatif dari transisi rumah sakit ke arah lembaga usaha. Pertanyaan mengenai siapa yang dirugikan atas perkembangan ini perlu dibahas untuk mencari usaha mengatasinya.

Pembahasan diawali dengan tinjauan konseptual mengenai dasar keadilan dalam peningkatan efisiensi. Tujuan penting dalam perubahan rumah sakit adalah peningkatan efisiensi dan jaminan bagi keluarga miskin untuk mendapatkan pelayanan rumah sakit. Dengan demikian, perubahan akan diukur dengan indikator ekonomi dan indikator lain termasuk fungsi sosial rumah sakit. Dalam hal ini, pernyataan Pareto (Friedman, 1985) perlu diperhatikan. Pernyataan tersebut menjelaskan bahwa perubahan kebijakan

harus berprinsip pada tidak adanya kerugian terhadap satu orang atau satu lembaga pun.

"One allocation is defined as Pareto superior to another if and only if it makes at least one person better off and no one worse off".

Strategi pembukaan bangsal VIP di rumah sakit pemerintah merupakan kasus yang merujuk pada efisiensi menurut Pareto. Efisiensi ditingkatkan namun berusaha menghindarkan diri dari tindakan yang merugikan orang lain. Siapakah pihak yang diuntungkan atau dirugikan dengan pembukaan bangsal VIP ini? Pengamatan menunjukkan bahwa pembukaan bangsal VIP di rumah sakit pemerintah tidak mungkin ditujukan sebagai subsidi silang, artinya untung dari bangsal VIP dipergunakan untuk membiayai pasien bangsal kelas III. Dengan demikian, tujuan strategi pembukaan bangsal VIP adalah untuk meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit pemerintah dengan asumsi bahwa para dokter spesialis akan mendapat jasa medik yang mendekati harapan mereka dan mempunyai waktu lebih banyak di rumah sakit pemerintah. Dengan adanya peningkatan jasa medik, maka akan mempermudah perbaikan sistem manajemen dan mutu pelayanan.

Dengan adanya bangsal VIP diharapkan pasien kelas III di rumah sakit pemerintah tidak dirugikan. Dalam hal ini perlu ada peraturan internal rumah sakit bahwa seorang dokter spesialis dapat merawat pasien VIP kalau bersedia merawat pasien kelas III secara sama. Dengan demikian diharapkan para pasien kelas III akan mendapat perhatian sama dari dokter. Jika pasien kelas I, atau kelas II, atau kelas III di sebuah rumah sakit pemerintah mengalami penurunan mutu pelayanan maka pembukaan bangsal VIP di rumah sakit pemerintah merupakan pelanggaran prinsip Pareto. Pembahasan model utilitas Pareto dapat dipergunakan untuk menyiapkan perangkat etika rumah sakit sebagai lembaga usaha yang mempunyai fungsi sosial. Strategi-strategi

pengembangan rumah sakit harus diuji apakah melanggar etika rumah sakit.

Dalam membahas hubungan antara etika rumah sakit dengan etika profesional, Jacobalis (1993) membedakan adanya etika individual dan etika institusional. Etika individual adalah etika profesi seperti etika dokter, etika perawat dan sebagainya yang mengatur perilaku pribadi dan perilaku profesional. Etika dokter adalah etika profesi yang tertua yang berawal pada sejarah sumpah Hippokrates (460 s.d. 377 SM). Kode Etik Kedokteran Indonesia (Kodeki) masih mengandung unsur-unsur seperti dalam sumpah Hippokrates 2500 tahun yang lalu. Konsep etika institusional relatif baru yaitu konsep berperilaku bagi suatu institusi atau dalam ikatan institusi. Etika rumah sakit adalah (salah satu) etika institusional dalam layanan kesehatan. Etika rumah sakit lebih jauh dipilah menjadi: (1) etika biomedik atau bioetika (*bioethics*); dan (2) etika manajemen yang lebih banyak terkait dengan aspek-aspek manajemen dan administrasi.

Etika organisasi rumah sakit saat ini mengalami perubahan besar. Bentuk lama etika organisasi rumah sakit banyak bersandar pada hubungan dokter dan pasien dalam konteks sumpah dokter. Akan tetapi, etika organisasi rumah sakit saat ini banyak membahas norma-norma yang diacu dalam manajemen kegiatan sehari-hari di rumah sakit. Norma-norma ini mencerminkan bagaimana bisnis rumah sakit akan dijalankan sehingga pada akhirnya rumah sakit dapat memperoleh kepercayaan dari masyarakat.

Etika rumah sakit di Indonesia diputuskan sebagai Etika Rumah Sakit Indonesia (ERSI) dirumuskan dan dibina oleh Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI) dan telah pula disahkan oleh Menteri Kesehatan dengan Surat Keputusan Nomor 924/ MENKES/ SK/ XII/ 1986. Tahun 1999 ERSI dikembangkan menjadi Kode Etik Rumah sakit di Indonesia (KODERSI).

Pada Kodersi ini masih terjadi kebimbangan apakah rumah sakit sebagai lembaga usaha atau sosial. Mukadimah Kodersi menyebutkan sebagai berikut.

"Bahwa sejalan dengan perkembangan umat manusia, serta perkembangan tatanan sosio budaya masyarakat dan sejalan dengan kemajuan ilmu dan teknologi khususnya dalam bidang kedokteran dan kesehatan, rumah sakit telah berkembang menjadi suatu lembaga berupa suatu "unit sosio ekonomi" yang majemuk".

Penggunaan kata unit sosio ekonomi merupakan hal yang tidak jelas karena istilah ini sebenarnya tidak dikenal dalam perundang-undangan ataupun dalam khasanah ilmiah bentuk kelembagaan. Istilah unit sosio ekonomi ini dapat ditafsirkan ke berbagai arti. Dalam penjelasan Pasal 16 Kodersi, unit sosio ekonomi diterangkan dengan model dalam konsep *good corporate governance*. Sebenarnya Kodersi sudah menggunakan beberapa konsep lembaga usaha tetapi tidak dirumuskan secara eksplisit sehingga Kodersi sebenarnya merupakan etika usaha pelayanan rumah sakit yang memiliki basis lembaga usaha.

Dalam seminar mengenai Bioetika di UGM pada tahun 2000 dilontarkan usulan untuk menyusun etika bisnis pelayanan kesehatan (Trisnantoro, 2000). Disebutkan dalam seminar tersebut bahwa bisnis bersifat netral. Dengan mengacu pada konsep bisnis yang baik maka diperlukan suatu etika bisnis sebagai komplemen etika profesional. Etika bisnis yang berdasar pada etika sosial (misalnya menurut Pareto) berusaha untuk menjaga sistem pelayanan kesehatan menjadi lebih baik dan melindungi mereka yang lemah.

Kodersi tidak secara eksplisit menyebut sebagai etika bisnis rumah sakit. Hal ini memang masih dalam suatu pengaruh persepsi masa lalu yang kuat di mana bisnis dianggap jelek. Rumah sakit sebagai lembaga pelayanan berdasarkan prinsip pemberian pelayanan tidak berbeda dengan lembaga pelayanan lain seperti lembaga pendidikan, hotel maupun perpustakaan. Akan tetapi, terdapat perbedaan jenis layanan antara pelayanan rumah sakit dengan misalnya pelayanan hotel. Dalam pelayanan hotel tidak terdapat unsur

eksternalitas dan nilai-nilai penyembuhan dan kemanusiaan yang khas dimiliki secara tradisional oleh lembaga pelayanan kesehatan. Sifat khusus pelayanan kesehatan menimbulkan kebutuhan akan norma-norma dalam menjalankan lembaga pelayanan kesehatan pada umumnya atau rumah sakit pada khususnya. Etika bisnis pelayanan kesehatan berkaitan dengan ekonomi akan banyak menggunakan pernyataan-pernyataan normatif.

Dengan demikian, etika organisasi rumah sakit merupakan etika bisnis dengan sifat-sifat khusus. Etika bisnis didefinisikan oleh Velasques (1998) sebagai studi mengenai standar moral dan bagaimana standar tersebut dipergunakan oleh (1) sistem dan organisasi pada masyarakat modern yang memproduksi dan mendistribusikan barang dan jasa, serta (2) orang-orang yang bekerja dalam organisasi tersebut. Dengan kata lain, etika bisnis adalah sebuah bentuk dari etika terapan. Etika bisnis tidak hanya menganalisis norma-norma dan nilai-nilai moral tetapi juga berusaha memberikan kesimpulan pada berbagai lembaga, proses teknologi, kegiatan, dan usaha yang sering disebut *business*. Definisi ini menyatakan bahwa etika bisnis mencakup lembaga dan orang-orang yang bekerja di dalamnya.

Badarocco (1995) menyatakan bahwa kerangka pikir etika bisnis sebagian bersandar pada filosofi moral, sejarah bisnis, ilmu ekonomi modern, dan berbagai disiplin ilmu yang menjadi tempat Bergeraknya. Donaldson dan Werhane (1999) melihat isu etika bisnis sebagai hasil dari pemikiran filosofis mengenai kegiatan ekonomi pada masyarakat.

Lebih lanjut Velasques (1998) menyatakan bahwa terdapat tiga hal yang dibahas dalam etika bisnis yaitu: (1) isu sistemik; (2) isu korporat (lembaga usaha); dan (3) isu perorangan. Isu sistemik dalam etika bisnis berkaitan dengan pertanyaan etis pada sistem ekonomi, politik, hukum, dan sistem sosial lain yang menjadi lingkungan tempat beroperasinya bisnis. Dalam hal ini sistem tersebut terkait dengan aspek moral peraturan, undang-undang, struktur industri, dan berbagai praktik sosial lain. Isu korporat

(lembaga usaha) dalam etika bisnis merupakan pertanyaan etika yang ditujukan ke lembaga usaha tertentu. Hal ini termasuk pertanyaan-pertanyaan mengenai moral dalam kegiatan, kebijakan, praktik, dan struktur organisasi perusahaan tertentu. Kemudian, isu individual dalam etika bisnis terkait dengan orang per orang dalam lembaga usaha. Hal ini berkaitan dengan aspek moral keputusan direksi misalnya, tindakan atau sikap dan perilaku perorangan.

Dalam hal standar moral etika bisnis akan mengacu pada perkembangan norma-norma masyarakat yang lazim. Hal ini terlihat dalam sejarah kapitalisme di Amerika (Behrman, 1988). Dalam perusahaan *for profit* pun selalu ada etika yang menjadi dasar bagi perusahaan untuk berjalan. Dalam konteks norma-norma masyarakat, maka perusahaan yang memegang etika berdasarkan norma tersebut berharap akan lebih diterima oleh lingkungan. Sebagai contoh, norma-norma masyarakat saat ini sangat mengacu pada kebersihan lingkungan. Sebuah perusahaan yang tidak memperhatikan aspek lingkungan dalam kegiatannya akan berhadapan dengan masyarakat. Dalam aspek hukum, perusahaan tadi mungkin tidak melanggar tetapi norma-norma masyarakat menyatakan bahwa perusahaan mengganggu keseimbangan lingkungan. Akibatnya, terjadi hambatan yang dilakukan oleh masyarakat dalam operasional perusahaan tersebut. Hal ini dapat dilihat pada kasus sebuah rumah sakit yang membuang limbah mediknya secara tidak *adekuat*. Masyarakat yang paham akan masalah tersebut pasti mengajukan protes.

Masyarakat yang tertata baik, terdapat harapan bahwa etika bisnis dan norma-norma masyarakat akan berjalan seiring. Peraturan pemerintah dalam konsep *good governance* diharap dapat mengatur hubungan antara lembaga usaha dengan masyarakat secara benar. Diharapkan etika bisnis dalam isu sistemik menurut Velasquez (1998) dapat mendukung berjalannya *good governance* di sektor kesehatan. Dengan adanya kesepakatan antara masyarakat dan lembaga usaha *nonprofit* dan *for profit*, maka akan terjadi harmoni. Demikian pula bagi rumah sakit *for profit*, tentunya akan

berusaha agar norma-norma masyarakat tidak dilanggar. Sebagai gambaran, bagi masyarakat yang mampu, norma-norma menyatakan bahwa membayar rumah sakit untuk proses penyembuhannya adalah yang wajar. Apabila rumah sakit memperoleh keuntungan dari proses penyembuhan yang mereka lakukan, masyarakat juga menilai wajar asalkan berada dalam batas-batas norma yang ada. Akan tetapi, andaikata rumah sakit meningkatkan keuntungan sebesar-besarnya dengan cara mengurangi biaya, misalnya tidak memasang instalasi limbah yang baik atau mengenakan tarif dokter yang sangat tinggi, maka terdapat kemungkinan masyarakat akan menentang rumah sakit tersebut.

Strategi yang diputuskan oleh rumah sakit dan produk-produk yang dihasilkan sebaiknya dipertanyakan apakah:

1. Melanggar aturan sistemik yang berkaitan dengan pada sistem ekonomi, politik, hukum, dan sistem sosial lain yang menjadi lingkungan tempat beroperasinya rumah sakit.
2. Melanggar aturan-aturan di dalam lembaga usaha.
3. Melanggar hak profesional dan orang per orang dalam lembaga usaha.

Dengan melihat pada gambaran etika bisnis ini maka strategi membuka bangsal VIP rumah sakit apakah sesuai etika bisnis rumah sakit atau tidak? Pertanyaan ini tentu dapat dijawab dengan etis apabila tidak ada pihak-pihak yang dirugikan dan tidak melanggar berbagai hal di atas.

2. Apakah Etika Bisnis Rumah Sakit dapat Dipergunakan sebagai Pedoman dalam Menyusun Rencana Strategis?

Weber (2001) dalam buku berjudul *Business Ethics in Health Care: Beyond Compliance* berpendapat bahwa dalam menjalankan etika, lembaga pelayanan kesehatan harus memperhatikan tiga hal yaitu: (1) sebagai pemberi pelayanan kesehatan; (2) sebagai pemberi pekerjaan; dan (3) sebagai

warga negara. Weber menyatakan bahwa tiga hal tersebut merupakan ciri-ciri organisasi pelayanan kesehatan yang membedakannya dengan perusahaan biasa. Dasar etika bisnis pelayanan kesehatan adalah komitmen memberikan pelayanan terbaik dan menjaga hak-hak pasien.

Berdasarkan buku Weber (2001) terdapat sebagian etika bisnis rumah sakit yang berhubungan langsung dengan prinsip-prinsip ekonomi yaitu biaya dan mutu pelayanan, insentif untuk pegawai, kompensasi yang wajar, dan eksternalitas. Ciri-ciri ini dapat dipergunakan sebagai pedoman dalam menyusun strategi rumah sakit.

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan yang menawarkan berbagai produk

Strategi dan produk yang ditawarkan ditetapkan oleh rumah sakit sebaiknya mempunyai ciri:

- a. Merupakan kegiatan yang terbukti *cost effective*.
- b. Produk yang dihasilkan oleh rumah sakit diharapkan tidak bertentangan dengan prinsip medik.
- c. Produk diberikan secara utuh.
- d. Produk rumah sakit mengacu pada konsep *evidence based medicine*.

Menurut Weber (2001) disebutkan bahwa sebagai aturan umum, pelayanan yang paling murah harus diberikan sampai terdapat bukti yang menunjukkan bahwa pelayanan yang lebih mahal memberikan hasil yang bermakna. Dalam hal perawatan pasien yang terkait dengan biaya maka terdapat prinsip yang harus menjadi acuan antara lain, pelayanan kesehatan yang disebut bermutu baik pada suatu tempat yaitu pelayanan yang tepat berdasarkan kebutuhan pasien akan pelayanan medik dan biaya pelayanan tersebut. Pada saat merawat pasien, rumah sakit sebaiknya mempunyai mekanisme untuk secara rutin mengkaji mutu dan efektivitas biaya pelayanan para pasien yang menggunakan sumber biaya besar. Di samping itu, selama dirawat pasien sebaiknya diberi

informasi secara teratur mengenai biaya yang telah dipergunakan dan pelayanan yang mereka terima.

Dalam hal strategi rumah sakit untuk pelayanan bagi masyarakat miskin maka pemberian subsidi dan sumber biaya bagi pasien yang miskin, sakit harus memperhatikan berbagai hal:

1. Rumah sakit memberikan pelayanan bagi keluarga miskin sama mutunya dengan untuk orang kaya.
2. Bagi pasien yang disubsidi, faktor biaya harus diperhatikan karena pemberi subsidi tidak berharap bahwa uang yang disumbangkan akan dipergunakan secara tidak efisien oleh rumah sakit.
3. Pencarian sumber pembiayaan ini harus dicari secara bijaksana. Akan menjadi ironi apabila untuk membiayai keluarga miskin, rumah sakit sendiri akan menjadi tidak sehat keuangannya bahkan mungkin mengalami kebangkrutan.

Strategi Pemberian Insentif Keuangan untuk Dokter

Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, tidak dapat dihindarkan munculnya insentif keuangan untuk dokter dan tenaga kesehatan lain. Hal ini terutama terjadi pada sistem pembayaran *fee for service*. Sistem pelayanan ini mengandung pengertian bahwa dokter dibayar berdasarkan tindakan yang dilakukan. Terdapat berbagai hal penting yang perlu ditekankan dalam etika bisnis.

Pertama, insentif keuangan untuk dokter sebaiknya tidak terlalu tinggi. Disadari bahwa pernyataan *normative* ini masih sangat kabur karena tinggi rendahnya insentif masih tergantung pada jenis dokter spesialis, tempat dan waktu tindakan medik, serta ada atau tidaknya asuransi kesehatan. Dalam hal ini peranan ikatan profesi dan lembaga konsumen masyarakat dibutuhkan untuk mencari bagaimana standar insentif yang tepat.

Kedua, dalam etika bisnis pemberian insentif sebaiknya dilakukan berdasarkan kriteria mutu tertentu. Hal ini perlu dipikirkan untuk mencegah terjadinya *supply induced demand*.

Kriteria harus benar-benar jelas mengatur mengapa harus dikeluarkan insentif untuk tindakan yang dilakukan. Ketiga, insentif seharusnya dipergunakan untuk mempengaruhi dokter agar berperilaku baik. Dalam suatu sistem manajemen yang baik diharapkan terdapat sistem insentif bagi mereka yang berperilaku baik dan *disinsentif* (pengurangan penghargaan) bagi yang berperilaku kurang baik. Adalah suatu hal yang memprihatinkan apabila dalam suatu sistem kompensasi, dokter yang sering meninggalkan pasien di rumah sakit untuk bekerja di tempat lain justru mendapat kompensasi tinggi karena senioritas bukan pada jumlah dan mutu pekerjaan.

Strategi dan Prinsip Rumah Sakit sebagai Tempat Kerja

Sebagai layaknya lembaga tempat bekerja, rumah sakit harus memberikan kompensasi bagi stafnya secara layak. Kompensasi dapat berbentuk ukuran moneter atau nonmoneter. Sebagai bagian dari etika bisnis, rumah sakit harus memberikan gaji dan pendapatan lain yang cukup untuk sumber daya yang bekerja di rumah sakit. Dalam hal ini nilai-nilai yang dipergunakan untuk menetapkan tambahan pendapatan karena adanya produk baru bagi dokter, bagi para perawat, dan tenaga nonmedik lain termasuk manajer merupakan bagian dari etika bisnis rumah sakit. Adalah tindakan tidak etis menggaji perawat berdasarkan upah minimum pekerja karena perawat mempunyai risiko tinggi tertular penyakit dan mempunyai pola kerja *shift* merupakan risiko hidup tidak sehat. Pada kasus petugas bagian Radiologi, telah dilaksanakan tunjangan khusus dan pemberian makanan tambahan untuk menghadapi risiko akibat radiasi.

Rumah sakit pemerintah saat ini menganggap hal biasa jika gaji dan pendapatan perawat atau dokter rendah. Hal ini merupakan pengaruh konsep misionarisme masa lalu yang menempatkan para perawat atau dokter sebagai pegawai misi yang bekerja bukan atas dasar profesionalisme tapi berdasarkan motivasi surgawi. Dampak penerapan tersebut menjadikan dokter diperlakukan sebagai aparat pemerintah,

bukan sebagai profesional. Pendapatan dokter ditetapkan dengan standar gaji pegawai negeri. Akibatnya, untuk memperoleh pendapatan lain, dokter pemerintah melakukan kerja sambilan pada rumah sakit swasta dan membuka praktik pribadi dengan porsi yang lebih besar.

Hal serupa terjadi pada perawat yang sebagian memperoleh pendapatan tidak hanya pada satu rumah sakit. Dalam hal ini rumah sakit sebagai tempat bekerja berperilaku tidak etis dalam hal mengatur pendapatan dokter dan perawat. Ketidaketisan ini terutama dalam memberikan kompensasi jauh di bawah standar profesional. Memang masalah penting dalam hal ini berkaitan dengan berapa standar pendapatan dokter. Tanpa standar pendapatan ini sulit bagi rumah sakit dan para profesional melakukan penilaian mengenai masalah ini.

Etika bisnis mengenai pendapatan direksi dan manajer rumah sakit perlu diperhatikan. Kenyataannya, merupakan kelaziman apabila pendapatan direksi berhubungan dengan besarnya *revenue* rumah sakit atau berdasarkan kinerja keuangan rumah sakit.

Rumah Sakit sebagai Bagian dari Warga Negara

Dampak eksternalitas negatif rumah sakit perlu ditangani sebagai bagian dari etika bisnis sebagai warga negara. Sistem limbah rumah sakit harus baik, untuk mencegah dampak buruk terhadap lingkungan kerja rumah sakit. Dengan pola berpikir ini, rumah sakit tidak berbeda dengan organisasi lain yang mencemari lingkungan seperti, pabrik ataupun industri lain. Akan tetapi, disadari bahwa pembangunan instalasi limbah rumah sakit membutuhkan biaya investasi dan operasional yang cukup besar. Dalam hal ini sebagian besar rumah sakit tidak mampu membangunnya. Oleh karena itu, perlu dikembangkan sistem manajemen limbah yang memenuhi etika bisnis rumah sakit, misalnya dengan melakukan kontrak pengolahan limbah dengan rumah sakit lain yang mempunyai instalasi dengan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan membangun sendiri. Model-model

DAFTAR PUSTAKA

- Abeng, E. A. Tubagus, dan Trisnantoro, L. 1996. *Analisis Penentuan Tarif Kamar Utama sebagai Dasar Kebijakan Subsidi Silang di RSUD PKU Muhammadiyah*. Magister Manajemen Rumah Sakit UGM. Yogyakarta. Tesis.
- Aji S, Trisnantoro L, 2000, *Aspek Donatur Kemanusiaan dalam Pembiayaan Perawatan Pasien Tidak mampu di Rumah sakit Swasta Keagamaan di Yogyakarta*. Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta. Tesis.
- Alexander J.A. Weiner B.J. Bogue R.J. 2001. *Changes in the Structure, Composition, and Activity of Hospital Governing Boards, 1989-1997: Evidence from Two National Survey*. The Millbank Quarterly, Vol. 79, No;2:253-276
- Angell M. Relman A.S. 2001. Prescription for Profit. *Washington Post*: 20 June 2001.
- Argyris C, Schon D.A. 1978. *Organizational Learning: A Theory of Action Perspective*. Addison-Wesley Reading.
- Ashkanasy N.M. Wilderom C.P. Peterson MF. 2000. *Organization Culture and Climate*. Sage Publication. London.
- Autry P and Thomas D. 1986. Competitive strategy on the hospital industry. *Health Care Management Review*. Vol. 11: 7: pp 7-14.
- Badaracco, J. L. 1995. *Business Ethics. Roles and Responsibilities*. Irwin Publisher.
- Banerjee SB, Linstead S. 2001. Globalization, Multiculturalism and other Fictions: Colonialism for the new Millenium? *Organization*. Vol. 8(4): 638-722.
- Bennet S. *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*. LSHTM. 1991
- Baumol, W. J. 1967. *Business behaviour, Value and Growth*. (Rev. 1st. ed.) New York: Harcourt Brace Jovanovich.

- Behrman, J.N. 1988. *Essays on Ethics in Business and the Professions*. Prentice Hall.
- Bennet, S. 1991. *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*. LSHTM.
- Berger P.L. Neuhaus R.J. 1996. *To empower People: From State to Civil Society*. The American Enterprise Institute for Public Policy Research. Washington DC.
- Brinckerhoff P.C.2000. *Social Entrepreneurship*. John Wiley and Sons.
- Bodenheimer T. 2000. Uneasy Alliance. Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry. *New England Journal of Medicine*. Vol 342: 1539-1544
- Bossert T, Hsiao W, & Barrera M,1998. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. *Health Policy and Planning*; 13(1): 59-77.
- Bukit B.A., Trisnantoro L., & Meliala A., 2003. Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di Rumah Sakit Umum Daerah Manna Kabupaten Bengkulu Selatan dengan Pendekatan Emic. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Vol. 06, No. 04, 183-192.
- Chawla M, Govindaraj R, Berman P, Needleman J. 1996. *Improving Hospital Performance through Policies to Increase Hospital Autonomy: Methodological Issues*. USAID. Washington.
- Cenzo D.A. Robbins S.P. 1996. *Human Resource Management*. John Wiley and Sons.
- Clarkson, K., W. 1996. *The Effects of research and Promotion on Rates of Return In Competitive Strategies in the Pharmaceutical Industry*. Wasdington DC. American Enterprise Institute.
- Corbett B, Kenny B. 2001. Appraisal and Learning in a government agencies. *The Learning Organizations*. Vol 8:No 1: 21-35.
- Daft R.L, Weick K.E. (1984). Toward a Model of Organizations as Interpretation Systems. *Academy of Management Review*, Vol, 9, No 2, 284-295.

- Davey, K., 1988, *Financing Regional Government*, John Wiley & Sons, New York.
- Departemen Kesehatan 2000. *Daftar Nama Dokter Spesialis per Provinsi. Bulan Januari – Desember 1999*. Departemen Kesehatan RI.
- Departemen Kesehatan 1997. *Standar Pelayanan Gawat Darurat*. Departemen Kesehatan RI.
- Djojosingito, M., A. 1997. Etika Profesi Administrator Rumah Sakit. Mimeo. Kuliah Magister Manajemen Rumah Sakit UGM.
- Donaldson, T., & Werhane, P., H. 1999. Ethical Issues in Business. *A Philosophical Approach*. (6th Ed.). Prentice Hall.
- Duncan, W. J., Ginter, P. M., & Swayne, L. E. 1995. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Blackwell Business.
- Dunlop, D, & Zubkoff, M. 1981. *Inflation and Consumer Behavior in the Health Care*. In *Economics and Health Care*. A Mill bank Reader. Ed. McKinlay J.B. MIT Press.
- Eid F. 2001. Hospital Governance and incentive design: The case of corporatized public hospitals in Lebanon. Paper. World Bank Research Project: Analyzing Problems in Public Hospital Corporatization using Information Economics.
- Eldenburg L. Hermalin EB. Weisbach MS. Wosinska. 2001. *Hospital Governance, Performance Objectives, and Organizational Form*. Working Paper 8201. National Bureau of Economic Research
- Friedman 1985. *Microeconomic Policy Analysis*. McGraw-Hill.
- Fuchs, V. R. 1998. *Who Shall Live? Health Economics and Social Change*. Expanded Edition. World Scientific.
- Folland S. Goodman A.C. Stano M. 2001. *The Economics of Health and Health Care*. Prentice Hall.
- Gair G. Hartery T. 2001. Medical dominance in multidisciplinary teamwork: a case study of discharge decision-making in a geriatric assessment unit. *Journal of Nursing Management*, Vol. 9:3-11.

- Giddens, A. 1999 . The Third Way. *The Renewal of Social Democracy*. Blackwell Publisher
- Ginter PM, Swayne L.M, Duncan W.J. 1998. *Strategic Management of Health Care Organizations*. Third Edition. Blackwell.
- Global Treatment Acces. 2002. Decalaration on Thr TRIPS Agreement and Public Health.
www.globaltreatmentaccess.org/content/press_releases/
- Gluck F.W, Kaufman S, Walleck A.S. 1980. *Strategic Management for Competitive Advantage*. Harvard Business Review.
- Govindaraj dan Chawla 1996. Recent Experiences with Hospital Autonomy in Developing Countries-What can we learn? Boston MA: Data for Decision Making Project, Harvard School of Public Health.
- Graboswski, H. G., & Vernon, J. M. 1992. Brand Loyalty, Entry, and Price Competition in Pharmaceuticals after the 1984 Drug Act. *Journal of Law and Economics* 35: 331-50.
- Harbianto D dan Trisnantoro L. 2004. Desentralisasi Pembiayaan Kesehatan dan Teknik Alokasi Anggaran. Paper pada seminar nasional "3 tahun desentralisasi kesehatan di Indonesia".
- Harian KOMPAS, Jakarta, Januari 2001
- Harris G. 2002. Patent Problem at Bristol-Meyers Clouds Future. *The Wall Street Journal*. June 3, 2002.
- Hax, A. C., & Majluf, N. S. 1991. The Strategy Concept and Process: A Pragmatic Approach. Prentice Hall. New Jersey. The Importance of the Physicians in the Generic versus Trade-Name Prescription Decision. *Rand Journal of Economics* 29: 108-36.
- Hendrartini J. 2000. Determinan Pemanfaatan Poliklinik Gigi FKG UGM: Dari Perspektif Pasien. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. Vol. 03: 02.
- Herzlinger R.E. 1999. Can Public Trust in Nonprofits and Governments be Restored? Harvard Business Review on Nonprofits. Harvard Business Press.

- Hlavacka S, Bacharova L, Rusnakove V, and Wagner R. 2001. Performance implications of Porter's generic strategies in Slovak hospitals. *Journal of Management in Medicines*. Vol 15: 1:pp:44-66
- Horak, B J. 1997. *Strategic Planning in Health Care: Building Quality-Based Plan Step by Step*. Quality Resources. New York.
- Institute of National Medicine. 1999. *To Err is Human: Building a Safer Health System*. National Academy Press. Washington DC.
- Institute of National Medicine. 2001. *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. National Academy Press. Washington DC.
- Jacobalis, 1993. Komunikasi Pribadi
- Joss, R., & Kogan, M. 1995. *Advancing Quality*. Open University Press.
- Juwono, M; Lieberman, Samuel. S; Saadah, Fadia; 1999, Indonesian Health Expenditure During The Crisis, Watching Brief V, World Bank, Jakarta, Agustus 1999.
- Karnadihardja W. 2000. Peran dan Posisi Komite Medik dalam Sistem Manajemen Rumah Sakit.
- Katsioloudes M.I. 2002. *Global Strategic Planning: Cultural Perspectives for Profit and Non-profit Organizations*. Butterworth Heinemann.
- Katz M.L and Rosen H.S. 1998. *Microeconomics*. Third Edition. McGraw-Hill Companies
- Kaplan, R. S., & Norton, D. P. 2001. *The Strategy Focused Organization ; How Balanced Scorecard Companies Thrive In The New Business_environment*. Harvard Business School Press. USA
- Kaplan R. Norton R.S. 1996. Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. Harvard Business Review.
- Keputusan Menteri Keuangan, no 544/KMK.07/2002, Penetapan Alokasi Dan Pedoman Umum Pengelolaan Dana Alokasi Khusus Non Dana Reboisasi, Jakarta, 2002

- Koteen J. 1997. *Strategic Management in Public and Non-profit Organizations*. Second Edition. Praeger.
- Kovner A.R. 1995. *Health Care Delivery in the United States*. Springer Publishing.
- Kotler, P., & Alan, R. Andreasen. 1995. *Marketing for Non-profit Organization*. (3rd ed.)
- Kurniawan, Nurcholid Umam dkk . 1995. Penelitian terhadap Isu Kesehatan dalam Masa Kampanye Pemilu 1999. Mimeo.
- Lewin E.M dan Altman S. 1998. *America's Health Care Safety Net. Institute of Medicine*. National Academy Press. Washington DC.
- Louis. M.L. 1980. Surprises and Sense Making: What newcomers experiencing in Entering Unfamiliar Organizational Setting . *Administrative Science Quarterly* 25, (2): 235-244
- Lugon M, Secker, Walker J. 2001. *Advancing Clinical Governance*. Royal Society of Medicine Press Ltd. UK.
- Luthans, F., & Hodgetts, R. M. 1997. *International Management*. New York: McGraw Hill.
- Maisel L.S. 1992. Performance Measurement: The Balanced Scorecard Approach. *Journal of Cost Management*, Summer: 47-52.
- Malcolm L Youngson R. 2002. Clinical Leadership: A Critical Factor in Building A Quality Culture in New Zealand. *2nd Asia Pasific Forum in Quality Improvement*.
- March J.G. Sproull L.S. Tamuz M. 1996. *Learning from Samples of One or Fewer in Organizational Learning*. Ed: Cohen M.D. Sproull L.S. Sage Publication.
- Martel L. 2002. *High Performers*. John Wiley & Sons. Inc.
- Martin, J. B., & Kasper, D. L. 2000. In Whose Best Interest? Breaching the Academic-Industrial Wall. *New England Journal of Medicine*. Vol 343:1646-9.
- Martin J. 2002. *Organizational Culture. Mapping the Terrain*. Sage Publication. Thousands Oaks. London. New Delhi
- Meisenher, C. G. 1997. *Improving Quality*. Aspen Publication.

- Mueller K.J. 1993. *Health Care Policy in the United States*. University of Nebraska Press. Lincoln and London.
- Mulyadi. 1998. *Total Quality Management*. Aditya Media. Yogyakarta.
- Nicholson, W., 1995. *Teori Ekonomi Mikro. Prinsip Dasar dan Pengembangannya*. PT Radja Grafindo.
- OECD.2001.Principles of Corporate Governance.<http://www.oecd.org/daf/governance>
- Olve N. Roy J, and Wetter M. 2000. *Performance Drivers: A practical Guide to Using the Balanced Scorecard*. Wiley
- Otter, von C,1991. *The application of Market Principles to Health Care*. The Nuffield Institute for Health Services Studies.
- Pointer D.D. Orlikoff J.E. 1999. *Board Work. Governing Health Care Organizations*. Jossey-Bass
- Peraturan Menteri Kesehatan 1994. *Struktur Instalasi Rumahsakit*. Departemen Kesehatan RI.
- Peraturan Pemerintah Nomor 39 Tahun 2001 tentang Penyelenggaraan Dekonsentrasi, Jakarta 2001
- Piper, T. R., Gentile, M. C., & Parks, S. D. 1992. *Can Ethics be Taught*. Harvard Business School.
- Pollit C. 1990. *Managerialism and the Public Services*. Basil Blackwell
- Porter M. 1985. *Competitive Advantage: Creating and Sustaining Superior Performance*. The Free Press, New York. NY.
- Postnett. 1988. *Komunikasi Pribadi*.
- Postnett. 1989. *Komunikasi Pribadi*.
- Preker A..S, Harding A. 2003. Innovations in Health Service Delivery: The Corporatization of Public Hospitals. Washington DC. World Bank
- Purwanto, B. 1996. *Sejarah Rumah Sakit di Indonesia*. Mimeo.
- Quorum Health Resources. 1997. The Manual for Designing Change in Health Care Organization.
- Rauf A. dan Trisnantoro, L. 2000, Evaluasi Kinerja Instalasi Gawat Darurat RSUD Banjar Berdasarkan *Balance*

- Scorecard*, Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta. Tesis.
- Reich M. 1996. Applied political analysis for health policy reform. *Current Issues in Public Health*: 2: 186-191. Rapid Science Publishers.
- Rolland M. Campbell S. dan Wilin D. 2001. Clinical Goverbabce: a convincing srtategy for quality improvement? *Journal of Management in Medicine* Vol. 15 No.3, 2001, pp 188-201.
- Sabarno Hari, 2002, Sambutan Lokakarya, Peran Gubernur Dalam Penyelenggaraan Dekonsentrasi dan Tugas Pembantuan di Era Otonomi, Jakarta, 2002
- Sanjana K. 1998. Hubungan antara Kompensasi, Iklim Kerja, Citra Kerja, Ciri Individu dan Kepuasan Kerja Dokter Spesialis di Instalasi Bedah Sentral RSUP Sanglah Denpasar. Magister Manajemen Rumah Sakit.UGM. Yogyakarta. Tesis.
- Schein M. 1992. *Organizational Culture and Leadership*. Jossey- Bass Publishers. San Francisco.
- Senge P M. 1990. *The Fifth Discipline: The art and practice of learning organization*. New York: Currency/Doubleday.
- Shah A. 1994. The Reform of Intergovernmental Fiscal Relations in Developing and Emerging Market Economies, Policy and Research Series 23 (Washington DC. World Bank.)
- Shate V 1994. Phases of corporate transformation. Paper presented at the Claremont Graduate School, *Peter F.Drucker Graduate Management Center*.
- Shortell S.M. Morrision E.M, and Friedman B. 1992. *Strategic Choices for America's Hospitals: Managing change in turbulent times*. Jossey- Bass Publishers. San Fransisco.
- Sidik M, Raksaka Mahi B, Simanjutak R, Brodjonegoro D. 2002. *Dana ALokasi Umum: Konsep, Hambatan, dan Prospek di Era Otonomi Daerah*. Penerbit Buku Kompas Jakarta, November 2002
- Solomon C.M. 1994. Human Resources facilitates the learning organizations concept. *Personnel Journal*. Nov. pp 56-66.

- Stiglitz, JE. 2002. *Globalization and Its Discontents*. WW. Norton Company. New York, London
- Studin I. 1995. *Strategic Health Care Management – Applying the Lesson of Today’s Top Management Experts to the Business of Manager Care*, Irvin Professional Publishing. Chicago. Il.
- Sufandi, Trisnantoro, L & Utarini A. 2000. Analisis Mutu Dokumen Perencanaan Strategik Rumah Sakit Umum Daerah: Hasil Pelatihan Manajemen Strategik di Indonesia. Mimeo.
- Sumodiningrat, Gunawan; Kebijakan Penanggulangan Kemiskinan di Indonesia 2003, Agenda Kini dan Ke Depan, Jakarta, 2003
- Suwarno, & Trisnantoro, L. 1997. Studi Kasus Pengaruh Peningkatan Jasa Pelayanan Medis Terhadap Jumlah Rujukan Pasien Rawat Inap di RSUD Syamsudin, Sukabumi. Magister Manajemen Rumah Sakit UGM. Yogyakarta. Tesis.
- TB Alliance 2002. Tuberculosis Program. www.tballiance.org
- The Australian Council on Health Standards, 1998
- Trice H.M, Beyer J.M. 1993. *The Cultures of Work Organizations*. Prentice Hall. Englewood Cliffs. New Jersey.
- Trisnantoro L. 1999a. Rumah Sakit sebagai lembaga usaha yang sosial. *Proceeding Seminar Nasional PERSI*. Jakarta.
- Trisnantoro L. 1999b. The Indonesian health service policy and management 1900 - 1999: The influence of political and economic development. *Proceeding International Seminar on Socio-economic history in Indonesia*. Faculty of Letter Gadjah Mada University.
- Trisnantoro, L. 2000. Berbagai Kasus Abu-abu Bioetika. Apakah diperlukan suatu Etika Bisnis untuk Pelayanan Kesehatan. *Makalah Seminar Nasional Bioetika dan Humaniora. FK-UGM dan Harvard University*.

- Trisnantoro, L. 2001. *Distribusi Spesialis di Indonesia*. Pusat Manajemen Pelayanan Kesehatan UGM. Yogyakarta.
- Trisnantoro, Zebua, dan Gosong 1999 . Perbandingan antara dua RS Kristen di Yogyakarta dan di Elim Sulawesi. Mimeo.
- Trisnantoro dan Zebua 1999. *Sejarah Manajemen Rumah Sakit Bethesda*. Mimeo.
- Truitt W.B. 2002. *Business Planning: A Comprehensive Framework and Process*. Quorum Books.
- Ulrich D., Zenger J, Smallwood N. 1999. Results Based Leadership: *How leaders build the business and improve the bottom line*. Harvard Business School Press. Boston
- Velasquez, M. G. 1998. Business Ethics. *Concepts and Cases*. (4th ed.). Prentice Hall.
- Wahyuni A. 2002. *Kompas*.
- Waldholz M. 2002. African Crusader Savor Wins in AIDS War but Need Funds. The Wall Street Journal. June 13.
- Watkins MD. 2001. Leadership for New Managers. Second Edition. Harvard Business School Publishing.
- Weber, L. 2001. Business Ethics in Health Care : *Beyond Compliance*. Indiana University Press. USA.
- Weick K.E. 1995. The Substance of Sensemaking. Sage Publication
- White C.H. 1997. *The Hospital Medical Staff*. Delmar Publisher.
- Wolper, L.F. 1999. *Health Care Administration*. Planning, Implementing, and Managing Organized Delivery Systems. An Aspen Publication.
- WTO. 2002. Overview: The TRIPS Agreement. www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/intel2_e.htm.
- Zuckerman A.M. 1998. *Health Care Strategic Planning. Approaches for the 21st Century*. ACHE Management Series.

INDEKS

A

adekuat, 374
akreditasi, 26, 28, 62, 70, 73, 74, 152,
163, 166, 188, 191, 201, 213, 233
akuntabilitas usaha, 110
Alexander, 349, 350, 351
aliansi integratif, 250
aliansi lateral, 250
Aliansi strategis, 248
Alokasi dari pendapatan bunga, 295
American Psychiatrist Association,
25
*American Society of Clinical
Oncology*, 314
Analisis eksternal, 62, 185, 209
analisis internal, 61, 185, 209, 234
Angell dan Relman, 321, 322
Anggaran Biaya Tambahan (ABT),
274
Another World is Possible, 339
antenatal care, 157
Argyris, 21
asepsis, 262
aspek sosial, 59, 97, 186, 266, 296
asuransi kesehatan, 5, 15, 35, 37, 38,
80, 117, 129, 202, 218, 219, 220,
221, 230, 237, 244, 247, 266, 270,
279, 308, 326, 327, 339, 377
Autry dan Thomas, 253

B

Backward Integration, 244
Badan Layanan Umum, 9, 47, 48,
49
Badarocco, 373
Balance, 198
Balance Score Card, 198
Banerjee dan Linstead, 24
Bank Dunia, 14, 15, 27, 33, 50, 80

barrier of entry, 255
BCG matriks, 235
Bed Occupation Rate (BOR), 251
bedah caesar, 154, 155, 159, 161
Before and After, 276
Behrman, 374
Bennett, 222
bioethics, 371
block grant, 280, 281
Board of Directors, 107, 348, 349,
352, 362, 364
Board of Health, 40
Board of Trustees, 349, 350, 362, 364
Bodenheimer, 321
Boston, 4, 5, 20, 303
Boston University, 4
Brickerhoff, 150
Brigham and Women Hospital, 5
Brigham and Women's/ Faulkner
Hospitals, 5
budaya lokal, 82
budaya organisasi, 2, 64, 79, 80, 82,
85, 86, 87, 91, 92, 93, 95, 96, 97,
112, 174, 175, 176, 208, 232
bulgurisasi, 57
BUMN, 9, 44, 47, 121
Burger, 284
business, 113, 114, 150, 151, 260, 373
business plan, 150
BusinessWeek, 314

C

cash flow, 150, 248
Cash Ratio (CAR), 121
catering, 204
Central Operating Theatre, 3
Cenzo dan Robbins, 323
chain hospital, 247
charity, 186, 295
chawinistis, 154
Chawla, 43, 44, 45

check list, 191, 192
Chief Executive Officer, 358
Chief of Medical Staff, 358
circular flow, 106
 Clarkson, 316
clinical governance, 341, 356, 357, 358, 362, 365, 381
 Coca-Cola, 238
Collection Period, Sale to Total Asset (STA), 121
conflict of interest, 173, 353
content analysis, 285, 287
continuing education, 334
continuity, 351
contracting out, 38
 Corbett, 22
corporate, 29, 45, 107, 112, 341, 347, 348, 349, 352, 353, 354, 355, 361, 363, 364, 366, 372, 381
corporate governance, 112, 347, 349, 350, 352, 353, 354, 363, 364, 382
cost leader, 254, 255
cost leadership, 256, 257, 258
cross sectional, 285
cross-subsidy, 17, 128, 129
customer, 113
 Cutler, 106

D

Dana Alokasi Khusus, 269, 277, 278
 Dana Alokasi Umum, 203, 267, 269, 275, 276
 Dana Dekonsentrasi, 272, 273, 276
 dana desentralisasi, 158, 269, 280
 dana kemanusiaan, 104, 109, 111, 117, 130, 177, 186, 198, 202, 203, 237, 239, 251, 257, 262, 264, 266, 280, 291, 294, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 313, 349
 dana kompensasi BBM, 16, 27, 33, 37, 50, 203, 215, 274, 282, 283
Dana Pembiayaan Kesehatan, 271
 Dana PKPS-BBM, 273

dana subsidi pemerintah, 283, 291
 Davey, 280
 daya tawar, 227, 229, 230, 329
Debt Equity Ratio (DER), 121
Demand, 215, 365
 DepKes, 33, 227, 229
 desentralisasi, 16, 22, 35, 36, 37, 38, 43, 62, 80, 158, 215, 217, 221, 266, 267, 269, 273, 276, 277, 278, 280, 343, 344, 345, 355, 360
detailing, 319
detailman, 315
Dients der Volksgezondheid, 292
Differentiation, 253, 255
 dinamika lingkungan, 2, 5, 7, 60, 67, 77, 158
discount, 261
disinsentif, 321, 378
 dokter spesialis, 7, 8, 14, 46, 71, 84, 86, 88, 89, 90, 94, 95, 110, 168, 169, 170, 171, 172, 179, 199, 200, 221, 227, 228, 229, 233, 259, 270, 312, 325, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 335, 356, 358, 360, 362, 364, 370, 377, 380
 Donaldson dan Werhane, 373
donatur kemanusiaan, 297, 298, 299, 300
 donor, 13, 103, 115, 118, 129, 130, 202, 203, 236, 253, 272, 293, 297, 299, 301, 302, 303, 304, 305
 Duke's Children Hospital, 119, 120
 DUKM, 220
 Duncan, 52, 54, 56, 189, 211
 Dunlop dan Zubkoff, 216

E

Earning at Risk, 329
economies of scale, 250
Efficiency, 281
 efisiensi, 7, 15, 25, 42, 48, 50, 59, 60, 81, 83, 86, 89, 117, 121, 213, 221, 255, 258, 259, 347, 352, 363, 365, 369, 370

eksternalitas, 108, 308, 320, 373, 376, 379
 Eldenburg, 347, 363
equity, 17, 282
Equity, 121, 281
etika, 28, 64, 113, 114, 309, 367, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382
 Etika bisnis, 372, 373, 379, 380, 381, 382
 etika manajemen, 371
 etika organisasi, 371
 etika sosial, 372
 evaluasi., 96
evidence based medicine, 221, 356, 376

F

Fakultas Kedokteran UGM, 3, 4, 190, 285
feedback, 241, 356
fee-for-service, 327, 328, 329, 360
fitness center, 368
Focus, 253, 256
 Folland, 105
Food and Drug Administration (FDA), 314
for profit, 51, 60, 90, 100, 102, 105, 106, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 189, 192, 206, 211, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 374
fore-casting, 55
formularium, 227, 321
 Formulasi strategi, 63
Forward Integration, 244
 Friedman, 369
 Fuchs, 216
full timer, 71, 93, 109, 173, 196, 200, 201, 228, 229, 259, 260

G

gaya hidup global, 26
 GE matriks, 235

generic strategy, 241
 Giddens, 284
 Ginter, 65, 150, 151, 153, 189, 191, 193, 232, 241, 244, 247, 253
 GKR Hemas, 300, 301
 Globalisasi, 7, 24, 81, 325
Good Clinical Governance, 309, 355
good corporate governance, 382
Good Corporate Governance, 309, 347, 364
good governance, 27, 28, 29, 341, 345, 347, 374, 381
Good governance, 342
 Gosong, 210
Governance., 309, 364
governing board, 165, 362
Governing Board, 358
 Graboswski dan Vernon, 321
grand strategy, 241
grass root, 69

H

Happy Land, 4
 Henry Ford Health Service, 189
 Herzlinger, 110, 119
 Hlavacka, 253
home care, 236, 244
 Horak, 159, 165
hospital corporatization, 45
 hubungan kontraktual, 34, 45, 361
 Hubungan sekuensial, 10
 hukum continental, 364

I

incremental, 164
 indikator keuntungan, 107
indikator kinerja, 64, 76, 83, 100, 101, 102, 104, 108, 110, 111, 112, 118, 120, 121, 123, 127, 161, 348, 382
 Indosiar, 285, 300
 industri obat, 25, 213, 222, 314, 318, 320, 321

industri peralatan kesehatan, 314
 informasi biaya, 161
 insentif dokter, 13
 insentif keuangan, 17, 115, 222, 377
 Institute of Medicine, 361
Inventory Turn Over (ITO), 121
isu individual, 374
Isu korporat, 373
Isu sistemik, 373
 isu-isu strategis, 35

J

Jacobalis, 371
 Jaring Pengaman Sosial (JPS), 16, 128
 jasa medik, 74, 110, 115, 170, 262, 328, 331, 333, 334, 370
 jasa pelayanan, 6, 28, 100, 103, 117, 231, 232, 239, 246, 247, 253, 265, 312, 313, 328, 332
 Jinnet, 150
Job-evaluation, 325
 Jogjakarta, 3, 4, 5, 24, 293
Joint Conference Committee, 358
joint venture, 249
 Joss dan Kogan, 221

K

kamikaze, 252
 Kanter, 167
 Kaplan dan Norton, 107, 122, 187, 239, 241, 263
kartel, 93, 230, 335, 341
 Katsioloudes, 52, 54, 150
 Katz dan Rosen, 106, 348
 kebijakan balas budi, 12
 kelompok dokter, 5, 84
 keluarga miskin, 12, 16, 17, 27, 33, 37, 38, 39, 50, 100, 108, 109, 113, 117, 118, 128, 129, 130, 158, 202, 203, 211, 215, 221, 262, 265, 270, 271, 274, 278, 279, 282, 290, 294, 300, 301, 305, 347, 369, 377

kemampuan fiskal rendah, 277
 kemanusiaan, 12, 55, 84, 104, 105, 109, 115, 118, 130, 192, 202, 203, 206, 222, 236, 238, 250, 291, 294, 298, 299, 300, 304, 305, 313, 316, 320, 327, 336, 373
 kepuasan pengguna, 107, 115, 117, 120, 123, 202, 203, 260
 kesehatan wilayah, 22, 30, 36, 39, 40, 201, 345, 346, 347
 Ketidakpuasan, 89, 126
 keunggulan kompetitif, 249
 keunikan dan kejelasan, 191
 keuntungan, 48, 56, 102, 103, 105, 106, 107, 111, 112, 115, 128, 129, 154, 189, 206, 217, 230, 247, 249, 250, 253, 256, 292, 312, 313, 314, 315, 316, 319, 320, 321, 322, 324, 330, 331, 332, 335, 347, 349, 352, 353, 354, 375, 381
 Kissinger, 194
koas, 158
 Komite Medik, 68, 69, 70, 357, 358, 365
 komitmen, 57, 59, 61, 66, 68, 69, 71, 72, 73, 76, 78, 89, 100, 115, 117, 124, 128, 159, 163, 165, 166, 167, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 178, 179, 180, 181, 183, 187, 190, 195, 196, 197, 199, 201, 204, 205, 206, 226, 376
 Komitmen, 29, 166, 167, 169, 171, 173, 190
 komitmen afektif, 167
 komitmen *continuance*, 167
 komitmen *normative*, 167
 kompetitif, 129, 202, 211, 224, 231, 234, 248, 249, 250, 255
 komunikasi interpersonal, 176
 konsep berpikir strategis, 57
 konsep inovatif, 4
 konsep pembelajaran, 19
 konsep strategi, 237
 konsolidasi, 163

konsultan, 74, 112, 165, 166, 176,
178, 235, 259, 350, 354, 380
kontroversial, 37, 97, 154, 214
Koteen, 59, 65, 174, 175
Kotler, 301, 302
Kovner, 28, 349
krisis ekonomi, 4, 16, 31, 34, 218,
300
Kriteria insentif, 281
Kriteria manajer strategi, 66

L

laba, 107, 110, 114
leadership, 66, 159, 174, 253, 257,
339
learning curve, 254
learning organization, 23, 188, 240
lembaga usaha, 2, 29, 35, 37, 45, 48,
50, 53, 54, 83, 84, 102, 103, 104,
105, 106, 108, 112, 113, 114, 115,
129, 153, 186, 222, 237, 253, 264,
265, 321, 339, 347, 348, 353, 363,
368, 369, 370, 371, 372, 373, 374,
375, 381
Lewin dan Altman, 270
lingkungan eksternal, 60, 61, 62,
151, 209, 213, 236
lintas unit, 154
lobbying, 177, 269, 289
Louis, 9
low cost strategy, 253
lower cost, 254
Lugon, 359
Luthans, 167

M

Maisel, 107
manajemen fungsional, 154
manajemen spesialis, 14, 358, 364,
365
Manajemen stratejik, 1
manajer, 1, 5, 7, 9, 10, 11, 18, 19, 20,
21, 23, 26, 42, 44, 55, 57, 66, 86,

91, 93, 94, 102, 106, 107, 122, 129,
149, 155, 169, 181, 182, 195, 222,
229, 261, 315, 322, 323, 324, 329,
330, 337, 347, 348, 350, 353, 355,
363, 378, 379, 380, 381
manajerialisme, 42, 83, 336
Mansfield, 230
March, 11
Marten, 324
Martin, 92
Martin dan Kasper, 321
Massachusetts General Hospital, 5,
189
Massachusetts General Hospital,
303
Master plan, 13
Meisenher, 221
menjaga momentum perubahan,
75, 77
metode berpikir, 1
Meyer dan Allen, 167
Misi, 61, 100, 118, 128, 185, 188, 189,
190, 191
missing link, 70
mission driven, 52
mobilisasi, 38, 39, 75, 76, 79, 87, 95
model birokrasi, 355
Money oriented, 304
monitoring, 211, 212, 213, 347, 348,
363
motivasi bekerja, 197, 323, 340
Mueller, 247
multihospital system, 247
multiproduk, 153
Mulyadi, 113
mutu klinik, 254, 355, 356
mutu pelayanan, 2, 4, 5, 14, 15, 17,
28, 39, 45, 62, 67, 83, 96, 107, 109,
114, 121, 154, 155, 157, 160, 161,
177, 194, 201, 202, 205, 207, 221,
226, 246, 261, 303, 308, 327, 343,
345, 346, 349, 355, 361, 362, 367,
370, 376, 380, 381
mutu pelayanan rumah sakit, 2, 201

N

Needs, 216, 225
 neoliberalisme, 24, 80, 83
Net Profit Margin (NPM), 121
Networking Capital to Total Asset (WCA), 121
 Neuhaus, 284
 Nicholson, 326, 329
non-excludable, 108
nonprofit, 52, 54, 56, 59, 60, 100, 102, 103, 105, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 116, 117, 118, 119, 128, 192, 238, 253, 347, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 374, 381
normative, 208, 377

O

obat generik, 316, 318, 321
obsgin, 159
 OECD, 347, 348, 363
 Olve, 101, 107
 OPRS, 13, 159
organizational learning, 21, 22, 264
 otonomi rumah sakit, 23, 37, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 84, 360
 Otter, 222
oxygen tray, 260

P

part timer, 109
Partners HealthCare, 5
 pasien kaya, 129, 218, 295
 paten, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321
 pekerja, 106, 323, 348, 378
 pelaksana kegiatan, 28, 34
 pelaku kegiatan, 27, 28, 152, 336, 353
 pelaku kunci, 213
 pelayanan di masyarakat, 5
 Pelayanan Kesehatan, 29, 37, 56, 96, 191, 221, 245, 250, 285, 325

pelayanan kesehatan primer, 13, 220, 221
 pelayanan kuratif, 39, 217
 pelayanan preventif, 217, 368
 pelayanan spesialisik, 5
pemahaman masalah, 75, 76
 pemberi biaya, 28, 34
 pemerataan pelayanan, 7, 15, 17, 25, 50, 284, 330
 pemikiran rasional, 54
 pemilik, 14, 23, 34, 44, 76, 106, 111, 112, 173, 174, 176, 189, 245, 292, 335, 336, 347, 348, 349, 352, 353, 354, 355
 pemimpin formal, 68, 73, 95
 pemimpin informal, 73, 349
pendekatan Schein, 232
pengambilan keputusan, 43, 44, 54, 66, 176, 333, 350
 pengaruh global, 82, 84
 pengeluaran kesehatan, 31, 32
 pengembangan mutu, 25, 308, 349
 pengembangan strategis, 51
 pengendalian strategi, 53, 54, 59, 64
 Penurunan subsidi, 13
 Penyelenggaraan, 47, 308
 peran menengah, 27
 peranan minimal, 27
 perancangan ulang, 75, 77
perencanaan strategis, 60, 99, 161, 164, 165, 166, 168, 169, 176, 178, 181, 185, 240, 308, 352
 perhatian partai politik, 285
 Permenkes, 14, 156, 160
 persebaran dokter, 228
 perspektif sejarah, 11
 perubahan, 2, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23, 25, 27, 34, 35, 37, 40, 41, 42, 46, 47, 50, 51, 52, 53, 56, 59, 60, 61, 62, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 79, 80, 81, 82, 83, 86, 87, 90, 92, 93, 95, 96, 97, 112, 152, 163, 173, 175, 176, 177, 179, 180, 182, 192, 193, 194, 195, 197, 201, 204,

205, 206, 210, 211, 212, 218, 231,
246, 249, 251, 252, 256, 260, 275,
292, 293, 330, 345, 347, 351, 354,
357, 366, 369, 371

perubahan budaya, 67, 79, 81, 83,
87, 96, 112

perubahan global, 23, 82

perubahan lingkungan, 2, 7, 8, 18,
21, 51, 66, 175, 180, 210

perubahan lingkungan rumah sakit,
2, 193

Perusahaan Jawatan, 9, 16

perusahaan komersial, 113

Perusahaan Umum, 9, 10

Pesaing baru, 226

Philippine Children Medical Center,
45

Piggot, 150

Pinson, 150

PJPK St. Carolus, 246

PMPK, 96, 110, 183

Pointer dan Orlikoff, 352

Pola praktek, 171

Pollit, 6, 42

port folio, 235

Porter, 167, 211, 212, 223, 226, 231,
253

Posnett, 216, 326

praktek pribadi, 18, 69, 71, 91, 124,
168, 171

Predictability, 281

prepaid health care, 246

private-good, 15

Product Life Cycle, 242

production line manager, 154

produk substitusi, 223, 231, 255, 256

produktifitas, 7, 83

produktivitas, 25, 93, 121, 170

profit-making, 14

proses penggabungan, 5

providers, 189, 221

PT Telkom, 230

public goods, 40, 108, 269, 279

public-goods, 321

Purwanto, 11

Q

Quorum Health Resources, 72, 74

R

RCTI, 285

re-appointment, 361, 362

Rebo Paingan, 296, 299

regulasi pemerintah, 213

regulator, 28, 29, 30, 34, 36, 39, 40,
213, 279, 317

Reich, 290

re-imburement, 270

Related Diversification, 247, 248

rencana strategis, 22, 77, 96, 100,
101, 102, 107, 121, 149, 150, 151,
152, 153, 159, 161, 163, 164, 165,
166, 167, 168, 169, 173, 175, 176,
178, 179, 181, 182, 183, 258, 261,
305, 352, 367, 380

respons, 10, 18, 21, 64

Return on Assets, 121

revenue, 379

Revenue Adequacy, 281

review, 261, 348

RS Beth Israel, 5

RS Beth Israel Diaconess, 5

RS Bethesda, 3, 4, 210, 211, 293

RS Charitas, 228, 293

RS FK UKI, 228

RS Ganjuran, 4

RS Gleneagles, 247

RS Katolik Diaconess, 5

RS Mitra Keluarga, 247

RS MMC, 228

RS Panti Nugroho, 4

RS Panti Rapih, 3, 4, 211, 293, 324

RS Panti Rini, 4

RS PKU Muhammadiyah, 3, 4, 211,
293

RS Swadana, 15

RSD Kalimas, 67, 69, 71, 72, 73, 74,
75, 76, 77

RSD Kertosari, 67, 68, 69, 71, 73, 75

RSUP Dr. Sardjito, 3, 170
 rumah sakit keagamaan, 3, 11, 84,
 90, 103, 109, 110, 115, 130, 188,
 208, 210, 291, 293, 294, 324, 329,
 330, 336
 rumah sakit pendidikan, 3, 5, 19, 70,
 75, 93, 94, 95, 109, 110, 158, 161,
 164, 170, 171, 172, 182, 190, 200,
 203, 249, 257, 258, 259, 322, 328,
 333, 350
 rumah sakit satelit, 4
 rumah sakit sebagai makhluk hidup,
 5

S

safeguarding grantor objectives, 281
safety net program, 129
 sakit-rumah sakit keagamaan, 103
 SBO, 13, 33, 159, 281, 282
scanning, 211
 Schein, 81, 97
 Schon, 21
 SCTV, 285, 300
second class quality., 339
self sufficient, 297
 Senge, 23, 188, 196, 206
 Shah A, 280
shared vision, 188, 196
 Shate, 87
 Shortell, 18
Simplicity, 281
 sistem kesehatan, 29, 38, 40, 211,
 213, 220, 224, 307, 341, 342, 345,
 346, 347, 361, 381
 Sistem kesehatan, 307, 308
 sistem *managed health care*., 5
 sistem *pool*, 328, 329
 sistem regulasi, 30
 social safety net, 16, 270
Social Safety Net, 270
 Soedibjo Sardadi, 170
soft-loan, 3
software, 316
 Solomon, 21

staf medis fungsional, 154
staffing, 152
stakeholders, 76, 167, 168, 176, 179,
 197, 250
State in Changing World, 27
status quo, 195, 196
step down, 263
 Stewardship, 308
 Stiglitz, 16, 24, 320
 strategi berubah haluan, 242, 252
Strategi Fungsi Pemasaran, 259
Strategi Fungsi Rumah Tangga,
 260
 strategi fungsional, 63, 158, 186, 257,
 259
Strategi keuangan, 259
 strategi lembaga, 238, 348
 strategi pengurangan kegiatan, 242,
 251
 Strategi pertumbuhan, 243, 250, 258
Strategic Planning and Management
 (SPAM), 101
Strategic Services Unit, 153
Strategy Focused Organization, 241
stroke, 260
 struktur rumah sakit, 157
 Studin, 253
subcultures, 85
 subsidi, 115, 198, 202, 343
 subsistem, 6, 7, 8, 64, 66, 159, 178,
 232, 233
Subsistem keuangan, 233
 Subsistem klinik, 233
Subsistem Manajemen Umum,
 233
 Sufandi, 57
Suluh Marhaen, 242
 sumber pembiayaan, 26, 36, 38, 103,
 111, 159, 192, 213, 215, 224, 239,
 253, 269, 278, 293, 330, 339, 377
supplier induced demand, 312
 Suwarno, 328
 SWOT, 62, 211, 235, 239, 258

T

Tamuz, 11
TB Alliance, 316
teamwork, 229, 264
team-work, 334
teknik medik dan teknik nonmedik,
6
terminasi, 359, 361
the second wind, 243
time cost, 229
timer series, 212
top down, 164
Total Quality Management, 96
transisi, 75, 77, 83, 106, 267, 369
trend, 60, 212, 222, 330, 339
triase, 125
triase resuscitation, 125
Trice dan Beyers, 80
Trisnantoro, 57, 84, 102, 103, 115,
123, 129, 210, 280, 281, 292, 294,
328, 372
Truitt, 151, 191, 241
Tufts University, 4
TVRI, 285

U

Ulrich, 179
unit cost, 45, 68, 129, 270
Unit Stroke, 257, 261
Universitas Harvard, 4
University of Massachussets, 4
Unrelated Diversification, 247, 248
USAID, 15
utilitas Pareto, 370

V

Velasquez, 374
Visi, 62, 185, 188, 193, 194, 195, 196,
197, 198, 199, 201, 202, 203, 204,
205, 206
visi yang sama, 8, 175

W

Wahyuni, 118, 283
waktu tunggu, 89, 117, 125, 126, 159
wash tafel, 260
Weber, 94, 375, 376
Weick, 18, 19
welfare state, 222
welfare-state, 50
White, 358, 360, 362, 363
WHO dan UNICEF, 13
World Development Report, 15
World Trade Organization, 24

Y

Yanow,, 21
yayasan, 14, 111, 112, 130, 168, 244,
245, 258, 292, 299, 302, 316, 324,
330, 349, 353, 354

Z

Zebua, 103, 210, 292
Zendeling, 291
zending, 12, 291, 292, 293
Zuckerman, 150, 167
Zuckermann, 352