

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*

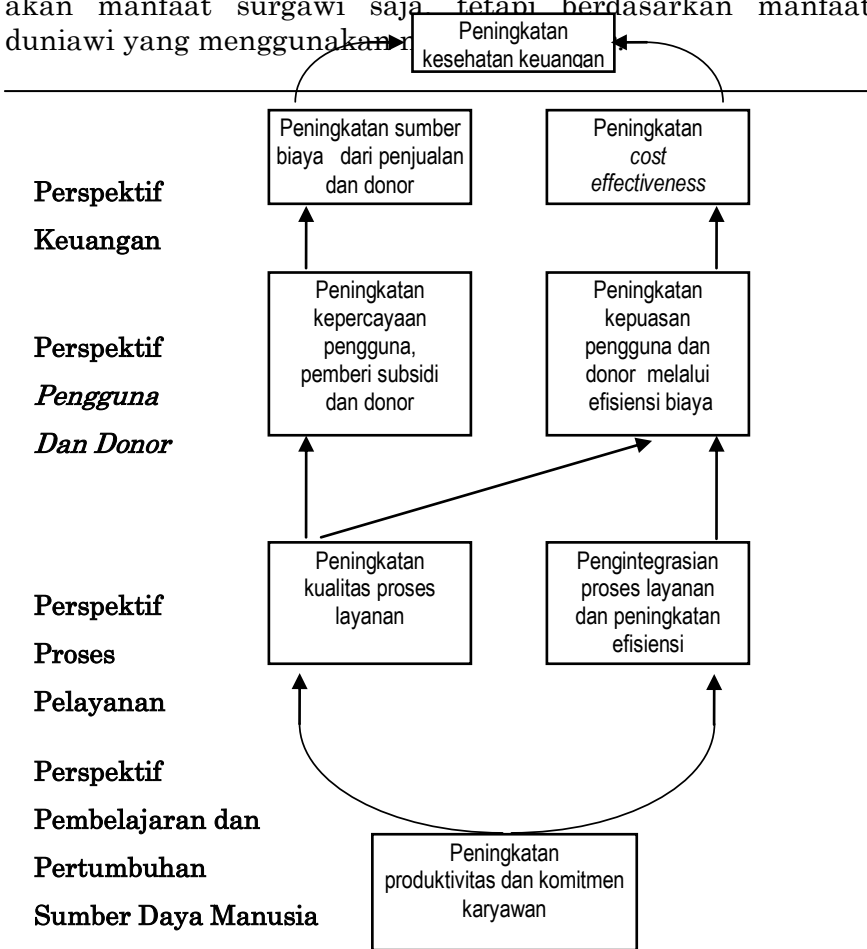
scorecard. Di dekade 1990-an, kalangan dunia usaha mendapat masukan mengenai konsep *balanced scorecard* yang diusulkan oleh Norton dan Kaplan (1995). Konsep ini menegaskan bahwa perusahaan yang sukses tidak hanya mencari keuntungan saja, tetapi juga berusaha untuk memenuhi kepuasan pengguna, melakukan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

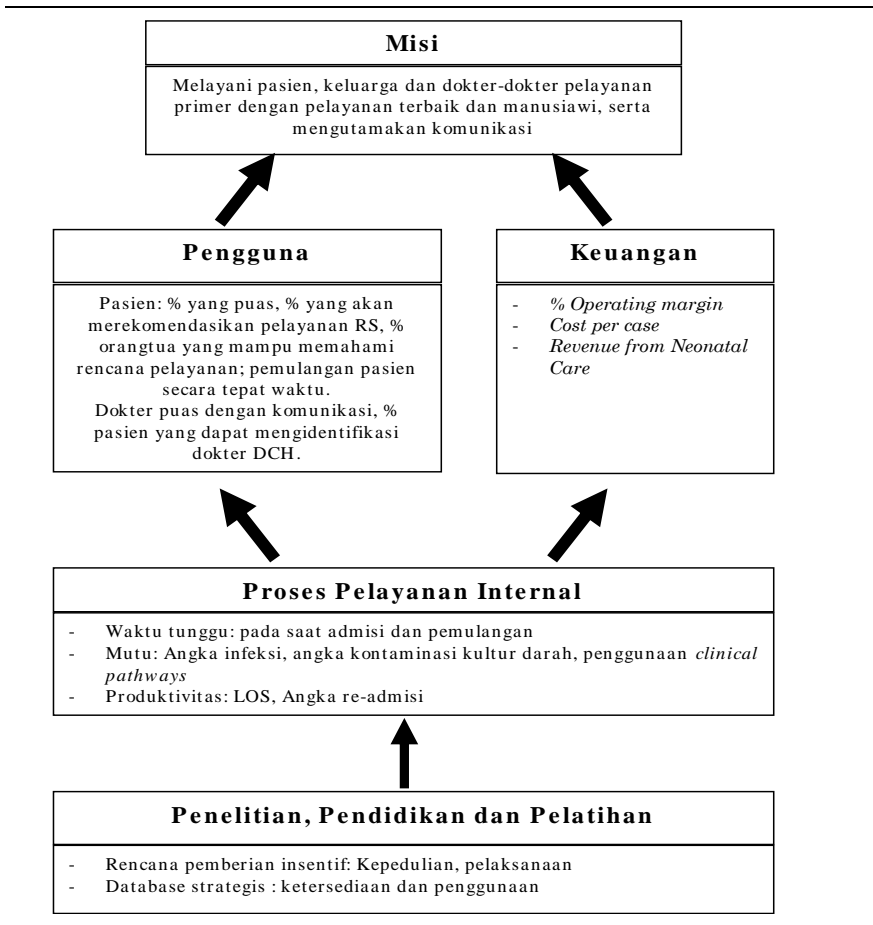
Perspektif keuangan merupakan hal penting untuk rumah sakit *nonprofit*. Aspek keuangan yang kuat akan memungkinkan rumah sakit *nonprofit* berbuat lebih banyak dalam melaksanakan berbagai misinya. Misi tersebut meliputi pelayanan keluarga miskin, menjadikan tempat bekerja yang nyaman bagi karyawan organisasi, 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.

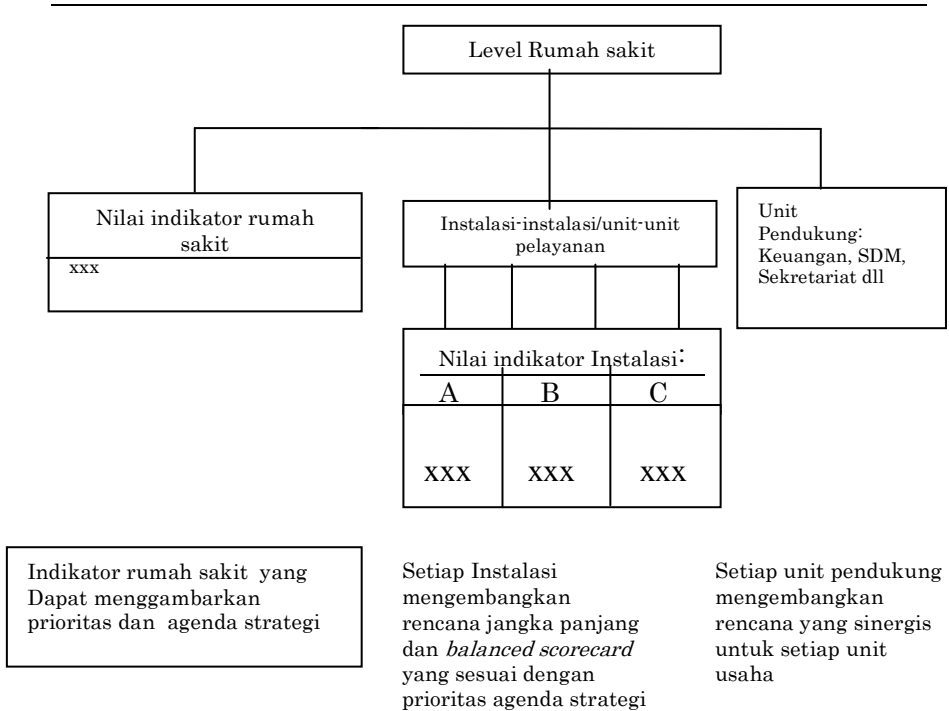
Untuk tahun 2002 ditetapkan indikator kinerja keuangan rumah sakit perusahaan jawatan yang meliputi berbagai hal. Nilai-nilai keuangan diukur dengan *Debt Equity Ratio* (DER), *Cash Ratio* (CAR), *Networking Capital to Total Asset* (WCA), *Inventory Turn Over* (ITO), *Collection Period*, *Sale to Total 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.