Administrasi Rumah Sakit

Oleh:
Stefanus Supriyanto
Minarni Wartiningsih
David Sukardi Kodrat
Lilik Djuari

Penebit
ZIFATAMA JAWARA

Administrasi Rumah Sakit

Penulis : Stefanus Supriyanto, Minarni Wartiningsih, David Sukardi Kodrat, Lilik Djuari

© 2023

Diterbitkan Oleh:

Penerbit
Zifatama Jawara
Taman - Sidoarjo
Telp : 031-99786278
Email : zifatama1@gmail.com
Anggota IKAPI No.149/JTI/20

Cetakan Pertama, Januari 2023
Ukuran/ Jumlah hal: 155 x 230 mm / vi + 556 hlm
Layout : Emjy
Cover: Emjy

ISBN : 978-623-6448-93-9

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang Ketentuan Pidana Pasal 112 - 119. Undang-undang Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Hak Cipta. Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit.

PENGANTAR

HOSPITAL ADMINISTRATION

For Building Sustainable Growth

Puji syukur kehadirat Tuhan atas limpahan kasih dan rahmat Nya sehingga Buku Administrasi Rumah Sakit telah selesai disusun. Buku ini menjabarkan tentang paradigma administrasi kesehatan dan rumah sakit, diantaranya adalah: ***Price Taker*** : bila harga ditentukan oleh mekanisme pasar, maka rumah sakit sebagai *price taker*. Hal ini terjadi bila produk, layanan jasa rumah sakit berupa komoditi, artinya produk anda tidak berbeda dengan produk/layanan jasa pesaing, sedangkan ***Price maker***: bila harga produk rumah sakit lebih baik dari pesaing, sehingga anda yang menentukan harga

Faktor berikut memainkan peran penting dalam pengembangan rumah sakit yakni: Kemajuan dalam Ilmu Kedokteran, Perkembangan Kecanggihan dan Spesialisasi Teknologi, Kemajuan dalam Pendidikan Kedokteran, Pengembangan Keperawatan Profesional, Kontribusi Era Industri 5.0 dan didukung oleh Asuransi Kesehatan (JKN). Demikian pula tuntutan pelayanan yang berkualitas.

Perubahan Orientasi pengelolaan rumah sakit dilakukan "reform" dengan sasaran: *Shift Paradigm , Patient centric, Strategic Competitive & Comparative Advantages, Networking/ Aliance, Customer Value (Quality: Life timecare & preventive), Marketing, Decentralized, Community based, Corporate Social Responsibility, Tele health, Tele medicine*. Rumah Sakit di masa datang harus "Bertumbuh dan Berkembang",

artinya selalu beradapatasi dengan perubahan kebutuhan dan permintaan masyarakat, Juga selalu kreatif serta berinovasi dalam meningkatan akses, ekuiti, keselamatan pasien dan pengelolaan yang efektif dan efisien (*value innovation*).

Tujuan Organisasi Rumah Sakit yang ideal adalah tempat dimana orang-orang yang sakit bisa mencari dan menerima perawatan yang berkualitas, disamping memberikan pendidikan klinis kepada para mahasiswa kedokteran, perawat, serta seluruh ahli kesehatan.

Dalam operasional rumah sakit, juga berpedoman pada penjagaan mutu (*Quality Assurance* dan *Total Quality Management*). Dimensi mutu yang harus dijalankan rumah sakit (Kebijakan politik. SDG,s; WHO dan DepKes R.I 2021), sebagai berikut: *Equity, Effective, Timeline and Access, Efficiency,Patient Center, and Safety.*

Buku ini sangat diperlukan untuk membangun pertumbuhan rumah sakit yang berkelanjutan di era Industri 5.0. Karena itu buku ini diperuntukan para pemangku kepentingan pengelola rumah sakit, seperti manajer rumah sakit, Staff medis, Staff administrasi yang bertanggung jawab untuk menjaga operasional fasilitas rumah sakit sehari-hari dan bagi para pemangku kepentingan lain (Pengambil kebijakan, termasuk Mahasiswa)

Surabaya

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar ____ iii

Daftar isi ____ v

BAB 1 | Paradigma Administrasi Rumah Sakit ____ 1

BAB 2 | Administrasi Rumah Sakit ____ 23

BAB 3 | Organisasi Rumah Sakit ____ 47

BAB 4 | Manajemen Rumah Sakit ____ 83

BAB 5 | Manajemen rantai persediaan *(Supply chain management)* ____ 111

BAB 6 | Logistik Obat ____ 135

BAB 7 | *Hospital care Leadership* ____ 183

BAB 8 | Pengambilan Keputusan ____ 229

BAB 9 | Hubungan Antar Manusia ____ 251

BAB 10 | *BALANCED SCORECARD* Di Rumah Sakit ____ 277

BAB 11 | Sistem Informasi Rumah Sakit *(Hospital Information System)* ____ 317

BAB 12 | Penganggaran Rumah Sakit *(Budgeting)* ____ 369

BAB 13 | Akuntansi, Keuangan dan *Billing* ____ 377

BAB 14 | *Activity Base Costing* ____ 475

BAB 15 | Statistik dan Indikator Mutu Rumah Sakit ____ 505

Daftar Pustaka ____ 552

PARADIGMA ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

BAB 1

PENGANTAR

Definisi Rumah Sakit

Definisi rumah sakit menurut WHO dalam Technical Report Series No. 122/1957, adalah suatu bagian menyeluruh (integral) dari organisasi sosial dan medis, yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan kesehatan yang lengkap kepada masyarakat baik kuratif maupun preventif, dimana pelayanan keluarnya menjangkau keluarga dan lingkungan rumahnya, rumah sakit juga merupakan pusat untuk latihan tenaga kesehatan dan untuk penelitian bio-psiko-sosioekonomi-budaya. *F*ungsi utama rumah sakit adalah sebagai sarana pelayanan kesehatan maupun bagian mata rantai rujukan pelayanan kesehatan. Berdasarkan pengalaman sampai saat ini, pengaduan mengenai pelanggaran etik maupun malpraktek yang dilakukan oleh dokter tidak kurang 80% terjadi di rumah sakit. Lagi pula, segala prinsip yang berlaku di rumah sakit secara proporsional dapat juga

diberlakukan di sarana pelayanan kesehatan lainnya. Rumah Sakit tanpa tempat tidur adalah konsep terbaru tentang rumah sakit. Upaya preventif dan promotif harus begitu efektif sehingga masyarakat harus memiliki kesehatan yang optimal dengan kebutuhan konsultasi kuratif yang minimal, dan bahkan lebih sedikit lagi untuk masuk rumah sakit.

Organisasi rumah sakit merupakan organisasi yang **unik dan kompleks**. Unik karena di rumah sakit terdapat suatu proses yang menghasilkan jasa perhotelan sekaligus jasa medik, perawatan dalam bentuk pelayanan kepada pasien yang rawat inap maupun yang berobat jalan. Kompleks karena terdapat permasalahan yang sangat rumit di mana rumah sakit merupakan suatu organisasi padat karya dengan latar belakang pendidikan yang berbeda-beda, didalamnya terdapat berbagai macam fasilitas pengobatan, berbagai macam peralatan, dan yang dihadapipun adalah orang orang yang ber-emosi labil, tegang emosional, karena sedang dalam keadaan sakit, termasuk keluarga pasien. Oleh karena itu dapat dikatakan pelayanan rumah sakit jauh lebih komplek dibandingkan sebuah hotel.

Sejalan dengan kemajuan dan perkembangan ilmu serta teknologi kedokteran, rumah sakit telah berkembang dari suatu lembaga kemanusiaan, keagamaan, dan sosial yang murni, menjadi suatu lembaga yang lebih mengarah dan lebih berorientasi kepada "bisnis", terlebih setelah para pemodal diperbolehkan untuk mendirikan rumah sakit dibawah badan hukum yang bertujuan mencari

profit. Rumah sakit merupakan suatu lembaga yang padat modal, padat karya, dan padat ilmu serta teknologi, dimana untuk mencapai efisiensi dan efektivitas yang tinggi, diperlukan profesionalisme yang andal dalam hal pengelolaan lembaga bisnis yang modern.

Sejalan dengan kemajuan dan perkembangan ilmu serta teknologi kedokteran, rumah sakit telah berkembang dari suatu lembaga kemanusiaan, keagamaan, dan sosial yang murni, menjadi suatu lembaga yang lebih mengarah dan lebih berorientasi kepada "bisnis", terlebih setelah para pemodal diperbolehkan untuk mendirikan rumah sakit dibawah badan hukum yang bertujuan mencari profit. Rumah sakit merupakan suatu lembaga yang padat modal, padat karya, dan padat ilmu serta teknologi, dimana untuk mencapai efisiensi dan efektivitas yang tinggi, diperlukan profesionalisme yang andal dalam hal pengelolaan lembaga bisnis yang modern.

Karakteristik Rumah Sakit

1. Merupakan industri padat modal dan padat karya (padat sumber daya) serta padat teknologi. Sumber daya manusia merupakan komponen utama proses pelayanan
2. Sifat produk rumah sakit sangat beragam, demikian juga proses layanan yang bervariasi, meskipun input sama. Kadang kadang sulit memisahkan antara proses, keluaran (*output*) dan hasil (*outcome*)
3. Evolusi paradigma rumah sakit yang dinamis; yang semula nirlaba atau *not for profit* menjadi *Just profit,*

atau profit. Semula tidak berlaku adanya persaingan bisnis, sekarang menjadi kompetitif. Tuntutan pasar, pemilik, lingkkungan global yang dinamis dan berubah, dapat merubah fungsi rumah sakit yang semula berfungsi sosial, sekarang juga harus mempertimbangkan faktor ekonomi, hukum (padat aturan) dan politik. Etika profesi dan etika pelayanan harus menyesuaikan tuntutan yang dinamis tersebut.

4. Pengguna rumah sakit tidak tahu apa yang harus dibeli saat berobat *(Consumer ignorance)* dan *demand* yang sangat tidak elastis
5. Jenis produk/jasa rumah sakit bisa *private goods* (pelayanan dokter, keperawatan, farmasi, gizi)*, public goods (*layanan parkir*, front office, customer service, cleaning service, house keeping, loundry,* perbankkan, travel, mini market, salon kecantikan layaknya hotel*),* dan *externality* (imunisasi)

Tujuan Rumah Sakit

Tujuan pengelolaan rumah sakit agar menghasilkan produk, jasa atau pelayanan kesehatan yang benar-benar menyentuh kebutuhan dan harapan pasien dari berbagai aspek, menyangkut mutu (medik dan nonmedik), jenis pelayanan, prosedur pelayanan, harga dan informasi yang dibutuhkan. Misi rumah sakit dalam pemasaran dibedakan dengan pemasaran bisnis antara lain 1) maksimilasi kesejahteraan masyarakat lebih diutamakan (kepuasan pasien + kesembuhan + nilai tambah), 2) tidak boleh ada *supply induced demand*, dan 3) kompetisi

dalam mutu layanan diperkenankan.

Price Taker : bila harga ditentukan oleh mekanisme pasar, maka anda sebagai *price taker*. Hal ini terjadi bila produk anda berupa komoditi, artinya produk anda tidak berbeda dengan produk pesaing

Price maker: bila harga produk anda lebih baik dari pesaing. Sehingga anda yang menentukan harga (lihat konsep *goods, service & experience)*

Sasaran Rumah Sakit *(Goal)*

1. Masyarakat umum: golongan masyarakat yang bebas dan tidak terikat oleh instansi apa pun. Mereka bebas memilih pelayanan rumah sakit mana pun bila dikehendaki
2. Masyarakat yang terkoordinir: masyarakat dalam wadah suatu organisasi misalnya: instansi, perkantoran, pabrik, hotel dll. Dalam mencari penggobatan umumnya mereka terikat peraturan-peraturan yang telah dibuat oleh perusahaan tersebut, sehingga mereka tidak bebas menentukan rumah sakit mana yang diinginkan. Golongan ini potensial menjadi sasaran rumah sakit
3. Masyarakat keluarga. Masyarakat yang telah mempunyai langganan seorang dokter keluarga. Umumnya golongan ini bila memerlukan pelayanan rumah sakit selalu ber konsultasi terlebih dahulu

dengan dokter keluarganya. Hubungan timbal balik dokter keluarga dengan pihak rumah sakit dalam arti komunikasi hasil rujukan

Tabel 1.1 Panduan Langkah perencanaan strategik

Pertanyaan utama	**Langkah utama**
➢ *Who are we*	*Initial mission statement* *Internal Analysis* *External Analysis*
➢ *Where are we now?*	*Assessment of present position*
➢ *Where are we going if we follow our present course?*	*Development and evaluation of alternative scenarios*
➢ *Where do we want to go?*	*Revision of mission statement and development of goals*
➢ *How can we get there?*	*Development and evaluation of alternative strategy and development strategy and objective*
➢ *What if the situation changes?*	*Development of contingency plans*
➢ *What action must be taken ?*	*Development and implementation of program plan*
➢ *What will we responsible and what will they do?*	*Development and implementation of operational plan*
➢ *How will we know if we are proceeding?*	*Development and evaluation, monitoring and control system*
➢ *Do we need to change course?*	*Revision and implementation of contingency plan*

SEJARAH PERKEMBANGAN MANAJEMEN RUMAH SAKIT DI INDONESIA

Pada awal abad 17, Pembangunan rumah sakit di Indonesia diawali sejak adanya keberadaan VOC (Belanda). Pelayanan rumah sakit di Indonesia saat itu merupakan solusi adanya pelayaran yang jauh dan pertahanan terhadap penyakit tropik namun tidak ditunjang dengan fasilitas medis yang baik. Pada awal berdirinya rumah sakit di Indonesia ini, pelayanan kesehatan diperuntukkan hanya bagi orang-orang eropa. Sedangkan selain orang eropa dapat menggunakan rumah sakit pada masa berikutnya dengan pelayanan dan fasilitas yang berbeda. Selain itu, pada masa perkembangan rumah sakit, organisasi social dan kegamaan juga berinisiatif untuk mendirikan rumah sakit bagi masyarakat Indonesia. Hal ini diawali dengan misionaris Kristen, kemudian didirikan pula oleh Muhammadiyah. Kebijakan kesehatan kolonial dipengaruhi adanya perubahan yang terjadi pada kebijakan politik colonial yang menyebabkan perkembangan pelayanan rumah sakit oleh pemerintah terhadap penduduk asli Indonesia. Hal itu terjadi pada akhir abad 19 dan awal abad 20.

Awalnya pendanaan rumah sakit diperoleh subsidi penguasa serta dari pasien rumah sakit yaitu kalangan VOC sendiri. Tarif yang diberikan kepada pasien saat itu telah menyesuaikan kebutuhan dan kemampuan pasien. Hal ini secara tak langsung telah mengimplementasikan system asuransi sejak lama. Masa ini berlangsung pada

masa VOC hingga abad 19. Namun Ketika pemerintahan Daendles, terdapat kebijakan pembebasan biaya rumah sakit bagi personil militer serta pegawai sipil. Sedangkan bagi para buruh perkebunan dan pertambangan, pembiayaan rumah sakitnya di dapatkan dari potongan upah mereka. Berbeda dengan rumah sakit milik orang Cina yang sumber dananya berasal dari pajak masyarakat cina.

Pembiayaan rumah sakit swasta, awalnya dengan sumber biaya sendiri. Namun sejak tahun 1906, pemberian subsidi telah diberikan oleh pemerintah. Subsidi tersebut tidak hanya berupa bantuan dana, namun seperti tenaga, obat-obatan, dan peralatan. Sehingga apabila didasarkan apada peraturan yang berlaku padatahun 1928, subsidi yang diberikan pemerintah kepada rumah sakit swasta sekitar 60-70%.

Pemberian subsidi oleh pemerintah telah dilakukan sejak permulaan rumah sakit dikembangkan di Indonesia dengan basis rumah sakit di Indonesia yang merupakan rumah sakit militer. kemudian berkembang menjadi keagamaan dan berkembang lagi menjadi rumah sakit pemerintah. Sehingga dari sejarah rumah sakit tersebut menghasilkan berbagai macam jenis rumah sakit di Indonesia. dengan pemilik dan pengelolaan yang berbeda (Laksono, 2015).

MISI RUMAH SAKIT

Misi Rumah Sakit Indonesia

- Sebagai Sistem Kesehatan Nasional :
  - Rumah sakit memberikan pelayanan rujukan medik spesialistik dan sub-spesialistik.
  - Fungsi utamanya adalah menyediakan dan menyelenggarakan upaya kesehatan yang bersifat penyembuhan dan pemulihan pasien.
- Kepmenkes RI No.983/SK/Menkes/XI/92 :
  - Rumah sakit umum mempunyai misi memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan terjangkau oleh masyarakat dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.
  - Memberikan pelayanan kesehatan dasar, spesialistik dan sub-spesialistik
  - Melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna, yang utama penyembuhan dan pemulihan
  - Pelayanan medis, penunjang medis, pelayanan dan asuhan keperawatan, Diklat, Litbang, Administrasi dan Keuangan
  - Misi khusus rumah sakit umum adalah aspirasi yang ditetapkan dan ingin dicapai oleh pemilik rumah

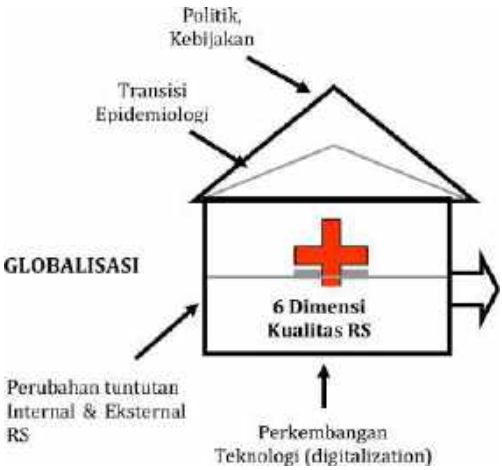
Rumah Sakit Masa Depan

Pelayanan Rumah Sakit : bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat **sosio-ekonomi, yaitu suatu usaha yang walau bersifat sosial namun diusahakan agar bisa mendapat surplus** keuangan dengan cara pengelolaan yang profesional dengan memperhatikan prinsip-prinsip ekonomi. → ″Business Like″

Perubahan Orientasi

Faktor-faktor berikut memainkan peran penting dalam pengembangan rumah sakit.

1. Kemajuan dalam Ilmu Kedokteran
2. Perkembangan Kecanggihan dan Spesialisasi Teknologi
3. Pengembangan Keperawatan Profesional
4. Kemajuan dalam Pendidikan Kedokteran
5. Kontribusi oleh Industrialis
6. Didukung oleh Asuransi Kesehatan
7. Peran Pemerintah



Perubahan Orientasi:

- *Paradigm shift (Patient centric)*
- Strategi (Competitive & comparative advantages)
- Networking/ Aliansi
- Customer value (*Quality: Life timecare & preventive)*
- Marketing
- *Decentralized, Community based*
- *Corporate Social responsibility*
- *Tele health, Tele medicine*

Kewajiban setiap insan kesehatan adalah mensosialisasikan pengertian rumah sakit sebagai "unit Sosio-Ekonomi", sehingga persepsi masyarakat bisa berubah. Sosialisasi dikalangan insan kesehatan sendiri dan para insan rumah sakit sangat diperlukan. Sebagai contoh, para dokter dan para perawat tidak boleh menganggap rumah sakit sebagai lahan untuk mencari nafkah semata, apalagi rumah sakit dianggap sebagai tambang emas untuk menghimpun kekayaan. Rumah sakit sebagai lahan pengabdian profesinya masing-masing merupakan pengabdian yang sepantasnya bag setiap insan kesehatan atau insan rumah sakit.

Tujuan Organisasi Rumah Sakit

Rumah sakit yang ideal adalah tempat dimana orang-orang yang sakit bisa mencari dan menerima perawatan, disamping memberikan pendidikan klinis kepada para mahasiswa kedokteran, perawat, serta

seluruh ahli kesehatan.

Modal

Pembangunan kesehatan dimasa mendatang sangat tergantung pada kemampuan sumber daya manusia yang ada di daerah.

Kecenderungan yang terjadi adalah meningkatnya peran pihak ketiga dalam mengatur pembiayaan kesehatan melalui sistem asuransi, baik publik maupun swasta. Keadaan ini juga akan semakin berkembang di Indonesia dimasa yang akan datang bila perdagangan antar negara menjadi semakin bebas.

Pertanggungjawaban

Sebagai bukti pertanggungjawaban unit pelayanan rumah sakit pemerintah daerah, setiap unit rumah sakit berkewajiban memberikan laporan akhir sebagai bukti pertanggungjawaban atas pelaksanaan kegiatan usaha selam periode pelaporan. Laporan tersebut meliputi laporan alokasi dana, laporan pendapatan, dan laporan pengeluaran ke pemerintah daerah setempat.

Etika Rumah Sakit

Adalah etika terapan atau etika praktis yang moralitas atau etika umum yang diterapkan pada isu-isu praktis, seperti perlakuan terhadap etnis minoritas, keadilan untuk kaum perempuan, penggunaan hewan untuk bahan makanan atau penelitian, pelestarian lingkungan hidup, aborsi, eutanasia, dan kewajiban bagi

yang mampu untuk membantu yang tidak mampu.

Pelayanan Rumah sakit

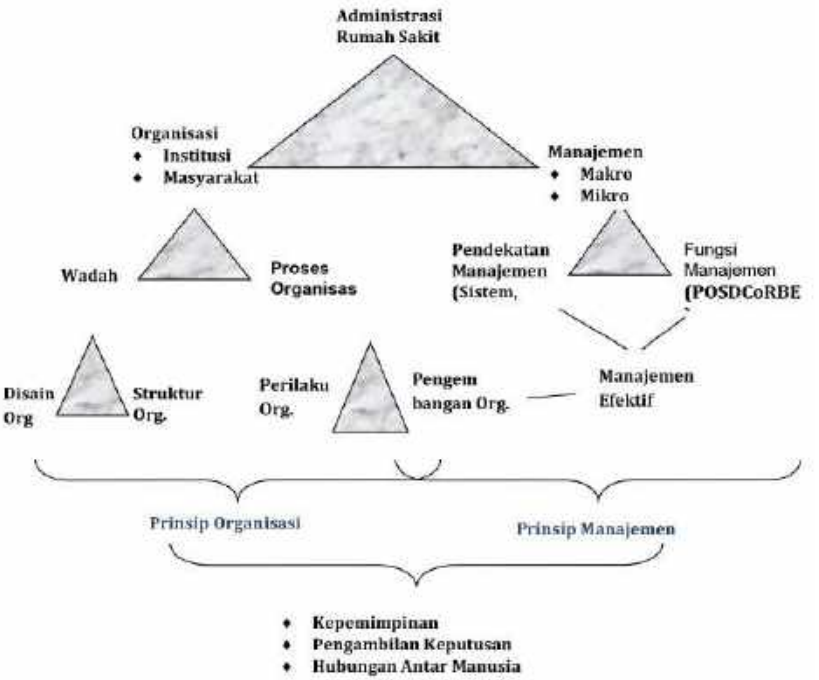
Rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah yang ada harus meningkatkan kepuasan pasiennya. Selain peningkatan mutu pelayanan teknis medis, peningkatan mutu yang paling mudah dan murah adalah peningkatan mutu pelayanan yang berhubungan dengan emosi pasien. Pelayanan yang dimaksud di sini adalah pelayanan yang ramah, sopan santun, gesit, terampil, serta peduli dengan keluhan pasien

Siklus Aktivitas Rumah Sakit

Rumah sakit minimal mempunyai siklus aktivitas sebagaiberikut : melakukan tindakan –tindakan medis seperti pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan kesehatan masyarakat. Secara lebih luas, tergantung pada sumber daya yang dipunyai, sebuah rumah sakit dapat mempunyai siklus aktivitas sebagai berikut :

1. Menyelenggarakan pemeriksaan, pengobatan, dan perawatan kepada umum
2. Menyelenggarakan pendidikan dan latihan tenaga medis, ahli dan para medis, baik yang diselenggarakan sendiri maupun bersama dengan instansi lainnya,
3. Mengadakan dan melakukan penelitian.

Administrasi dan Manajemen Rumah Sakit



Gambar 1.1 Keterkaitan Unsur Administrasi

Sebagai profesional kesehatan, keduanya bekerja terutama di rumah sakit atau kantor dokter swasta yang mengawasi aspek-aspek tertentu dari tugas-tugas administratif atau manajerial. Mereka mungkin menetapkan jadwal kerja, memelihara catatan, meningkatkan fungsionalitas rumah sakit yang lebih besar dan mengelola rekening tagihan pasien. **Intinya, mereka bertindak sebagai staf non-medis yang bertanggung jawab untuk menjaga operasional fasilitas medis sehari-hari.**

Karena perbedaan mendasar mereka, setiap aspek peran ini membutuhkan pengetahuan tentang sub-disiplin tertentu.

1. Fokus manajemen perawatan kesehatan berkaitan dengan pengendalian arah fasilitas kesehatan atau jaringan, orang-orang dalam peran ini harus memiliki keterampilan berikut: keterampilan komunikasi yang efektif, pengetahuan tentang komputer dan sistemnya. Pengetahuan tentang rekam medis elektronik, informasi penyimpanan medis, penjadwalan janji temu, penerimaan pasien, pemrosesan, lingkungan kantor, dan operasi sehari-hari juga penting. Memanfaatkan keahlian tersebut didorong oleh kebutuhan untuk memahami kebijakan, akuntansi dan manajemen fasilitas. Untuk alasan ini, banyak manajer perawatan kesehatan berspesialisasi dalam akuntansi untuk memahami dan mengatasi masalah yang terkait dengan posisi ini.
2. Fokus utama administrator perawatan kesehatan adalah interaksi fasilitas perawatan kesehatan dengan pasien dan stafnya, sebagian besar tergantung pada spesialisasi fasilitas tersebut. Agar efektif, administrator perawatan kesehatan harus memiliki pemahaman menyeluruh tentang metode yang terkait dengan aspek spesifik penelitian atau perawatan medis untuk memanfaatkan keahlian stafnya dengan sebaik-baiknya. Sub-disiplin yang diperlukan dari administrator layanan kesehatan adalah pengetahuan tentang kebijakan perawatan

kesehatan saat ini, penagihan, penggantian, praktik pengkodean, perbankan, praktik keuangan, dan sumber daya manusia.

Selain perbedaan yang disebutkan di atas, baik manajer dan administrator layanan kesehatan harus memiliki ***soft skill*** berikut untuk benar-benar efektif dalam karirnya:

- Kemampuan analisis
- Kemampuan berkomunikasi
- Berorientasi pada detail
- Kemampuan interpesonal
- Keterampilan memecahkan masalah
- Keterampilan teknis

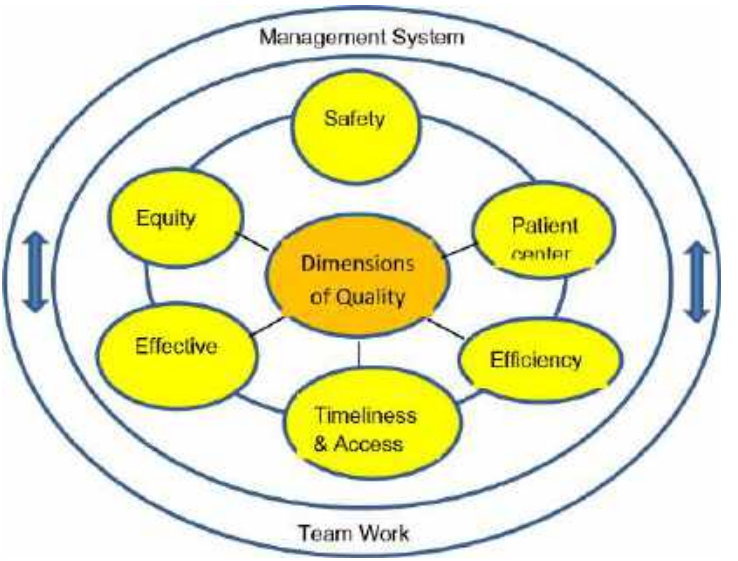
Dalam contoh lain, administrator layanan kesehatan dapat bertanggung jawab untuk mengawasi departemen sumber daya manusia (SDM) organisasi layanan kesehatan. Selain memiliki keahlian SDM tradisional di bidang-bidang seperti perekrutan dan kompensasi, administrator perlu memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menangani hal-hal SDM yang secara khusus terkait dengan perawatan kesehatan, seperti persyaratan perizinan dan pendidikan berkelanjutan, kekurangan perawat yang sedang berlangsung, dan tantangan retensi karyawan. terkait dengan tingkat kelelahan dan stres profesional kesehatan. Berbeda dengan administrasi kesehatan, manajemen kesehatan berfokus pada gambaran yang lebih besar. Misalnya, manajer perawatan kesehatan dapat mengembangkan rencana untuk pertumbuhan

organisasi perawatan kesehatan atau merumuskan strategi untuk menyesuaikan diri dengan perubahan di pasar perawatan kesehatan.

ORGANISASI RUMAH SAKIT

Organisasi rumah sakit merupakan organisasi bisnis atau unit usaha, artinya bertujuan mendapatkan laba atau meraih surplus untuk 1) menjaga kelangsungan hidup rumah sakit, 2) pengembangan sumber daya dan 3) memberi keuntungan kepada pemangku kepentingan (pemilik, karyawan). Organisasi rumah sakit dapat dibedakan atas rumah sakit yang berorientasi profit (*Profit making*) dan rumah sakit *not for profit*. Tujuan organisasi *profit making* adalah mendapatkan laba dari operasionalnya, sedangkan rumah sakit not for profit making adalah melaksanakan tugas pokok rumah sakit dan meraih surplus dari operasionalnya. Surplus digunakan untuk meningktan mutu pelayanan.

Dalam operasional rumah sakit, juga berpedoman pada penjagaan mutu (*Quality Assurance* dan *Total Quality Management*). Dimensi mutu yang harus dijalankan rumah sakit (Kebijakan politik. SDG,s; WHO dan DepKes R.I 2021), sebagai berikut



Karakteristik Layanan Rumah Sakit

Beberapa karakterisitk rumah sakit di Indoesia, dapat dijabarkan menjadi

1. **Karakterisitk Keunikan Pekerjaaan:** rumah sakit dicirikan
   - Padat Karya
   - Padat Pakar
   - Padat Teknologi
   - Padat Modal
   - Padat Masalah
   - Demand yang sangat bervariasi dan tidak elastis

2. **Karakteristik pelayanan**
   - Sebagian besar tenaga kerja rumah sakit adalah tenaga profesional.

- Wewenang kepala rumah sakit berbeda dengan wewenang pimpinan perusahaan.
- Tugas-tugas kelompok profesional lebih banyak dibandingkan tugas kelompok manajerial.
- Beban kerjanya tidak bisa diatur.
- Jumlah pekerjaan dan sifat pekerjaan di unit kerja beragam.
- Hampir semua kegiatannya bersifat *urgent*.
- Pelayanan rumah sakit sifatnya sangat individualistik.
- Tugas memberikan pelayanannya bersifat pribadi, pelayanan ini harus cepat dan tepat, kesalahan tidak bisa ditolerir.
- Pelayanan berjalan terus menerus 24 jam dalam sehari.

3. Karakteristik Pelayanan Jasa kesehatan

- Intangible Output (tidak berwujud)
- Perishability (tidak tahan lama)
- Inseparability (tidak dapat dipisahkan) : *High Customer Contact Throughout the Service Process, Customer Participation, Skill Sold Directly to the Customer*
- Variability (variasi perawatan, pengobatan pada -enyakit yang sama)
- *High Personal Judgment*
- *Labor Intensiveness (Padat karya)*

4. Kategorisasi & klasifikasi

Berikut ini ditampilkan sistem pengelompokan rumah sakit yang paling umum digunakan saat ini :

4.1 Klasifikasi Rumah Sakit Umum ditetapkan berdasarkan (Ps 5):

a. Pelayanan;
b. Sumber Daya Manusia;
c. Peralatan;
d. Sarana dan Prasarana; dan
e. Administrasi dan Manajemen.

4.2 Pengelompokan kelas rumah sakit berdasarkan

4.2.1 Berdasarkan fasilitas dan kemampuan pelayanan, Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi (Permenkes No 340.,Th 2010:Bab III,Ps4) :

a. Rumah Sakit Umum Kelas A;
b. Rumah Sakit Umum Kelas B;
c. Rumah Sakit Umum Kelas C;
d. Rumah Sakit Umum Kelas D.

4.2.2 Berdasarkan kepemilikan :

1. RS Pemerintah: RSUP, RSUD, RS TNI (Pemerintah: Pusat, Provinsi , Kabupaten/ Kota. RS BUMN : Pelni, Pertamina
2. RS Swasta: Keagamaan, Yayasan, Perusahaan: a. Utama: pelayanan medis bersifat umum, spesialistik, dan sub-spesialistik; b. Madya : pelayanan medis

bersifat umum dan spesialistik 4 dasar: c. Pratama : pelayanan medis bersifat umum

4.2.3 Berdasarkan jenis pelayanan :

- RS Umum
- RS Khusus : Jiwa, Mata dsb

4.3. Klasifikasi Bidang-Bidang Manajemen Rumah Sakit

1. Bidang manajemen perencanaan
2. Bidang manajemen keuangan
3. Bidang manajemen personalia
4. Bidang manajemen informasi rumah sakit & rekam medik
5. Bidang manajemen perkantoran
6. Bidang manajemen logistik
7. Bidang manajemen farmasi dan obat generik
8. Bidang manajemen medis dan perawatan
9. Bidang manajemen gizi
10. Bidang manajemen linen dan laundry
11. Bidang manajemen sanitasi rumah sakit dan dampak lingkungan
12. Bidang manajemen penanggulangan infeksi nosokomial
13. Bidang manajemen keselamatan kerja
14. Bidang manajemen keamanan
15. Bidang manajemen pemasaran
16. Bidang manajemen pengawasan dan evaluasi

Untuk mengawasi dan mengevaluasi hasil kerja rumah sakit dilakukan usaha-usaha :

- Pengawasan melekat
- Audit medik
- Penghitungan efisiensi
- Angket pendapat pengguna jasa rumah sakit

Untuk keperluan mengevaluasi hasil kerja diperlukan terlebih dahulu penyiapan :

- *Standard operation procedure*
- Standar/pedoman diagnosis dan terapi
- RKAP dan program kerja rumah sakit
- Indikator penilaian penampilan

Indikator penilaian mutu pelayanan adalah :

- Infeksi nosokomial
- Prosentase pelayanan spesialistik
- Rasio pasien intensif yang dirujuk terhadap pasien rawat intensif
- Prosentase pasien rawat jalan yang dirujuk
- Prosentase pasien rawat inap yang dirujuk

ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

BAB 2

ADMINISTRASI

"Proses pencapaian tujuan yang ditetapkan pada waktu yang ditentukan melalui bimbingan, kepemimpinan, dan pengendalian upaya sekelompok individu dan pemanfaatan sumber daya non-manusia secara efisien dengan mempertimbangkan kecukupan, kecepatan, dan ekonomi

"Administrasi adalah seni dan ilmu bimbingan, kepemimpinan, dan pengendalian usaha sekelompok individu menuju beberapa tujuan bersama.". Administrasi dibedakan dalam dua pengertian, yaitu:

1. Administrasi dalam arti sempit, yaitu dari etimologi kata Administrasi (Belanda), yang meliputi kegiatan; catat mencatat, surat menyurat, pembukuan ringan, ketik mengetik, agenda dan sebagainya yang bersifat

tehnis ketatausahaan.

2. Administrasi dalam arti luas, yaitu dari etimologi Administrasi (Inggris)

   2.1 William H Newman dalam buku : Administration action menyatakan : Administartion has been defined as the guidance, leadership and control of the effort of a grouop of individuals towards some common goal (Adminsitrasi didefinsikan sebagai bimbingan, kepemimpinan dan pengawasan daru usaha kelompok individu terhadap tercapainya tujuan bersama)

   2.2 Simon, H, A, dalal bukunya Public Administration à Administration as the activities of groups cooperating to accomplish common goal (Administrasi sebagai kegiatan dari kelompok yang mengadakan kerjasama untuk menyelesaikan tujuan bersama)

Administrasi sebagai Proses

Proses pencapaian tujuan yang ditentukan pada waktu yang ditentukan, melalui bimbingan (guidance), kepemimpinan, dan upaya pengendalian (control) sekelompok individu dan pemanfaatan sumber daya non-manusia secara efisien dengan mempertimbangkan kecukupan, kecepatan, dan ekonomi ke tingkat yang setinggi mungkin. ”

"**Administrasi sebagai seni**. adalah seni dan ilmu bimbingan, kepemimpinan, dan pengendalian usaha sekelompok individu menuju beberapa tujuan bersama."

- Manajemen adalah bagian operasional administrasi.
- Didefinisikan sebagai: serangkaian proses interaktif yang melaluinya pemanfaatan sumber daya menghasilkan pencapaian tujuan organisasi."
- Melalui "manajemen" tujuan organisasi perawatan kesehatan dicapai dengan mengumpulkan dan menempatkan sumber daya.
- Ada beberapa elemen untuk administrasi. Dalam prakteknya semua elemen ini saling terkait satu sama lain.

Dari beberapa pengertian atau uraian tersebut dapat disimpulkan bahwa administrasi adalah wadah:

1. Adanya kelompok orang yang terdiri lebih atau sama dengan dua
2. Adanya kerja sama dari kelompok tersebut
3. Adanya kegiatan, proses usaha
4. Adanya bimbingan, kepemimpinan dan pengawasan
5. Adanya tujuan

Administrasi Kesehatan

Administrasi Kesehatan (*Health Administration*) sebagai ilmu pengetahjuan ***(science),*** berkembang pada pertengahan abad XX, tetapi sebagai seni ***(art)*** atau administrasi dalam praktek, yang timbul bersamaam

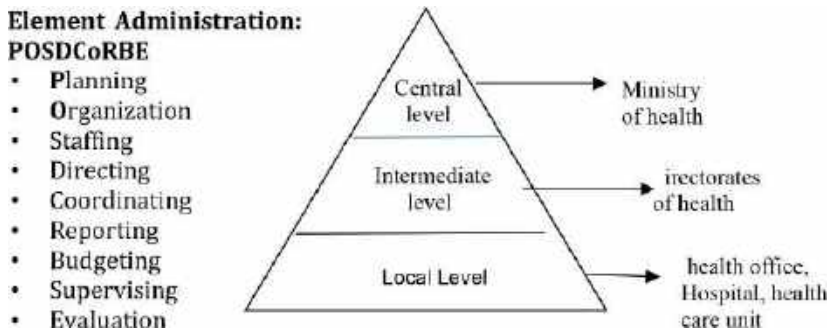
dengan timbulnya peradapan manusia. Administrasi Kesehatan sebagai ilmu pengetahuan termasuk kelompok "**applied science"**, karena kemanfaatannya hanya ada apabila teori, prinsip, rumus dan dalilnya diterapkan untuk meningkatakan mutu kesehatan dan kesejahteraan masyarakat. Administrasi Keseahtan sebagai seni adalah sarana untuk mencapai tujuan dalam meningkatan kesehatan dan kesejahtaearaan masyarakat

Administrasi Kesehatan tidak terlepas dari ilmu social lainnya seperti Ilmu Politik, Ilmu Hukum, Ilmu Ekonomi, Sejarah, Psikologi, Filsafat, Antropologi dan Etnologi. Dalam perkembangannya Administrasi Kesehatan selalu dikaitakan dengan Ilmu Kebijakan, sehingga berubahan menjadi **Administrasi dan Kebijakan Kesehatan.** Administrasi Kesehatan atau administrasi perawatan kesehatan adalah bidang karir yang melibatkan pengelolaan sistem kesehatan masyarakat, sistem perawatan kesehatan, dan jaringan rumah sakit. Administrator layanan kesehatan mungkin bertanggung jawab untuk mengelola **seluruh fasilitas, yang mengkhususkan diri dalam mengawasi departemen klinis tertentu (seperti keuangan, penganggaran atau sumber daya manusia) atau mengelola praktik medis untuk dokter. Administrasi Kesehatan** adalah praktik mengelola, memimpin, mengawasi, dan mengelola operasi entitas perawatan kesehatan yang dinamis dan kompleks termasuk rumah sakit, fasilitas perawatan jangka panjang, sistem perawatan kesehatan, panti jompo, apotek, dan penyedia asuransi Kesehatan. Sedangkan

untuk Administrasi Kesehatan adalah aplikasi tehnik adminsitrasi, praktek perawatan Rumah Sakit, kesehatan masyarakat dan ilmu social dalam kegiatan masyarakat yang terorganisir yang dirancang untuk melindungi dan meningkatkan kesehatan individu, kelompok, masyarakat dan/ atau institudsi

Tiga unsur pokok Adminitrasi Kesehatan adalah 1) aplikasi fungsi administrasi, 2) teknik, perangkat atau piranti administrasi, 3) pencapaian tujuan administrasi kesehatan, guna memenuhan tuntutan dan kebutuhan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya.

Ada juga 3 tingkat administrasi Kesehatan.



Kualifikasi Terkait

Manajemen perawatan kesehatan biasanya dipelajari melalui administrasi perawatan kesehatan atau program manajemen perawatan kesehatan di sekolah bisnis atau, beberapa institusi di sekolah kesehatan masyarakat. Meskipun banyak perguruan tinggi dan universitas yang menawarkan gelar sarjana untuk administrasi kesehatan atau sumber daya manusia,

gelar master dianggap sebagai "kredensial standar" bagi sebagian besar administrator kesehatan di Amerika Serikat. Penelitian dan gelar doktor berbasis akademik, seperti PhD dalam Administrasi Kesehatan dan Doktor Administrasi Kesehatan, mempersiapkan tenaga dalam perawatan kesehatan untuk mengubah pengalaman klinis atau administratif mereka menjadi peluang untuk mengembangkan pengetahuan dan praktik mengajar untuk membentuk kebijakan publik maupun memimpin organisasi yang kompleks.

Organisasi Profesi

Ada berbagai asosiasi profesional yang berbeda terkait dengan manajemen sistem kesehatan, yang dapat dikategorikan sebagai kelompok keanggotaan pribadi atau institusional. Kelompok keanggotaan pribadi contohnya American College of Healthcare Executives, Healthcare Financial Management Association, dan Healthcare Information and Management Systems Society. Kelompok dengan keanggotaan institusional lebih fokus pada efektivitas organisasi, dan mungkin juga mencakup perjanjian berbagi data dan sarana berbagi praktik medis atau administrasi terkait lainnya untuk organisasi anggota. Contohnya yaitu American Hospital Association dan University Healthsystems Consortium.

Administrator Rumah Sakit

Administrator rumah sakit adalah individu atau kelompok orang yang bertindak sebagai titik pusat

kendali di dalam rumah sakit. Orang-orang ini mungkin dokter sebelumnya atau saat ini, atau individu dengan latar belakang perawatan kesehatan lainnya. Ada dua jenis administrator, generalis dan spesialis. Administrator perawatan kesehatan dianggap sebagai profesional perawatan kesehatan.

Generalis adalah individu yang bertanggung jawab untuk mengelola atau membantu mengelola seluruh fasilitas.

Spesialis adalah individu yang bertanggung jawab atas operasi yang efisien dan efektif dari departemen tertentu seperti analisis kebijakan, keuangan, akuntansi, penganggaran, sumber daya manusia, atau pemasaran.

KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

W.H.O. panitia ahli organisasi pelayanan kesehatan mendefinisikan Rumah Sakit sebagai berikut; "Rumah sakit adalah bagian integral dari suatu organisasi sosial dan kedokteran, yang fungsinya menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang paripurna bagi masyarakat, baik kuratif maupun preventif, dan pelayanan rawat jalan yang menjangkau keluarga dan rumahnya. lingkungan; rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan tenaga kesehatan dan penelitian sosial". "Rumah Sakit tanpa tempat tidur" adalah konsep terbaru tentang rumah sakit. Upaya preventif dan promotif harus begitu efektif sehingga masyarakat harus memiliki kesehatan yang optimal dengan kebutuhan konsultasi kuratif yang minimal,

dan bahkan lebih sedikit lagi untuk masuk rumah sakit. Karena itu Rumah Sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah.Permenkes No.340.,2010: Bab II., Ps 3)

Ruang lingkup Administrasi Kesehatan seperti yang digambarkan dalam gambar 2.1. menjelaskan bahwa makin kedalam, menuju inti lingkaran, menunjukan kegiatan inti dari lingkaran yang diluarnya. Inti administarsi adalah keberhasilan dari organisasi; inti organisasi adalah manajemen, demikian seterusnya, sampai pada Hubungan Antar Manusia sebagai inti semuanya. Gambar 2.1 juga menunjukan apa yang ada di lingkaran luar juga menjadi ciri dari apa yang berada di dalamnya. Ciri organisasi akan menjadi acuan dan arahan dalam manajemen. Dalam ruang lingkup administrasi, organisasi dibedakan organisasi sebagai wadah (statis), dan juga sebagai proses organisasi (dinamis)

1. Sebagai **Wadah,** bersifat **statik** (struktur organisasi). 'Wadah' sebagai tempat kerjasama dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan. 'Wadah' juga merupakan ikatan hukum/legal/formal yang menjamin terjadinya kerjasama. Dalam wadah

tergambar disain dan struktur organisasi

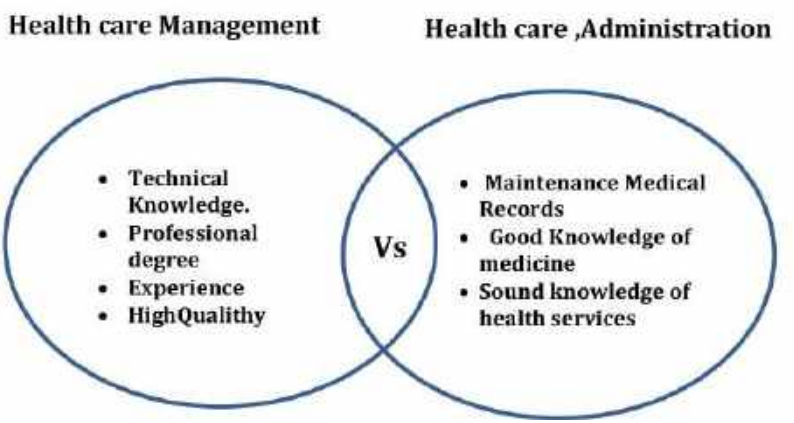
2. Sebagai **Proses organisasi.** Maka bersifat dinamik
   a. Formal (rasional) terdiri dari :
      1) Uraian kewenangan dan Tugas pokok serta fungsi (Tupoksi)
      2) Kewajiban – kewajiban yang harus dijalankan
   b. Informal (irasional, emosional). Hal ini erat dengan perilaku individu dan kelompok dalam organisasi (motivasi, kepemimpinan, konflik)

Ruang lingkup Administrasi Kesehatan seperti yang digambarkan dalam gambar 2.1, menjelaskan bahwa makin kedalam, menuju inti lingkaran, menunjukan kegiatan inti dari lingkaran yang diluarnya. Inti administarsi adalah keberhasilan dari organisasi; inti organisasi adalah manajemen, demikian seterusnya, sampai pada Hubungan Antar Manusia sebgai inti semuanya.

Gambar juga menunjukan apa yang ada lingkaran luar juga menjadi ciri dari apa yang berada di dalamnya. Ciri organisasi akan menjadi acuan dan arahan dalam manajemen. Dalam ruang lingkup administrasi, organisasi dibedakan organisasi sebagai wadah (statis),

dan juga sebagai proses organisasi (dinamis). Rumah Sakit harus mempunyai kemampuan pelayanan sekurang-kurangnya pelayanan medik umum, gawat darurat, pelayanan keperawatan, rawat jalan, rawat inap, operasi/bedah, pelayanan medik spesialis dasar, penunjang medik, farmasi, gizi, sterilisasi, rekam medik, pelayanan administrasi dan manajemen, penyuluhan kesehatan masyarakat, pemulasaran jenazah, laundry, dan ambulance, pemeliharaan sarana rumah sakit, serta pengolahan limbah.Permenkes No.340.,2010: Bab II., Ps 3)

PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN ADMINISTRATOR RS



Gambar 2.1 Manajemen Perawatan Kesehatan VS Administrasi layanan Kesehatan

Beberapa sinonim berbeda untuk administrator layanan kesehatan termasuk manajer layanan medis dan

kesehatan dan eksekutif layanan kesehatan - tetapi apa pun sinonim/judulnya, tanggung jawab utama dalam administrasi perawatan kesehatan adalah **merencanakan, mengarahkan, dan mengoordinasikan layanan kesehatan medis.**

Administrasi Kesehatan dan manajemen kesehatan adalah bidang yang berkaitan dengan kepemimpinan, manajemen, dan administrasi sistem kesehatan masyarakat, sistem perawatan kesehatan, rumah sakit, dan jaringan rumah sakit di semua sektor primer, sekunder, dan tersier. Manajemen lesehatan berfokus pada: pengetahuan teknis, gelar profesionalism, dan pengalaman, sedangkan Admnistrasi Kesehatan lebih fokus pada: peme layanan Kesehatan

Kualitas perawatan rumah sakit dan Kinerja keuangan liharaan rekam medis, pengetahuan yang baik tentang obat obatan, pengetahuan yang baik tentang umum rumah

Manajemen sistem perawatan rumah sakit menggambarkan kepemimpinan dan manajemen sakit, jaringan rumah sakit, dan/atau sistem perawatan kesehatan. Dalam penggunaan internasional, istilah ini mengacu pada manajemen di semua tingkatan manajemen satu institusi (misalnya rumah sakit) juga disebut sebagai "Manajemen layanan medis dan kesehatan", "Manajemen perawatan kesehatan" atau Administrasi Kesehatan. sedangkan

Manajemen sistem kesehatan memastikan bahwa hasil tertentu tercapai, bila mana instalansi dalam rumah sakit berjalan dengan lancar; bahwa orang yang tepat berada di pekerjaan yang tepat, bahwa orang tahu apa yang diharapkan dari mereka, bahwa sumber daya digunakan secara efisien dan bahwa semua departemen bekerja. menuju tujuan bersama.

1. Prospek Kerja Lulusan Administrasi Kesehatan

Lulusan admnistrasi Kesehatan memiliki prospek kerja diberbagai instansi. Di bawah ini merupakan prospek kerja lulusan administrasi Kesehatan yaitu:

1.1 Admisi Rumah Sakit (rawat jalan , rawat inap, IGD, penunjang medis), *customer service* RS, *Medical Record*, Sekretariat Umum, Komite atau Direktur, Manjemen Keuangan RS, Marketing RS, SDM RS, Logistik RS, *General Affair* RS, Sistem Informasi RS

1.2 Non Rumah Sakit seperti Kemenkes RI, Dinkes/ Puskesmas, BPJS, Kimia Farma, BUMN dan lain sebagainya

2. Keterampilan Penting Administrator Rumah Sakit

Administrator Rumah Sakit harus menyelesaikan berbagai macam tugas. Tidak hanya harus berorientasi pada hal yang detail, namun juga melihat hal yang lebih besar. Berikut adalah keterampilan administrasi perawatan kesehatan yang Anda butuhkan untuk berhasil dalam pekerjaan ini:

2.1 Keterampilan " Hard skills"

a. Pengetahuan tentang undang-undang dan peraturan kesehatan
b. Kemahiran teknologi
c. Kemampuan memecahkan masalah
d. Keahlian bisnis
e. Keterampilan analitis (*Analytical skills*): Administrator harus memahami dan mengikuti peraturan saat ini dan mampu beradaptasi dengan yang baru.
f. Keterampilan pemecahan masalah (*Problem cycle skills*). Administrator mungkin sering bertanggung jawab untuk menemukan solusi kreatif untuk masalah.
g. Keterampilan teknis (*Technical skills*). Administrator harus dapat mengikuti kemajuan teknologi kesehatan termasuk obat-obatan dan peralatan diagnostik.

2.2 "Soft Skills" Administrator Rumah Sakit

Beberapa sifat dan keterampilan "soft skill" yang dapat bermanfaat bagi karier dalam administrasi perawatan kesehatan. Meskipun keterampilan di bawah ini dapat membantu banyak pekerjaan yang berbeda, kita akan melihat bagaimana keterampilan tersebut dapat diterapkan pada posisi administrator layanan Kesehatan

2.2.1 Skill kepemimpinan

2.2.2 Kemampuan berkomunikasi (*communication skills*). Administrator harus dapat berkomunikasi secara efektif dengan

profesional lain.

2.2.3 Berorientasi pada detail (*Detail oriented*). Adminitrator mungkin diminta untuk mengatur dan memelihara informasi penjadwalan dan penagihan untuk fasilitas yang sangat besar.

2.2.4 SKemampuan interpersonal (*Interpersonal skills*) . Administrator harus merasa nyaman mendiskusikan masalah kepegawaian dan informasi pasien dengan profesional lain.

FUNGSI DAN TUGAS ADMINISTRATOR

Tugas dan tanggung jawab administrator (Tupoksi)

Administrator layanan kesehatan bekerja untuk membuat keputusan berskala besar untuk fasilitas atau institusi layanan kesehatan. Mereka berhubungan langsung dengan kebijakan dan anggaran untuk membuat pengalaman perawatan pasien yang lebih baik dan memastikan keselamatan tamu dan staf.Hampir semua pekerjaan administrator layanan kesehatan mengharuskan, minimal memiliki gelar sarjana. Sedangkan gelar master dipertimbangkan untuk pekerjaan dengan tingkat yang lebih tinggi, *Master of Healthcare Administration* (MHA). Anda tidak memerlukan latar belakang manajemen kesehatan untuk mendaftar di program MHA.

Administrator kesehatam bekerja untuk memimpin, dan mengelola sistem perawatan kesehatan, seperti rumah sakit, jaringan rumah sakit, atau sistem perawatan

Kesehatan. Jurusan Administrasi Kesehatan & Kesehatan Masyarakat Sarjana dapat mencapai karir termasuk dalam bidang manajemen perawatan kesehatan, pemasaran, penelitian, peningkatan kualitas. Tugas pokok dan fungsi administrator rumah sakit: dapat bervariasi tergantung pada posisi pekerjaannya, tetapi secara umum berikut adalah beberapa tugas yang dapat dilakukan sebagai administrator layanan kesehatan:

1. Mengawasi dan mengelola operasi keuangan termasuk akuntansi, perencanaan anggaran, otorisasi pengeluaran dan pelaporan.
2. Mengelola pekerjaan medis, teknis, keperawatan, klerikal dan karyawan lainnya.
3. Bertindak sebagai penghubung antara staf medis, dewan pengurus dan kepala departemen.
4. Menganalisis aktivitas fasilitas untuk membantu proses perencanaan dan manajemen risiko.
5. Merencanakan dan mengelola program dan layanan termasuk administrasi personalia, koordinasi dan pelatihan.
6. Melayani sebagai perekrut dan mengawasi proses perekrutan karyawan baru.
7. Buat jadwal kerja dan tugas untuk staf.

Administrator rumah sakit adalah individu atau kelompok orang yang bertindak sebagai titik pusat kendali di dalam rumah sakit. Orang-orang ini mungkin dokter sebelumnya atau saat ini, atau individu dengan latar belakang perawatan kesehatan lainnya. Ada dua jenis

administrator,yaitu generalis dan spesialis. **Pekerjaan (Job) Administrator Rumah Sakit** merupakan tanggung jawabnya, dapat bervariasi tergantung pada posisi jabatan, tetapi secara umum berikut adalah beberapa tugas yang dapat di lakukan sebagai administrator layanan kesehatan: Hal ini juga ditentukan *existency* (area bidang organisasinya; Visi,misi, tujuan dan strategi))

1. **Generalis** adalah individu yang bertanggung jawab untuk mengelola atau membantu mengelola seluruh fasilitas.
2. **Spesialis** adalah individu yang bertanggung jawab atas operasi yang efisien dan efektif dari departemen tertentu seperti **analisis kebijakan, keuangan, akuntansi, penganggaran, sumber daya manusia, atau pemasaran**.

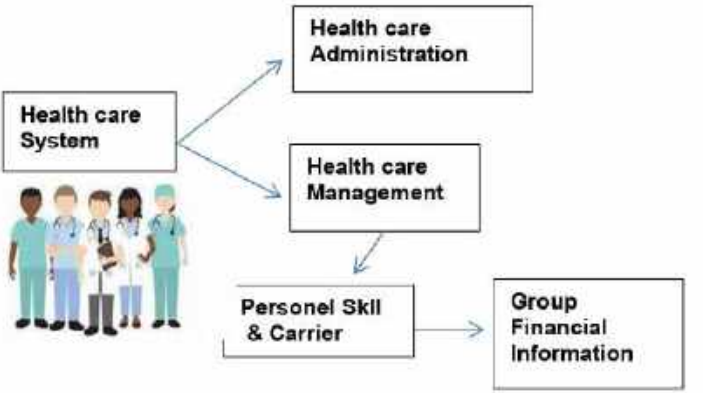
Administrator rumah sakit adalah bidang yang berkaitan dengan kepemimpinan, manajemen dan administrasi sistem Kesehatan(pelanggan, perawatan kesehatan rumah sakit, dan jaringan rumah sakit. Administrator perawatan kesehatan dianggap sebagai profesional perawatan Kesehatan dalam:

1. Mengawasi dan mengelola operasi keuangan termasuk akuntansi, perencanaan anggaran, otorisasi pengeluaran dan pelaporan.
2. Mengelola pekerjaan medis, teknis, keperawatan, klerikal dan karyawan lainnya.
3. Bertindak sebagai penghubung antara staf medis, dewan pengurus dan kepala departemen.

4. Menganalisis aktivitas fasilitas untuk membantu proses perencanaan dan manajemen risiko.
5. Merencanakan dan mengelola program dan layanan termasuk administrasi personalia, koordinasi dan pelatihan. HRD
6. Melayani sebagai perekrut dan mengawasi proses perekrutan karyawan baru.
7. Buat jadwal kerja dan tugas untuk staf.
8. Berfokus pada kualitas, keamanan, risiko, dan kepatuhan keselamatan pasien.
9. Manajemen staf seperti penggajian, hubungan staf, masalah SDM, dll.(Staffing)
10. Kegiatan kepemimpinan yang mencakup pendampingan, pemecahan masalah, menjadi duta budaya organisasi, melibatkan staf, dll
11. Pengembangan bisnis dan pemasaran*, Public relation*
12. Memastikan perawatan pasien diberikan sesuai kebijakan, peraturan, dan hukum, termasuk keselamatan pasien

Seperti apa tanggung jawab sehari-hari seorang profesional administrasi kesehatan? Operasi harian dalam administrasi kesehatan dapat mencakup:

- Mengawasi operasi departemen *(Planning and Poloicy Makings*)



Pekerjaan Profesional (*Profesional works*)

Kesempatan Karier

Administrator kesehatam bekerja untuk memimpin, dan mengelola sistem perawatan kesehatan, seperti rumah sakit, jaringan rumah sakit, atau sistem perawatan Kesehatan. Jurusan Administrator rumah sakit: Sarjana dapat mencapai karir termasuk dalam bidang manajemen perawatan kesehatan, pemasaran, penelitian, peningkatan kualitas, *Master of Healthcare Administration* (MHA). Anda tidak memerlukan latar belakang manajemen kesehatan untuk mendaftar di program MHA(*Magister of Health Administration*).

Kesempatan karir seorang administrator rumah sakit juga ditentukan oleh tingkat pendidikannya yaitu S1, S2, dan Doktor. ((Indeed Editorial Team. 2021. To Become a Hospital Administrator in 5 Steps).

Jabatan Administrator Rumah Sakit

1. Jabatan yang dapat diperoleh untuk Sarjana ARS meliputi: 1. Manajer administrasi klinik,2. Manajer layanan medis dan kesehatan, 3. Abstraktor manajemen informasi kesehatan, 4. Pendaftaran pasien, 5. Manajemn keuangan, 6. Ekonomi Kesehatan 7. Kebijakan dan perundang undangan kesehatan, 8. Peningkatan kinerja rumah sakit
2. *Master of Health Administration* (MHA) meliputi: 1. Manajer Manajer klinik, 2. Direktur departemen atau divisi, 3. Manajer layanan kesehatan, 4. Administrator rumah sakit, 5. Manajer rekam medis. 6. Direktur mutu pelayanan Kesehatan, 7. Manajer pemanfaatan klinis (Clinic Utilization Manager), 8. Teknik rekammedis, 9. HRD.
3. *Doctor of Health Administration* (DHA) meliputi: 1. Pejabat tertinggi Eksekutiff, 2. Kepala petugas operasi, 3. Direktur klinik, 4. Direktur departemen atau divisi, 5. Manajer layanan kesehatan, 6. Administrator rumah sakit, 7. Direktur mutu pelayanan kesehatan, 8.Manajer pemanfaatan klinis

Selain rumah sakit, administrator layanan kesehatan ini juga dapat bekerja pada beberapa instansi berikut ini:1. Fasilitas rehabilitasi, 2. Pusat perawatan rawat jalan, 3. Praktik medis kelompok, 4. Fasilitas rawat jalan, 5. Klinik , 5. Fasilitas perawatan di rumah (*home care), 6.* Organisasi perawatan Kesehatan, 7. Perusahaan konsultan, 8. Perusahaan asuransi kesehatan, 9. Fasilitas

perawatan jangka panjang, 10. Perusahaan Farmasi

PENGETAHUAN DAN KETERAMPILAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Pengetahuan dan Keterampilan Penting untuk Administrator Layanan Kesehatan. Administrator layanan kesehatan harus menyelesaikan berbagai macam tugas. Mereka harus berorientasi pada detail namun juga melihat gambaran yang lebih besar. Berikut adalah pengetahuan dannketerampilan administrator perawatan kesehatan penting yang dibutuhkan untuk berhasil dalam pekerjaannya (PerMenKes R.I. 2020), meliputi: Penguasaan Pengetahuan; Sikap; Ketermapilan umum dan khusus. Unutk S1 level6., untuk S2 level 7 dan untuk S3 level 8

1. Pengetahuan dan Keterampilan Umum:

a. *Leadership Skill* (*servant leadership dan self leadership*).
b. Analytic Skill
c. communication and interpersonal skills and marketing
d. technical skills → Technology

Keterampilan analitis (Analytical skills): Administrator harus memahami dan mengikuti peraturan saat ini dan mampu beradaptasi dengan yang baru. Kemampuan berkomunikasi (communication skills). Administrator harus dapat berkomunikasi secara efektif dengan profesional lain. Berorientasi pada detail

(Detail oriented). Adminitrator mungkin diminta untuk mengatur dan memelihara informasi penjadwalan dan penagihan untuk fasilitas yang sangat besar. Kemampuan interpersonal (Interpersonal skills) . Administrator harus merasa nyaman mendiskusikan masalah kepegawaian dan informasi pasien dengan profesional lain, Keterampilan pemecahan masalah (Problem cycle skills). Administrator mungkin sering bertanggung jawab untuk menemukan solusi kreatif untuk masalah.eterampilan teknis (Technical skills). Administrator harus dapat mengikuti kemajuan teknologi kesehatan termasuk obat-obatan dan peralatan diagnostik.

2. Pengetahuan dan Keterampilan tambahan:

- Empati/Kecerdasan Emosional *(Empathy/Emotional intelligence*) . Dari berurusan dengan pasien, keluarga mereka, dan anggota staf, kepekaan terhadap kebutuhan orang lain sangat penting untuk hasil pasien dan keberhasilan organisasi
- Integritas (Integrity.). Administrator harus siap untuk berurusan secara etis dengan dokter, perusahaan asuransi, perusahaan farmasi, dan perusahaan peralatan medis untuk mencapai hasil terbaik.
- Ketajaman bisnis (*Business acumen*). Administrator harus berorientasi bisnis untuk memenuhi tujuan keuangan dan produktivitas organisasi mereka.
- Manajemen perubahan (*Change management*) Industri perawatan kesehatan secara teratur

memperbarui kebijakan dan teknologi. Administrator harus mengetahui pembaruan ini dan bersiap untuk menerapkannya ke dalam praktik sehari-hariunutk adaptasi

- Manajemen hubungan (Relationship management) Manajemen hubungan pelanggan yang baik diperlukan untuk fasilitas perawatan kesehatan untuk meningkatkan laba mereka dan mencapai misi mereka.
- Pemikiran strategis (*Strategic thinking*). Administrator perawatan kesehatan harus memiliki kemampuan untuk melihat fasilitas mereka dari perspektif yang luas, membuat konsep, menetapkan tujuan, memprediksi hasil dan potensi masalah, dan mengembangkan rencana jangka panjang.
- Kesadaran akan keragaman (*Awareness of diversity*) Fasilitas perawatan kesehatan membantu pasien dari beragam etnis dan latar belakang, sehingga administrator perawatan kesehatan harus menyadari setiap hambatan budaya atau ekonomi untuk perawatan berkualitas dan bagaimana menanganinya.

Selain itu, administrator perawatan kesehatan yang baik akan memiliki pengetahuan dan/atau pengalaman di bidang-bidang berikut (sesuaikan dengan tanggungjawabnya):

- Siklus pendapatan (Penerimaan, Penagihan, penganggaran, dan keuangan)

- Manajemen kasus, Pemanfaatan (*problem solving*)
- Manajemen strategis, Kepemimpinan strategis
- Budaya dan misi
- Penjaminan mutu (Quality Assurance)
- Peningkatan performa
- Pengawasan regulasi, penegtahuan undang undang, peraturan
- Keselamatan pasien dan manajemen risiko

ORGANISASI RUMAH SAKIT

BAB 3

ORGANISASI

Organisasi adalah formalisasi wadah dan proses

Sebagai wadah: maka Organisasi dapat bertindak sebagai alat untuk aplikasi manajemen.

Sebagai proses organisasi terdiri dari aktivitas perilaku organisasi dan proses pengembangan organisasi. Pengembangan organisasi terkait dengan manajemen yang efektif. **Dikatakan 'ORGANISASI ' bila** 'Wadah' kerjasama dua orang atau lebih untuk mencapai tujuan

'Wadah' itu merupakan ikatan hukum/legal/formal yang menjamin kerjasama. Beberapa definisi tentang organisasi, sebagaiberikut:

Barnard (1983)

" Suatu Organisasi adalah sebuah sistem dari berbagai aktivitas yang dengan sengaja koordinasikan atau

berbagai kemampuan/kekuatan yang dikoordinasikan oleh 2 (dua) atau lebih individu ″

Morgan (1990)

″ Suatu Organisasi timbul dari adanya sebuah keputusan oleh beberapa individu atau grup untuk secara bersama-sama mencapai suatu tujuan atau beberapa tujuan tertentu dari berbagai sumber daya manusia maupun material yang dikoordinasikan ″:

1. Ada lebih dari 2 (dua) orang, yang
2. Bersedia untuk bekerja sama, dengan
3. Bersepakat untuk mencapai suatu tujuan bersama tertentu

Collins (1993)

" Dimana beberapa individu bekerja sama satu dengan yang lainnya dan melakukan berbagai aktivitas yang dikoordinasikan, maka kemampuan mereka meningkat jauh lebih besar daripada hanya sekedar suatu jumlah dari kemampuan tiap individunya "

PRINSIP ORGANISASI

1. Adanya **tujuan yang sama dan bersama-sama** dari banyak komponen (keinginan & sumber daya)
2. **Keragaman aktivitas-**aktivitas, dapat dikelompokan menjadi satu departemen
3. **Adanya perbedaan-perbedaan skala ekonomi, sosial, politik**, budaya dan sebagainya

4. **Kebutuhan/keharusan** untuk
    a. penentuan sistematika/rerangka kerja
    b. penentuan posisi-posisi dan hubungan antar posisi-posisi tersebut
    c. sistem evaluasi/penilaian hasil kerja
    d. sistem pemilihan pemegang posisi dan pengembangan atau pembinaan tugas
    e. sistem reward
5. **Selalu ada hierarki**

Hirarki tujuan

Beberapa hal yang terkait dengan tujuan organisasi.

1. Tujuan dirumuskan, untuk :
    - Haluan organisasi
    - Bentuk organisasi
    - Struktur organisasi
    - Macam pekerjaan
    - Perangkat organisasi
2. Tujuan untuk diketahui dan diyakini oleh semua anggota organisasi, untuk :
    - Motivasi
    - Kesungguhan
    - Terarah
    - Kerja sama
3. Tujuan adalah pentahapan (hirarki) tujuan

Tujuan adalah penjabaran atas visi, misi, kemudian diterjemahkan menjadi strategi dan sasaran organisasi

Hirarki tujuan

Beberapa hal yang terkait dengan tujuan organisasi.

1. Tujuan dirumuskan, untuk :
   - Haluan organisasi
   - Bentuk organisasi
   - Struktur organisasi
   - Macam pekerjaan
   - Perangkat organisasi
2. Tujuan untuk diketahui dan diyakini oleh semua anggota organisasi, untuk :
   - Motivasi
   - Kesungguhan
   - Terarah
   - Kerja sama
3. Tujuan adalah pentahapan (hirarki) tujuan

Tujuan adalah penjabaran atas visi, misi, kemudian diterjemahkan menjadi strategi dan sasaran organisasi

Visi → Misi → Tujuan → Sasaran → Strategi

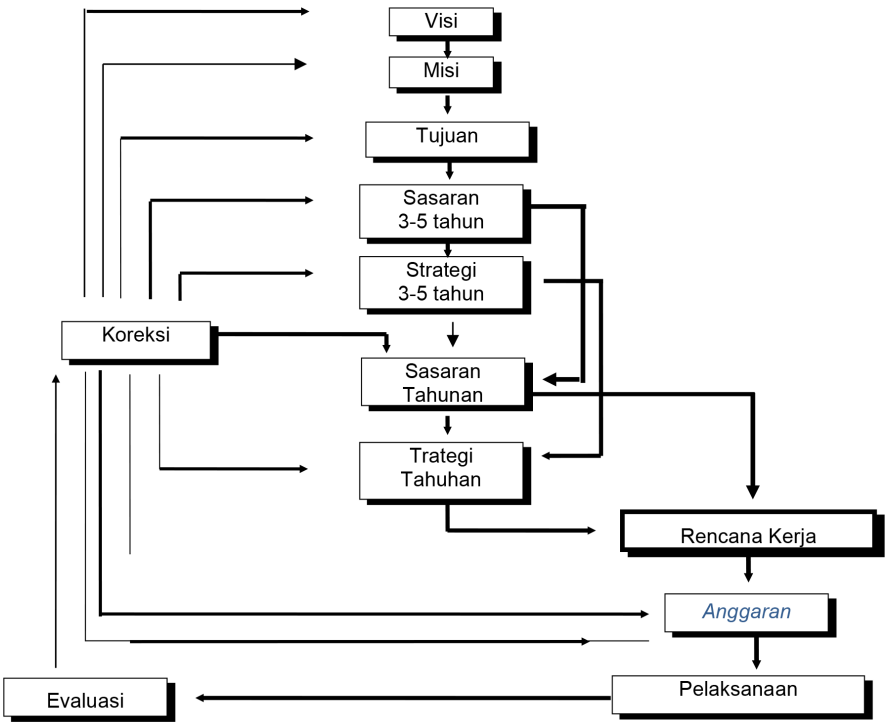
Istilah visi dan misi akhir-akhir ini banyak dipakai dalam ilmu manajemen modern. Namun demikian masih banyak perbedaan pendapat tentang visi dan misi, demikian pula dalam penjabarannya menjadi kegiatan yang konkrit. Visi dan misi adalah merupakan hirarki tertinggi dari tujuan organisasi.

Misi disini adalah penjabaran dari visi. Jadi bukan misi yang menjadi alasan mengapa organisasi tersebut

didirikan, dasar tujuan, termasuk ciri dan nilai yang di miliki organisasi (John Viljoen, 1994).

Visi dapat dijabarkan dalam bentuk pernyataan, dalam bentuk kata, peta jalan dan lebih dikenal dengan misi. Pernyataan misi (*mission statement*) harus dibedakan dengan *Sense of mission* (faktor motivator -indra- yang menimbulkan misi).

Pernyataan visi berisi keseluruhan tentang misi organisasi tanpa menyebutkan struktur, komponen organisasi. Pernyataan visi berisi maksud yang mendasar dan ciri organsisasi secara spesifik yang membedakan dengan organisasi yang lain. Visi dan misi merupakan bimbingan atau arahan (*perspektif*) organisasi jangka panjang. Karena itu visi dan misi harus dikomunikasikan pada seluruh anggota organisasi.



Gambar 3.1 Visi, Misi dan Hirarki Tujuan

Secara khusus visi merupakan dasar dalam pembentukan misi, tujuan*, key result area* dan strategi. Pernyataan visi dan misi yang komprehensif umumnya berisi elemen penting antara lain;

1. Nilai dan kepercayaan organisasi (*organizational values and beliefs*)
2. Bisa dibayangkan : memberikan gambaran mengenai bagaimana gambaran masa depan nantinya (*distinctive characteristic*)
3. Terfokus : cukup jelas untuk memberikan bimbingan dalam pengambilan keputusan (*Organizational*

purpose)

4. Menarik : menyentuh kepentingan jangka panjang karyawan, konsumen, para donatour dan orang lain yang berkepentingan (*stakeholder promise*)
5. Dapat dilaksanakan :berisi tujuan-tujuan yang realistik dan bisa dicapai
6. Citra masyarakat (*public image*)
7. Bisa dikomunikasikan
8. Fleksibel : cukup umum untuk memungkinkan para individu mengambil inisiatif dan respon alternatif dalam hubungannya dengan kondisi yang berubah-ubah

STRATEGI

Strategi berkaitan dengan bagaimana visi yang telah dijabarkan menjadi misi dan sasaran untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Misalnya ; tujuan untuk mem produksi layanan atau jasa yang murah, maka memerlukan satu strategi peningkatan volume penjualan melalui pemasaran masal (*mass marketing*) atau menggunakan teknologi yang dapat menurunkan biaya produksi (*Cost containment*).

Macam Strategi

1. ***Corporate-Level Strategy*** menentukan pelayanan dan area pelayanan yang akan di laksanakan. Pada level nasional atau global urusan organisasi bisa merupakan kumpulan bisnis yang secara relatif

independen dan kadang-kadang disebut juga sebagai *Strategic Business Unit* (SBU). Pada level global dasar pembentukan adalah :

- Argumentasi portofolio : dengan mengelompokan bisnis terpisah, yang dapat dikelola lebih efektif khususnya yang berhubungan dengan manajemen keuangan
- Argumentasi Sinergi : Adanya berbagai kesamaan penting dalam SBU
- Argumentasi kompetensi pokok : Jika perusahaan telah mengembangkan kemampuan tertentu, hal ini dapat mendorong untuk menembus unit bisnis lainnya untuk mendapatkan keunggulan kompetitif. Misalnya Honda dengan mesin 4 tak tidak bisa masuk pada mesin lain seperti pemotong rumput, motor tempel. Jadi hanya mengkhususkan pada mesin mobil.

Ada 4 strategi pada level "corporate" yang harus dilaksanakan (Fottler et.al, 1988), yaitu :

Build → Menentukan pelayanan dan area bisnis baru yang harus diinvestasikan dalam meningkatan pangsa pasar (*market share*)

Hold → Keputusan untuk mempertahankan Pangsa Pasar

Harvest → Keputusan meningkatan keuntungan jangka pendek melalui upaya menurunkan biaya pelayanan, mengganti teknologi yang usang, menurunkan biaya pemeliharaan dan

operasional

Build → Keputusan melepaskan pasar yang tidak menguntungkan melalui diversifikasi pelayanan atau mengganti pelayanan yang spesifik atau membuka relung baru (*niche*)

2. **Strategic Business Unit (*Competitive level Strategy)*.** (ini yang lebih dikenal sebagai **SBU=Strategic Business Unit)** menentukan bagaimana pelayanan dilaksanakan sehingga diperoleh keunggulan kompetitif produk atau jasa. Pahami term *Competitive advantage* unutk keunggulan Sumberdaya manusia dan *Comparative advantage* untuk keunggulan bidang ilmu atau program yang diprioritaskan). Pertanyaan mendasar yang harus dijawab pada level ini, adalah :
   - Di mana seharusnya kita bersaing, focus pada pasar mana dan segmen mana yang harus kita fokuskan.
   - Produk atau jasa apa (bidang keilmuan) yang seharusnya kita persaingkan ?
   - Bagaimana kita mendapatkan keunggulan kompetitif yang berdaya tahan dipasar yang telah kita pilih ?
   - SBU juga boleh memiliki pernyataan misi, kemudian dilanjutkan tujuan strategi dalam meningkatkan keunggulan bersaing (mutu layanan, produk?)

Karakteritik SBU adalah

- Misi yang berbeda dan target spesifik pasar (*A distinct mission and specific target market)*
- Pengawasn dan pengendalian sumberdaya (*Control over their resources*)
- Memiliki pesaing sendiri (*Their own competitors*)
- Rencana independen terhadap SBU yang lain (*Plans independent of other SBUs)*

Ada 3 strategi pada level SBU, yaitu :

Cost Leadership

Upaya penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada strategi ini antara lain 1) menurunkan biaya proses pelayanan (*administrative feasibility*) dan 2) meningkatkan pangsa pasar, 3) Mengoptimalkan ratio benefit-cost 4) mengoptimalkan penggunaan sumberdaya (Sarana-fasilitas, laboratorium) melalui *resource sharing*

Untuk ada beberapa cara :

- Mendapatakan bahan mentah yang tidak mahal
- Menciptakan efisiensi proses dengan SOP
- Disain produk/jasa sesuai kebutuhan, keinginan, harapan pasien
- Pengawasandan pengendalian biaya tak langsung (*Control overhead costs)*
- Hindari pelanggan marginal (*Avoid marginal customers)*

Keunggulan biaya juga memperhatikan **kepuasana stakeholders**, produk/jasa yang **unik** dan **bernilai** bagi pembeli (Brand names, Strong dealer network, Product reliability, Image, Service)

- ***Differentiation***

Upaya organisasi pelayanan antara lain 1) selalu mengembangan keunikan (difeerentiation) produk/jasa sesuai dengan kebutuhan *Stakeholder* 2) melaksanakan pelayanan bermutu (*Technical quality*) dalam upaya memenuhi kebutuhan dan permintaan pelanggan 3) Menawarkan pelayanan tambahan yang nyaman dan aman termasuk parkir. Semua ini akan memberikan citra keunggulan dibandingkan pesaing (*A differential advantage that cannot be copied by the competition)*

- ***Focus***

Selain kita dapat melakukan pada *Cost focus* maupun *Differentiation Focus*, kita dapat memfokuskan pada satu pelayanan yang merupakan keunggulan bersaing. Misalnya keunggulan pelayanan Stroke, Rumah Sakit without Wall.

Keunggulan juga dapat diperoleh bila rumah sakit melayani pada target pasar yang kecil (Niche = Used by small companies with limited resources, **3. *Function-level Strategy***

Pada level ini terkait dengan interpretasi peran dari fungsi pusat-pusat pelayanan dalam menerapkan strategi kompetitif. Pelayanan disini ditekankan akan pelayanan

interaktif antara pemberi jasa dan pembeli. Strategi kompetitif pada SBU dapat diterjemahkan menjadi strategi pemasaran interaktif, strategi finansial, strategi sumberdaya manusia sesuai dengan fungsi level di sini. Contoh adalah SMF rumah sakit Ciri level ini antara lain :

- Otonomi pelayanan
- Memiliki strategi yang berbeda
- Memiliki pesaing sendiri
- Memiliki manajer yang bertanggung jawab
- Terdiri dari satu atau lebih unit program dan fungsi

"Proses pengorganisasian menyiratkan pengaturan sumber daya manusia dan non-manusia secara teratur untuk membuat keseluruhan yang bermakna yang mencapai tujuan organisasi." • Proses organisasi diklasifikasikan menjadi: 1. Organisasi struktural, 2. • Organisasi fungsional

ORGANISASI

"Organisasi adalah setiap kumpulan orang, bahan, prosedur, ide, atau fakta yang disusun dan diatur sehingga kombinasi bagian-bagian menjadi satu kesatuan yang bermakna yang bekerja untuk mencapai tujuan organisasi." Proses pengorganisasian menyiratkan pengaturan sumber daya manusia dan non-manusia secara teratur untuk membuat keseluruhan yang bermakna yang mencapai tujuan organisasi. Proses organisasi diklasifikasi: 1) Struktur dan 2) Fungsional organisasi

Tujuan Rumah Sakit

Organisasi rumah sakit merupakan organisasi bisnis atau unit usaha, artinya bertujuan mendapatkan laba atau meraih surplus untuk menjaga kelangsungan hidup rumah sakit, pengembangan sumber daya dan, dan memberi keuntungan kepada pemangku kepentingan (pemilik, karyawan). Organisasi rumah sakit diklasifikasikan menjadi rumah sakit yang berorientasi profit (*Profit making*) dan rumah sakit *not for profit*. Tujuan organisasi *profit making* adalah mendapatkan laba yang berasal dari operasionalnya, sedangkan rumah sakit not for profit making adalah melaksanakan tugas pokok rumah sakit dan meraih surplus dari operasionalnya. Surplus tersebut digunakan untuk meningktan mutu pelayanan rumah sakit.

Prinsip Organisasi:

"Organisasi adalah setiap kumpulan orang, bahan, prosedur, ide, atau fakta yang disusun dan diatur sehingga kombinasi bagian-bagian menjadi satu kesatuan yang bermakna yang bekerja untuk mencapai tujuan organisasi." Menurut L Gullick 1993. Organisasi dikenal dengan 4P (Purpose,Prcess, Person, Place

Pada organisasi terjadi aplikasi prinsip organisasi dan pada manajemen terjadi aplikasi prinsip manajemen.

1. Departmentation (Division of work)
2. Acquisition of human and non-human resources

3. Specialization and division of labor
4. Coordination
5. Authority and responsibility (Delegation., Span of Control)
6. Centralization and de-centralization
7. Unity of command
8. Line and staff

ORGANISASI MASA DEPAN

Profil Organisasi sehat Masa Depan (Drucker P, 1997)

1. Sebuah organisasi dipandang sebagai **suatu sistem**, artinya tugas organisasi adalah mengambil kebutuhan dan bahan mentah untuk ditransformasikan kedalam barang dan jasa
2. Ia mempunyai sistem **penginderaan yang kuat untuk menerima informasi terbaru** dari semua bagian sistem dan interaksinya
3. Ia membuat **budaya dan komitmen kuat pada visi** dan misi
4. Ia beroperasi dalam mode **"bentuk mengikuti fungsi".** Pekerjaan yang dilakukan menentukan struktur dan mekanisme untuk melakukannya. Sebagai hasilnya ia menggunakan bermacam-macam struktur: Struktur piramid, sturktur horizontal, struktur matriks (tim), dll
5. Ia menggunakan **manajemen tim sebagai model yang dominan.** Tim eksekutif puncak, dewan antar

fungsional, sistem pengawasan internal

6. Ia mempunyai prinsip: menghormati pelayanan pelanggan (ekternal dan internal)
7. **Manajemen digerakan oleh informasi**
8. Ia mendorong dan memungkinkan keputusan dibuat di tingkat yang paling dekat dengan pelanggan, di mana semua informasi yang diperlukan tersedia (**desentralisasi dan otonomi**)
9. ia mempertahanan **komunikasi yang relatif terbuka di seluruh sistem**
10. Organisasi beroperasi dalam **suatu model pembelajaran**. Mengidentifikasi point point pembelajaran adalah bagian dari proses
11. ia memberikan penghargaan yang eksplisit untuk **inovasi dan kreativitas** dan mempunyai toleransi yang tinggi untuk jenis pemikiran yang berbeda dan perbedaan dalam hal hal lain (reward system)
12. ia memiliki agenda sosial yang eksplisit.
13. ia memberi perhatian yang layak pada pekerjaan yang **efisien, kesadaran akan kualitas dan keamanan dalam bekerja** atau beroperasi, dan mengidentifikasi dan mencoba perubahan demi masa depan yang lebih baik

Antisipasi Perubahan Organisasi besar di masa datang

1. Bertindak seperti organisasi kecil
2. Ciptakan prioritas yang tinggi untuk inovasi

3. Ciptakan fungsi organisasi yang ramping dan bernilai tambah
4. Ciptakan sebuah Budaya yan bersemangat

STRUKTUR ORGANISASI

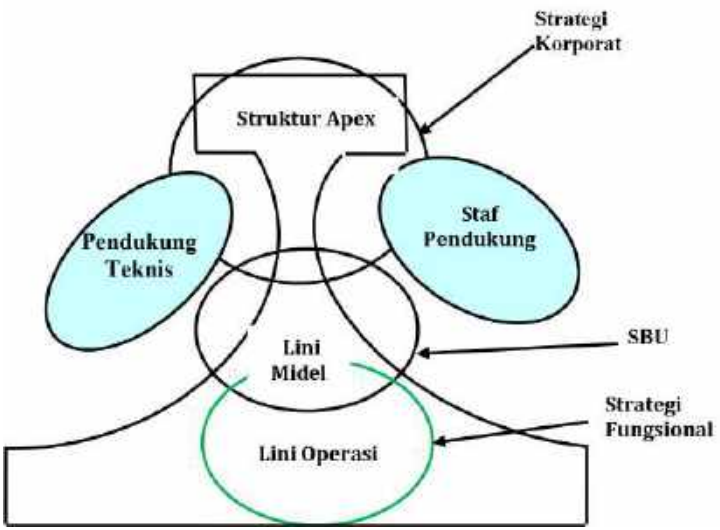
Fungsi Struktur: Mempermudah tercapainya tujuan organisasi

Kebijakan Organisasi (PP, SK pejabat yang berwewenang)

1. Disain organisasi
2. Unsur struktur **:**
   - Job description dan departementasi
   - Hierarki
   - Rentang kendali

Disain Organisasi

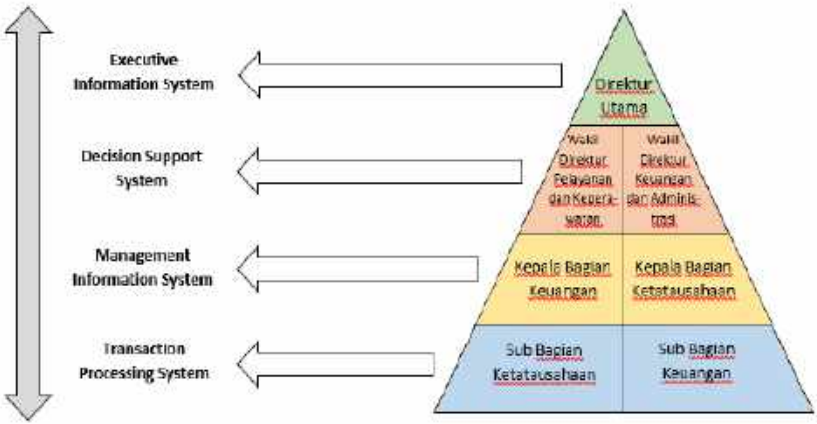
Disain organisasi atau cetak biru (*blue print*). Disain organisasi sebagai arsitektur dapat memiliki prinsip, antara lain minim struktur dan kaya fungsi, kaya struktur sedikit fungsi



Gb 3.1 Level Strategi dan Struktur

Mintzberg, H. Designing Effective Organization Structure. Prentice Hall, Singapore

Komponen, elemen strukutr "Apex" atau "Corporate"



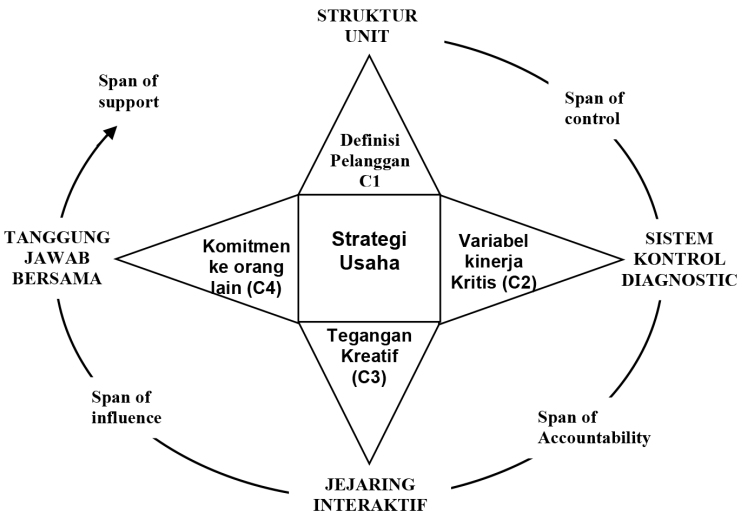
STRUKTUR ORGANISASI MASA DEPAN

Dengan cepatnya perubahan, siklus hidup organisasi dan unit usaha semakin pendek. Banyak organisasi menciptakan pengembangan strategi yang berkesinambungan dibandingkan dengan proses dua sampai lima tahun yang diterapkan beberapa tahun yang lalu. Penyesuaian strategi yang berkesinambungan, kita dapat membuat beberapa ramalan.

- Sedikit organisasi yang akan bertahan hidup di masa depan, bila mereka tidak mengembangkan kapasitas untuk menerapkan perubahan strategis dengan cepat tanpa menimbulkan ketegangan dan ketimpangan
- Organisasi akan terus memodifikasi atau secara total melakukan re-desain struktur mereka sebagai salah satu cara untuk mencapai perubahan-perubahan ke arah ini
- Struktur yang dianut mengacu pada struktur saat ini, dengan beberapa inovasi dan terobosan baru
- Kepuasan mereka terhadap struktur-struktur yang baru akan terus berlanjut, bukan karena sturktur itu sendiri, melainkan karena seberapa lengkap mereka mendesain dan seberapa penuh mereka terapkan desian baru ini dan mekanisme-mekanisme yang menunjang mereka

The four Cs of Organization Design must be analyzed before any successful execution organizational design:

- *Customer definition (C1)*
- *Critical performance variable= critical successful factors= Key Performance Indicators(C2)*
- *Creative tension(C3)*
- *Commitment to others (C4)*

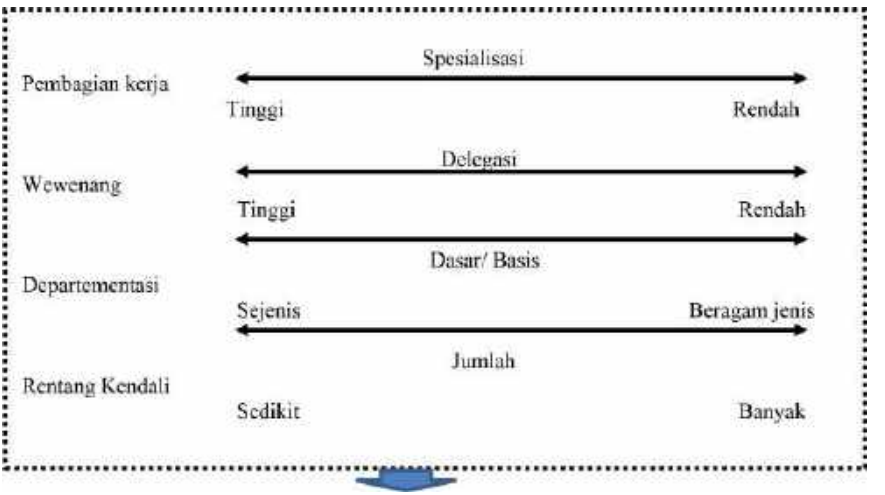


Unsur struktur

Struktur mengikuti strategi. Ada 4 Keputusan manajer dalam membentuk struktur :

1. Uraian pekerjaan (Job description)
2. Pendelegasian Wewenang (Subsidiary, authority)
3. Departementasi (pengelompokan fungsi yang relatif sama)

4. Rentang kendali



Desain Organisasi :	Klasik Mekanistik Formal Birokrasi	Neo-klasik Organik Informal

Desain organisasi adalah proses keputusan dan tindakan manajer yang menghasilkan struktur organisasi yang khas. Keputusan pertama dipusatkan kepada pekerjaan individu dan keputusan kedua berfokus pada departemen atau kelompok pekerjaan. Keputusan ketiga menentukan departementasi dan keputusan wewenang dan rentang kendali

1. Manajer membagi pekerjaan yang menyeluruh menjadi aktivitas, prosedur dan tugas dan tanggung jawab khusus yang lebih kecil dan saling berhubungan. Makin rinci tugas makin spesialis pekerjaan tersebut. Keputuasn ini dikenal dengan **pembagian pekerjaan (*Job description*)**

2. Manajer membagi-bagikan **wewenang** kepada pekerjaan. Yang dimaksud dengan wewenang ialah hak untuk mengambil keputusan tanpa minta persetujuan manajer tingkat atas dan hak untuk menuntut kataatan orang-orang yang menjadi bawahannya untuk melakukan perintah sesuai dengan kewenangan yang dimiliki.

3. Manajer menentukan dasar pengelompokan pekerjaan individu. Pekerjaan individu yang relatif sejenis (homogeneous) atau beragam jenis dikelompokan dalam satu departemen (departementasi)

   Ada beberapa dasar pengelompokan :

   - Fungsional: organ, fungsi pekerjaan (pemasaran, produksi)
   - Pelanggan: demografi (segmen umur, gender), epidemiologi, geografi, respon terhadap produk layanan yang telah ada
   - Teritorial : divisional
   - Produk atau jasa: Staf Medis Fungsional
   - Kombinasi

4. Menentukan besar ukuran yang pantas bagi besar kelompok yang bertanggung jawab kepada atasannya masing masing. Keputusan ini dikenal sebagai keputusan rentang kendali

MODEL ORGANISASI

Ke empat keputusan yaitu pembagian pekerjaan, wewenang, departementasi dan rentang kendali, menghasilkan struktur organisasi. Ada tiga dimensi untuk melukiskan atau menilai struktur organisasi, yaitu **Formalisasi, sentralisasi dan kompleksitas**

1. Formalisasi : sejauh mana sebuah organisasi berpegang pada peraturan dan prosedur tertulis untuk menentukan terlebih dahulu tindakan para karyawan. Variabel yang diukur : prosedur standar operasi, arahan khusus, kebijakan yang eksplisit
2. Sentralisasi : dimensi struktur yang menggambarkan apakah pimpinan teras mendelegasikan wewenang atau tidak. Ahli riset dan praktisi memandang sentralisasi sebagai (1) pengambilan keputusan dan (2) pengendalian sentralisasi untuk keputusan strategik dan delegasi untuk keputusan rutin
3. Kompleksitas : menguraikan berapa banyak (jumah) jenis pekerjaan yang berbeda dan tingkat wewenang /jabatan/unit yang berbeda, yang ada dalam organisasi. Kompleksitas merupakan akibat langsung dari pembagian pekerjaan dan pembentukan departemen/unit.

Dimensi vs Keputusan Organisasi

Formalitas tinggi : Akibat dari :	1. Spesialisasi tinggi 2. Pendelegasian wewenang besar 3. Departemen fungsional 4. Rentang kendali luas
Sentralisasi tinggi : Akibat dari :	1. Spesialisasi tinggi 2. Sentralisasi wewenang 3. Departemen fungsional 4. Rentang kendali luas
Kompleksitas tinggi: Akibat dari :	1. Spesialisasi tinggi 2. Pendelegasian wewenang 3. Departemen teritorial, pelanggan, produk 4. Rentang kendali sempit

Jenis Model Organisasi

Model Mekanistik: menekankan pentingnya mencapai produksi dan efisiensi tingkat tinggi. Desain organisasi ini menerapkan peraturan dan prosedur yang ekstensif, wewenang yang sentralisasi dan spesialisasi tinggi

Dasar :

1. Prinsip spesialisasi
2. Prinsip kesatuan arah. Semua pekerjaan harus dikelompokan berdasarkan keahlian
3. Prinsip wewenang dan tanggung jawab dan itu perlu sentralisasi
4. Prinsip Rantai skalar

Model Organik : Menekankan pentingnya keadaptasian dan perkembangan tingkat . Desain organisasi ini kurang mengandalkan peraturan dan prosedur, wewenang yang sentralisir atau spesialisasi tinggi

Model Kontingensi : Menekankan pentingnya mendesain organisasi untuk memenuhi tuntutan lingkungan. Model in merupakan restrukturisasi organisasi dengan mengantifikasi tuntutan perubahan, baik yang berasal dari eksternal maupun intrenal

Model Matrik

Model ini cocok untuk IGD atau ICU di mana para ahli berasal dari departemen (SMF) dalam melaksanakan fungsi tertentu (IGD dan ICU). Para ahli dalam pengembangan kelimuan dan administrasi masih bertanggung jawab pada SMF

RENTANG KENDALI

Terkait seberapa banyak orang yang dapat diawasi oleh seorang manajer. Rentang kendali berkisar antara 5-10 orang, didasarkan pada (1) volume hubungan antar –pribadi yang dapat dikendalikan oleh seorang manajer, (2) tingkat spesialisasi (kebutuhan penyelia) dan (3) kemampuan berkomunikasi. Hubungan ini tidak hanya dengan bawahan, tetapi juga dengan orang lain (staf, tugas lain)

$$R = N\left(\frac{2^N}{2} + N\text{-}1\right)$$

R = jumlah hubungan
N = jumlah bawahan

Desain pekerjaan meliputi keputusan cakupan, kedalaman dan hubungan pekerjaan.

1. Cakupan pekerjaan bervariasi dari mulai sedikit sampai berbagai pekerjaan atau tugas yang berbeda. Pekerjaan dengan tugas yang lebih sedikit, lebih khusus dari pekerjaan dengan banyak tugas
2. Kedalaman pekerjaan bervariasi dari sedikit sampai banyak kebijakan dalam hal pemilihan aktivitas dan hasil. Pekerjaan yang relatif dangkal adalah ciri khas pekerjaan yang relatif di-spesialisasikan .. spesialisasi
3. Hubungan kerja terkait dengan departementalisasi dan rentang kendali. Cakupan rendah, kedalaman tinggi …….staf pengajar, ahli anaestesi. Cakupan tinggi dan kedalaman rendah ……dokter umum.

ASPEK ORGANISASI (STRATA STRUKTUR)

Tujuan struktur

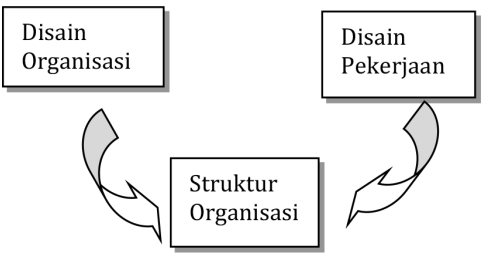
Mempengaruhi perilaku individu dan kelompok sehingga dapat mencapai prestasi yang efektif melalui proses organisasi (komunikasi, pengambilan keputusan, penilaian kinerja, pengem bangan karier dan kompensasi)

Fungsi Struktur

- Struktur merupakan sebuah alasan penting dari perilaku individu dan kelompok di pelajari
- Struktur terdiri dari hubungan pekerjaan dan kelompok pekerjaan yang relatif tetap dan stabil di kelompokan
- Hubungan tersebut akan mempengaruhi dan mengendalikan perilaku kelompok dalam organisasi
- Hubungan dalam struktur mengacu pada hubungan keakrapan, keselaranasn dan keabsahan

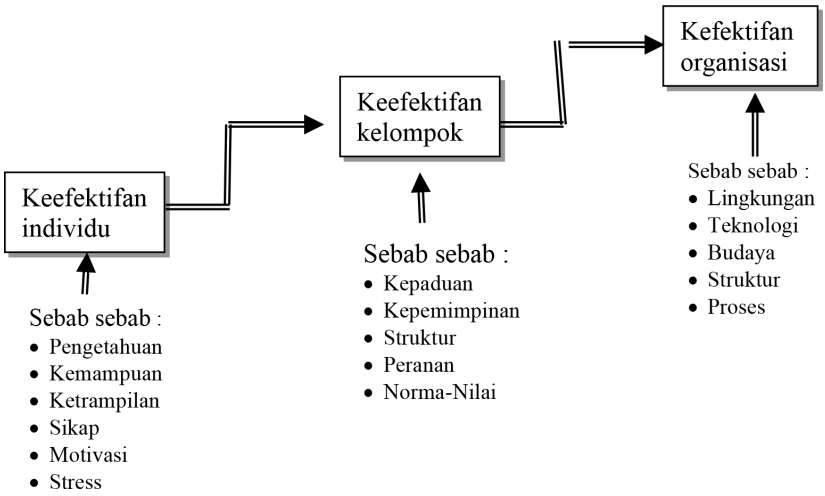
Prinsip Struktur

- Departementasi
- Rentang Kendali atau hirarki
- Wewenang dan tanggumg jawab

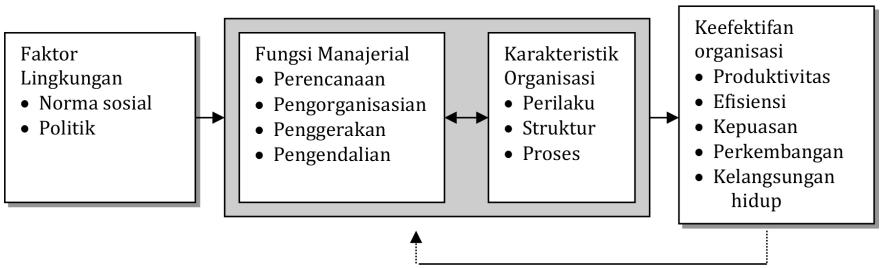


Efeketivitas Komponen Organisasi

Dibedakan menjadi efketiftas Idividu, Kelompok dan Organisasi.



Ke efketivitas Organisasi juga dipengaruhi oleh: 1. Factor lingkungan, 2. Fungsi manajemen, 3. karaketerisitikorganisasi



Prinsip: Elemen atau komponen yang membangun organisasi

1. departemen
2. Akuisisi sumber daya manusia dan non-manusia
3. Spesialisasi dan pembagian kerja
4. Koordinasi
5. Wewenang dan tanggung jawab
6. Sentralisasi dan desentralisasi

7. Kesatuan komando
8. Lini dan staf

ORGANISASI RUMAH SAKIT

1. Kepegawaian *(Staffing)*

Ini adalah proses "mempersonalisasi" organisasi, dengan mempekerjakan jenis yang tepat dan jumlah pekerja yang memadai untuk setiap unit untuk waktu yang dibutuhkan untuk program, melalui langkah-langkah berikut:

- Mengidentifikasi jenis dan jumlah personel
- Pengerakan
- Seleksi dan janji
- Orientasi
- Analisis pekerjaan
- Uraian Tugas
- Spesifikasi pekerjaan

2. Administrasi Keuangan

Administrasi keuangan terdiri dari serangkaian kegiatan dimana dana disediakan untuk orang-orang tertentu dalam organisasi di bawah prosedur yang akan memastikan penggunaan yang efisien. Kegiatan utama adalah:1) Penganggaran. 2) Akuntansi.3) Audit. 4) Pembelian

a. Penganggaran

Ini adalah alokasi sumber daya keuangan untuk mendukung program atau proyek untuk jangka waktu khusus. Anggaran didefinisikan sebagai

"perkiraan pengeluaran dan penerimaan yang seimbang untuk periode waktu tertentu".

b. **Akuntansi:**

"Ini merekam perakitan dan ringkasan efek keuangan dari tindakan eksekutif. hubungan yang harmonis antara anggaran dan akun penting untuk perbandingan saat ini, antara tujuan yang ditetapkan dan dicapai."

c. **Audit**

"Ini adalah penyelidikan dan laporan tentang kesetiaan dan legalitas semua transaksi keuangan".

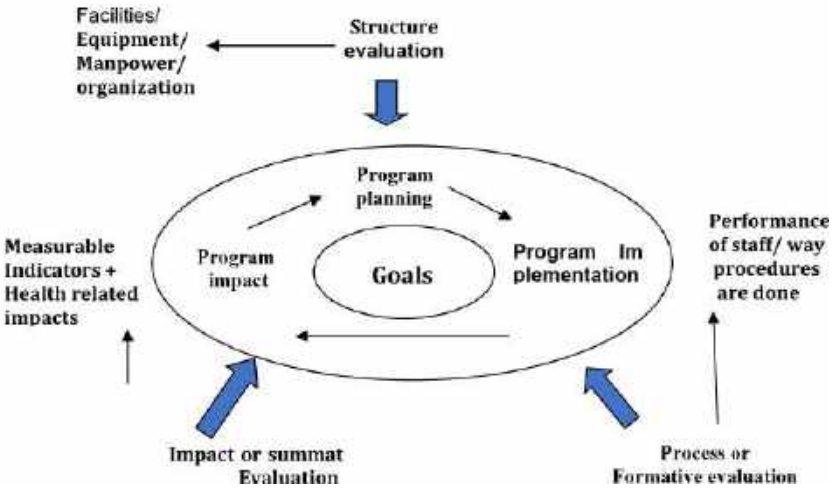
d. **Pembelian**

"Ini adalah perolehan properti dan bahan-bahan yang dibutuhkan dalam administrasi".

e. **Pengawasan** mengacu pada hubungan sehari-hari antara seorang eksekutif dan bawahan langsungnya; Pengawasan bertujuan untuk memenuhi kebutuhan Kerja dan Pekerjaan

3. Motivasi

Didefinisikan sebagai: "perilaku yang diinduksi secara eksternal yang terjadi untuk menghasilkan atau mempertahankan pemenuhan kebutuhan". Kondisi berikut adalah hal2 yang dipertimbangkan jika membangun motivasi tingkat tinggi:Pencapaian, Pengakuan, Kemajuan, Kondisi kerja, Tanggung jawab, Kebijakan organisasi, Pengawasan teknis, Hubungan interpersonal, Gaji dan Tunjangan, Keamanan kerja



ORGANISASI KESEHATAN DI MASA DEPAN

Definition: Health Sector Reform

As a process that **seeks major changes** at the national polices, programs and practices through changes in health sector priority, laws, regulations, organizational structure and financing arrangements. The central goals are most often to **improve access, equity, efficiency and/or sustainability** (PHR project, Havard School of Public Health, 1997)

Type of changes: 1. Incrementa, 2. Mix scanning, 3.Fundamental

Peran pemerintah

- ***Policy maker*** – the government remains responsible for setting national /district health priorities and determining the means by which national /district health objectives can be achieved
- ***Regulator***- controlling quantity and Equity distribution, cost and quality of services
- ***Information source***
- ***Steering > Rowing.*** Pemerintah tidak bisa menjadi steering sekaligus rowing.

KLASIFIKASI RUMAH SAKIT

Klasifkasi Rumah Sakit dapat diklasifikasikan dengan salah satu cara berikut:1. berdasarkan jenis layanan yang diberikan dan mempertimbangkan ukuran atau jumlah Tempat Tidur, fasiitas yang ada, 2. Berdasarkan kepemilikan,3. Rumah Sakit Khusus, 4. berdasarkan lama tinggal di rumah sakit (durasi tinggal) (Klasifikasi rumah sakit Permenkes No. 340, Th 2010)

1. Berdasarkan fasilitas dan **jenis pelayanan.** Rumah Sakit Umum diklasifikasikan menjadi (Permenkes No 340.,Th 2010:Bab III,Ps4) :
   a. Rumah Sakit Umum Kelas A;
   b. Rumah Sakit Umum Kelas B;
   c. Rumah Sakit Umum Kelas C;
   d. Rumah Sakit Umum Kelas D.

(a) **Rumah Sakit Umum Kelas A:** harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 5 (lima) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 12 (dua belas) Pelayanan Medik Spesialis Lain dan 13 (tiga belas) Pelayanan Medik Sub Spesialis.(Ps. 6)

(b) **Rumah Sakit Umum Kelas B** harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar, 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik, 8 (delapan) Pelayanan Medik Spesialis Lainnya dan 2 (dua) Pelayanan Medik Subspesialis Dasar (Ps 10).

(c) Rumah Sakit **Umum Kelas C** harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) Pelayanan Medik Spesialis Dasar dan 4 (empat) Pelayanan Spesialis Penunjang Medik. (Ps14)

(d) Rumah Sakit Umum **Kelas D** harus mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 2 (dua) Pelayanan Medik Spesialis Dasar.

Klasifikasi Rumah Sakit Umum ditetapkan juga mempertimbangakan sesuai Ps 5:

a. Pelayanan;
b. Sumber Daya Manusia;
c. Peralatan;
d. Sarana dan Prasarana; dan
e. Administrasi dan Manajemen.

3. Klasifikasi berdasarkan Kepemilikan.

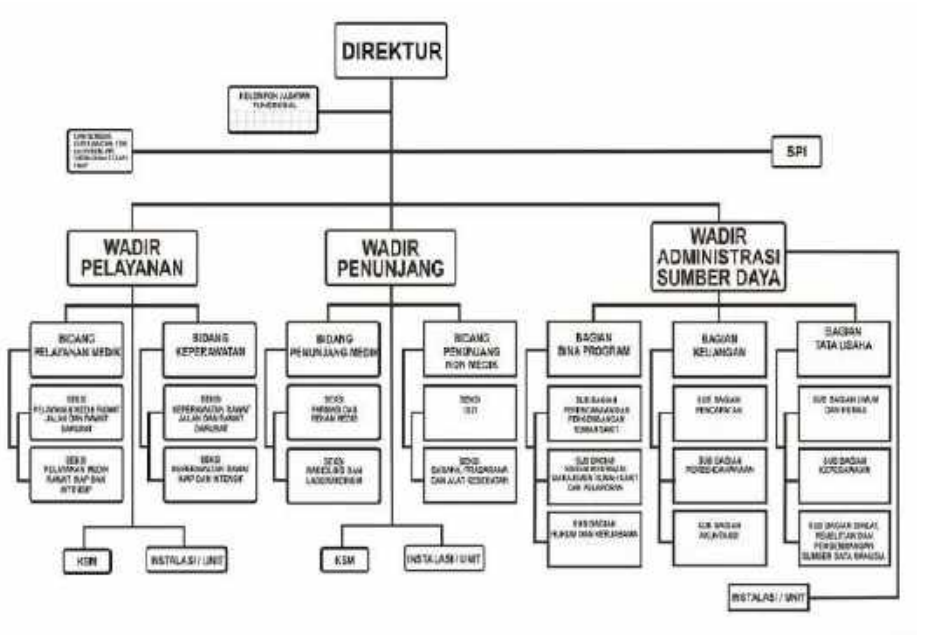
Diklasifikasikan sebagai berikut:

a. RS Pemerintah .Contoh: RSUP, RSUD, RS TNI (Pemerintah: Pusat, Provinsi , kabupaten atau kota), RS BUMN (Pelni, Pertamina)
b. RS Swasta (Keagamaan, Yayasan, Perusahaan). Klasifikasi rumah sakit swasta sebagai berikut :
   - Utama : Rumah sakit yang memiliki pelayanan medis bersifat umum, spesialistik, dan sub-spesialistik;
   - Madya : Rumah sakit yang memiliki pelayanan medis bersifat umum dan spesialistik 4 dasar
   - Pratama : Rumah sakit yang memiliki pelayanan medis bersifat umum

4. Klasifikasi berdasarkan Lama tinggal

a. Rumah sakit jangka panjang; Tinggal lebih dari 30 hari seperti di rumah sakit khusus kusta, rumah sakit ortopedi dll.
b. Rumah sakit jangka pendek; Tinggal kurang dari 30 hari seperti di rumah sakit penyakit akut. misalnya

Rumah sakit mata untuk Tindakan.



struktur organisasi dan tata laksana.(ps 17, (1)

paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. Tata laksana sebagaimana dimaksud pada ayat (1) meliputi tatalaksana organisasi, standar pelayanan, standar operasional prosedur (SPO), Sistem Informasi Manajemen

1. Organisasi Rumah Sakit paling sedikit terdiri atas Kepala Rumah Sakit atau Direktur Rumah Sakit,

unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan. (Perpres RI No. 77, 2015).

2. Rumah sakit umum kelas B adalah rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik paling sedikit 4 (empat) spesialis dasar, 4 (empat) spesialis penunjang medik, 8 (delapan) spesialis lain dan 2 (dua) subspesialis dasar.
3. Sedangkan Untuk Struktur Organisasi Rumah Sakit Tipe C adalah sebagai berikut : Dengan rincian Peranan fungsi jabatan sebagai berikut : Direktur. Direktur Rumah Sakit memiliki tugas utama membantu Bupati dalam pengelolaan Rumah Sakit dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Kepala Bagian Tata Usaha.
4. Organisasi rumah sakit paling sedikit terdiri atas kepala rumah sakit atau direktur rumah sakit, unsur pelayanan medis, unsur keperawatan, unsur penunjang medis, komite medis, satuan pemeriksaan internal, serta administrasi umum dan keuangan.

MANAJEMEN RUMAH SAKIT

BAB 4

APA MANAJEMEN

Berbicara manajemen selalu dikaitkan dengan organisasi, intitusi, di mana ada fungsi, tugas dan pekerjaan yang harus dikerjakan atau di kelola (*manage*). Manajeen adalah **professionalism, artinya bebas dari kepemilikan atau kekuasaan. Fungsi utama diarahkan untuk pertanggung jawaban pada kinerja organisasi**. Manajemen adalah sebuah **fungsi, disiplin, tugas** yang harus dikerjakan; dan manajer adalah seorang profesional yang mempraktekkan disiplin dan melaksanakan fungsi, tugas mengelola organisasi. Karena itu bila pemilik juga sebagai manajer organisasi, saat ini tidak relevan lagi.

Dari akhir perang dunia II hingga awal tujuh puluhan. Seluruh dunia mengalami apa yang secara grafis disebut Jepang sebagai "booming manajemen". Ada tujuh landasan konseptual untuk Manajemen Boom (Drucker P.F. 2007. Orang dan Kinerja. Harvard Business

Scholl Press);

1. Manajemen ilmiah tentang kerja sebagai kunci untuk produktivitas
2. Desentralisasi sebagai prinsip dasar organisasi
3. Manajemen personalia sebagai cara tertib untuk menyesuaikan orang ke dalam struktur organisasi (yang termasuk hal-hal seperti deskripsi pekerjaan, penilaian, upah dan administrasi gaji tetapi juga hubungan antarmanusia)
4. Pengembangan manajer untuk menyediakan kebutuhan manajemen hari ke hari
5. Akuntansi manajerial sebagai landasan untuk pengambilan keputusan
6. Pemasaran
7. Ada Perencanaan Jangka Panjang

Ada tiga tugas, yang sama pentingnya tetapi pada dasarnya berbeda, yang harus dijalankan oleh manajemen untuk memungkinkan suatu lembaga dalam tanggung jawabnya untuk berfungsi dan berkontribusi.

- Memenuhi tujuan dan misi spesifik lembaga, baik perusahaan bisnis, rumah sakit, atau universitas
- Membuat pekerjaan produktif dan pekerja dapat mencapainya
- Mengelola dampak sosial dan tanggung jawab sosial

PARADIGMA MANAJEMEN

Manajemen berasal dari bahasa Inggris (etimologi) " management 'dengan kata kerja ' to manage ' yang secara umum berarti mengurusi. Dalam arti khusus manajemen dipakai bagi pimpinan dan kepemimpinan, yaitu orang yang melakukan kegiatan memimpin. Dengan demikian, dalam hal ini ' manajer ' ialah orang yang memimpin atau pemimpin. Untuk memahami arti konsep manajemen secara definitif, ada 4 kelompok cara pandang tentang manajemen**: 1.sebagai Fungsi, 2. Proses, 3. Ilmu dan seni dan 4. profesi**

A. Kelompok yang menekankan pada fungsi manajemen, misal:

1. Luther Gullick (1993. Administration Theory, menyebutkan ada 7 fungsi manajemen, yakni POSDCORB (*Planning, Organizing, Staffing, Directing, Coordinating, Reporting dan Budgeting*)
2. Peter F. Drucker (1909-2005) dianggap sebagai pemikir manajemen puncak pada masanya. Dia disebut sebagai "penemu manajemen modern" , juga penulis, guru, konsutan manajemen yang baik, dan visioner bisnis. Ada 4 Cara menerapkan teorinya: 1 Delegasikan kekuasaan yang sama di seluruh anggota organisasi, 2. Mendorong kerjasama, 3 Meningkatkan efisiensi.dan 4. Meningkatkan inovasi kerja. F. Drucker percaya pada bisnis sebagai perusahaan yang digerakkan oleh manusia yang dapat menguntungkan dan bertanggung jawab

secara sosial.

3. Longest et.al., 2000

Manajer menerapkan enam fungsi manajemen saat mereka menjalankan proses manajemen:

1. **Perencanaan**: Fungsi ini mengharuskan manajer untuk menetapkan arah dan menentukan apa yang perlu dicapai. Ini berarti menetapkan prioritas dan menentukan target kinerja.
2. **Pengorganisasian**: Fungsi manajemen ini mengacu pada desain keseluruhan organisasi atau divisi, unit, atau layanan tertentu yang menjadi tanggung jawab manajer. Selanjutnya, itu berarti menunjuk hubungan pelaporan dan pola interaksi yang disengaja. Menentukan posisi, tugas kerja tim, dan distribusi wewenang dan tanggung jawab merupakan komponen penting dari fungsi ini.

3 ***Staffing (kepegawaian)*****:** Fungsi ini mengacu pada memperoleh dan mempertahankan sumber daya manusia. Ini juga mengacu pada pengembangan dan pemeliharaan tenaga kerja melalui berbagai strategi dan taktik.

4 Pengendalian *(controlingh*): Fungsi ini mengacu pada pemantauan aktivitas dan kinerja staf, dan mengambil tindakan yang tepat untuk tindakan korektif guna meningkatkan kinerja.

5 Pengarahan (*directing***)** Fokus dalam fungsi ini adalah memulai tindakan dalam organisasi melalui kepemimpinan dan motivasi yang efektif, dan komunikasi dengan, bawahan.

6 **Pengambilan keputusan *(decision making)*:** Fungsi ini sangat penting untuk semua fungsi manajemen yang disebutkan di atas dan berarti membuat keputusan yang efektif berdasarkan pertimbangan manfaat dan kelemahan alternatif.

B. Manajemen sebagai PROSES

Manajemen **sebagai aktivitas** atau **proses** yang terpadu untuk mencapai tujuan organisasi oleh, dengan dan melalui manusia (manajemen adalah ' *getting things done by, with, and through people*). Hal senada juga diutarakan oleh Siagian P, George R Terry, Merry Follet). Manajemen adalah proses pencapaian tujuan yang ditetapkan terlebih dahulu dengan menggunakan kegiatan orang lain. Kelompok yang menekankan pada manajemenj sebagai **proses**, **kegiatan** adalah:

1. **Harold Koontz & Heinz Weihrich, 1993:**

   "Management is the process of designing and maintaining an environment in which individuals, working together in groups, efficiency accomplish selected aims "

2. **Drucker P.F., 2007**

   Ada beberapa tugas, sama pentingnya, meskipun berbeda, yang mana manajemen harus bekerja, sehingga memungkinkan organisasi melaksanakan fungsinya dan berkonstribusi.

   - Memenuhi Visi dan misi yang spesifik untuk organisasi (institusi, rumah sakit, universitas)
   - Mengelola dampak dan tanggung jawab sosial

- Membuat pekerjaan produktif dan pekerja mencapai tujuan organisasi
- Melaksanakan administrasi dan kewirausahaan

Dari **Area kajian** manajemen, maka di kelompokan menjadi **manajemen strategi dan implementasi strategi**. Manajemen strategi membahas antisipasi lingkungan internal organisasi yang dikaitkan dengan perubahan tuntutan lingkungan ekternal, dengan diakhiri terbentuknya visi, misi dan strategi organisasi, sedangkan implementasi strategi merupakan operasional manajemen strategi menjadi perencanaan operasional organisasi.

C. Manajemen Sebagai ilmu dan seni.

Sebagai ilmu artinya bahwa manajemen merupakan pengetahuan yang diajarkan dan diakui dalam kurikulum formal. Sebagai seni artinya bahwa manajemen hanya mungkin dapat dilaksanakan jika memiliki ilmu dan seni manajemen sebagai landasan petunjuk untuk bertindak secara intuitif dan rasional.. Manajemen berfungsi menerangkan kejadian-kejadian, gejala-gejala yang terjadi dalam suatu organisasi dengan memberi penjelasan-penjelasan. Manajemen sebagai seni mampu mengendalikan dan berfungsi sebagai alat untuk mencapai tujuan yang nyata dan mendatangkan hasil atau manfaat gejala tersebut. Tokoh aliran ini antara lain adalah Chester I Barnard : The function of executive, George R Terry, Henry Fayol, Harold Koontz)

D. Manajemen Sebagai Profesi,

Artinya merupakan bidang pekerjaan yang didasarkan atas pendidikan formal khusus dan terlembagakan dalam suatu asosiasi professional. Profesi manajemen perawatan kesehatan menantang dan mengharuskan orang-orang dalam posisi **manajerial di semua tingkat organisasi memiliki keterampilan konseptual, teknis, dan interpersonal** yang baik untuk melaksanakan fungsi manajerial yang diperlukan dalam perencanaan, pengorganisasian, penempatan staf, pengarahan, pengendalian. , dan pengambilan keputusan. Selain itu, manajer harus mempertahankan perspektif ganda di mana mereka memahami **domain eksternal dan internal organisasi** mereka, dan kebutuhan untuk pengembangan di tingkat diri, unit/tim, dan organisasi. Peluang ada untuk bakat manajerial di semua tingkat organisasi perawatan kesehatan, termasuk pengawasan, manajemen menengah, dan tingkat manajemen senior. Peran manajer sangat penting untuk memastikan tingkat kinerja organisasi yang tinggi, dan manajer juga berperan penting dalam perekrutan dan retensi bakat serta perencanaan suksesi.

Manajemen adalah pekerjaan profesional yang terdiri dari **fungsi, disiplin, tugas** yang harus dilakukan; Manajer adalah para profesional yang mempraktikkan disiplin ini, menjalan kan fungsi dan melaksanakan tugas tersebut. Tidak relevan apakah manajer juga pemilik; Kepemilikan itu terkait dengan pekerjaan utama yaitu mengelola. (*Management is professional-management*

is ***a function, a discipline, a task to be done****; Managers are the professionals who practice this discipline, carry out the function and discharge this task. It is no relevant whether the manager is also an owner; ownership is incidental to the main job which is to manage*. (Drucker P.F.,2007

SEJARAH PERKEMBANGAN ILMU MANAJEMEN

Ilmu manajemen mempunyai sejarah perkembangan sendiri seperti ilmu-ilmu lain. Melalui berbagai pendekatan dan teori manajemen para ahli berusaha mengefisiensikan tugas manajer. Di dalam ilmu manajemen dikenal tiga aliran yang masing-masing berusaha membantu manajer untuk memahami dan memimpin organisasi, serta mengatasi masalah-masalahnya.

A. Aliran klasik (classical school). Aliran ini mempunyai dua cabang yaitu manajemen ilmiah (scientific management), dan teori organisasi klasik (classical organization theory).
B. Aliran perilaku (behavioral school).
C. Aliran ilmu manajemen (management science school).
D. Pendekatan sistem (systems approach)
E. Pendekatan kontingensi (contingency approach)

A. ALIRAN KLASIK

Aliran ini dipelopori oleh Robert Owen (1771-1858) dan Charles Babbage (1792-1871). Robert Owen berpendapat bahwa peningkatan kondisi karyawan dapat meningkatakan hasil produksi dan laba. Robert Owen juga menekankan bahwa unsur pekerja merupakan unsur terpenting dalam proses produksi (pekerja disebutnya vital machines = mesin utama).

Charles Babbage berpendapat bahwa penerapan prinsip-prinsip ilmiah dalam proses kerja dapat menekan biaya menjadi lebih rendah. Tokoh-tokoh lain dalam aliran ini adalah :

1. Frederich W. Taylor (1856-1915). Taylor adalah tokoh peletak prinsip dasar manajemen ilmiah. Melalui berbagai percobaan gerak dan waktu, ditunjukkan bahwa efisiensi gerak dapat meningkatkan produktivitas sehingga dapat ditentukan standar minimal produksi atas dasar keahlian rata-rata pekerja. Taylor mengemukakan empat prinsip dasar teorinya, yaitu :
   a. Perkembangan manajemen ilmiah yang benar, sehingga misalnya dapat ditentukan metode terbaik untuk menghasilkan setiap tugas.
   b. Seleksi karyawan dengan cara ilmiah, sehingga setiap karyawan dapat diberi tanggung jawab atas tugas yang sesuai denga ketrampilannya.
   c. Pengembangan dan pendidikan karyawan dengan cara ilmiah.
   d. Hubungan atau kerjasama yang erat antara

manajemen dan karyawan.

2. Henry L. Gantt (1861-1919). Ia meneruskan ide Taylor dan memperkenalkan sistem bagan (*chart system*) yang memuat jadual kegiatan produksi karyawan. Sistem ini disebut *Gantt Chart*.
3. Frank B. dan Lilian M. Gilberth (1868-1924 dan 1879-1972). Pasanga ini bekerja sama mempelajari aspek kelelahan dan gerak. Kesimpulan yang ditarik dari studi mereka adalah bahwa pengurangan gerak juga menyebabkan pengurangan kelelahan.
4. Henry fayol (1841-1925). Fayol merinci operasi perusahan ke dalam enam kegiatan, yaitu :
    1. Teknis (*technical*). Perusahaan menghasilkan suatu produk.
    2. Komersial (*commercial*). Perusahan membeli bahan mentah dan menjual hasil produksi.
    3. Keuangan (*financial*). Perusahaan mencari dan menggunakan modal.
    4. Keamanan *(security*). Perusahaan menjaga keselamatan karyawan dan kekayaan perusahaan.
    5. Akuntansi (*accounting*). Perusahaan mencatat dan melaporkan biaya, laba, liabilitas dan pembuatan neraca.
    6. Manajerial.

Dari enam kegiatan ini, Fayol memberi perhatian utama pada kegiatan manajerial sebab ia berpendapat bahwa kemampuan manajeraial merupakan aspek penting yang paling dibutuhkan dalam operasi

perusahaan Selanjutnya Fayol membagi manajemen dalam hubungannya dengan lima fungsi :

1. Perencanaan (planning)
2. Pengorganisasian (organizing)
3. Pemberian perintah (commanding)
4. Pengkoordinasian (coordinating)
5. Pengawasan (controlling)

Fayol mengemukakan pula bahwa kebutuhan akan kemampuan manajerial tergantung pada kedudukan manajer dalam hierarki dan besarnya organisasi. Semakin tinggi posisi manajer dalam hierarki dan semakin besar organisasi yang dipimpinnya, maka semakin tinggi pula kemampuan manajerial yang dibutuhkan.

B. ALIRAN PERILAKU

Aliran perilaku berkembang sebab aliran klasik dipandang tidak benar-benar membantu pencapaian efisiensi produksi dan keserasian tempat kerja. Oleh karena itu dicari upaya untuk membantu manajer mengatasi masalah organisasi melalui sisi perilaku karyawan.

Tokoh-tokoh dalam aliran ini adalah :

1. Hugo Munsterberg (1863-1916). Sumbangan utamanya adalah penerapan psikologi dalam membantu peningkatan produksi melalui tiga cara, yaitu (a) mendapatkan orang yang cocok, (b) menciptakan kondisi kerja yang baik, (c) memotivasi

karyawan.

2. Elton Mayo (1880-1949). Ia terkenal dengan eksperimen tentang perilaku manusia dalam situasi kerja. Eksperimen ini disebut eksperimen *Hawthorne*. dari eksperimen ini disimpulkan bahwa perhatian khusus dapat menyebabkan seseorang meningkatkan usahanya. Gejala ini disebut *Hawthorne effect*.

Dari eksperimen ini konsep manusia rasional (manusia hanya dapat di motivasi dengan pemenuhan kebutuhan ekonomis) diganti dengan konsep manusia sosial (manusia dapat dimotivasi dengan pemenuhan kebutuhan sosial melalui hubungan kerja).

C. ALIRAN ILMU MANAJEMEN

Aliran ini mengembangkan prosedur penelitian opersional (opersional research = OR) dalam menghadapi masalah organisasi. Prosedur yang digunakan dimulai dari analisis masalah sampai dengan usulan kegiatan untuk mengatasi masalah tersebut. Walaupun aliran-aliran ini berkembang menyusuri jalannya sejarah, gagasan yang menyusul bukannya menggantikan aliran sebelumnya. Pada saat yang sama, masing-masing aliran terus berkembang.

D. ALIRAN SISTEM

Dalam pendekatan sistem, organisasi dipandang sebagai suatu kesatuan yang terdiri dari bagian-bagian yang saling berhubungan. Jadi dalam pendekatan ini

manajer diajak untuk memandang organisasi sebagai suatu kesatuan yang merupakan bagian dari lingkungan eksternal yang lebih luas. Dengan demikian dalam teori sistem dijelaskan bahwa kegiatan setiap bagian dalam organisasi akan mempengaruhi kegiatan bagian lain.

Pendekatan sistem menaruh perhatian pada dinamika dan sifat keterkaitan unsur organisasi dan tugas manajemen.

Beberapa istilah penting yang digunakan dalam pendekatan ini adalah :

1. **Subsistem,** yaitu bagian-bagian yang membentuk keseluruhan sistem. setiap sistem menjadi subsistem dari kesatuan yang lebih besar.
2. **Sinergi,** yaitu apabila keseluruhan lebih besar daripada penjumlahan bagian-bagian. dari sudut istilah organisasi, sinergi berarti bagian-bagian terpisah dalam sebuah organisasi yang saling bekerja sama dan berhubungan, serta menghasilkan kerja yang lebih besar dibandingkan bila bagia-bagian tersebut bekerja sendiri.
3. **Sistem terbuka dan tertutup**. Suatu sistem dikatakan terbuka apabila sistem itu berhubungan dengan lingkungan luar organisasi. Suatu sistem dikatakan tertutup apabila ia tidak berhubungan dengan lingkungan luar organisasi. Pada dasarnya setiap organisasi berhubungan dengan lingkungannya , tetapi tingkat hubungan masing-masing organisasi berbeda satu dan lainnya.

4. **Batas sistem**. Setiap sistem mempunyai batas yang memisahkan sistem tersebut dengan lingkungannya. Pada sistem tertutup, batas ini kaku, sedangkan pada sistem terbuka, batas ini lebih luwes.
5. **Arus. Perubahan** seluruh masukan (informasi, bahan mentah dan energi) yang berasl dari lingkungan melalui suatu proses untuk menghasilkan keluaran (berupa barang dan jasa).
5. **Umpan balik.** Umpan balik merupakan kunci pengawasan terhadap sistem. Dengan adanya umpan balik terhadap sistem maka dapat dilakukan perbaikan apabila terjadi kesalahan dalam pelaksanaan tersebut.

KAJIAN MANAJEMEN DI BIDANG KESEHATAN

Manajemen layanan kesehatan merupakan bidang yang mengelola beberapa hal seperti diagnostic, rumah jompo (*nursing home*), apotik (*Pharmacies*), industri farmasi (*Pharmateutical Industry*), Industri Bioteknologi, rumah Sakit, dan alat medis.

Tabel 4.1 ORIENTASI MANAJEMEN DALAM ORGANISASI

Ekternal Rumah Sakit	Internal Rumah Sakit
1. Demografi /Kebutuhan asyarakat	1.Staffing (Kepegawaian)
2. Licensure (Lisensi	1. Budgeting (Penganggaran)
3. Akreditasi	2. Quality services (Layanan berkualitas)
4. Regulations (Peraturan	3. Kepuasan pasien
5. Tuntutan Pemangku-kepentingan	4. Hub8ngan dokter-pasien
6. Competitors (Pesaing)	5. Kinerja Keuangan
7. Medicare and Medicaid (BPJS:PBI	6. Akuisisi teknologi
8. 8. BPJS	7. Pengembangan layanan baru
9. Hospital At Home, Nursing Home	8. Diagnosis, penunjang

Sumber: J.M. Thompson, "Health Services Administration" in S. Chisolm (Ed.), The Health Professions: Trends and Opportunities in U.S. Health Care, 2007

KARIER MANAJEMEN

Manajer Kesehatan (*Health carier Management*) dapat bekerja di 1. Hospital Industry, Medical Device, Biotechnology Industry, Phamaceutica Industry, Pharmacies, Diagostics and Nursing Homes. Sedangkan untuk rumah sakit, dapat sebagai : 1. Staffing (Kepegawaian), 2. ,Manajemen Operasi Rumah Sakit, 3.. Keuangan & Akuntansi, 4. Perencanaan & Pembuatan Kebijakan., 5. Pemasaran.,6. Hubungan Masyarakat., 7. Manajemen Sumber Daya Manusia, 8. Kepuasan Pasien

Source: J.M. Thompson,2007. "Health Services Administration

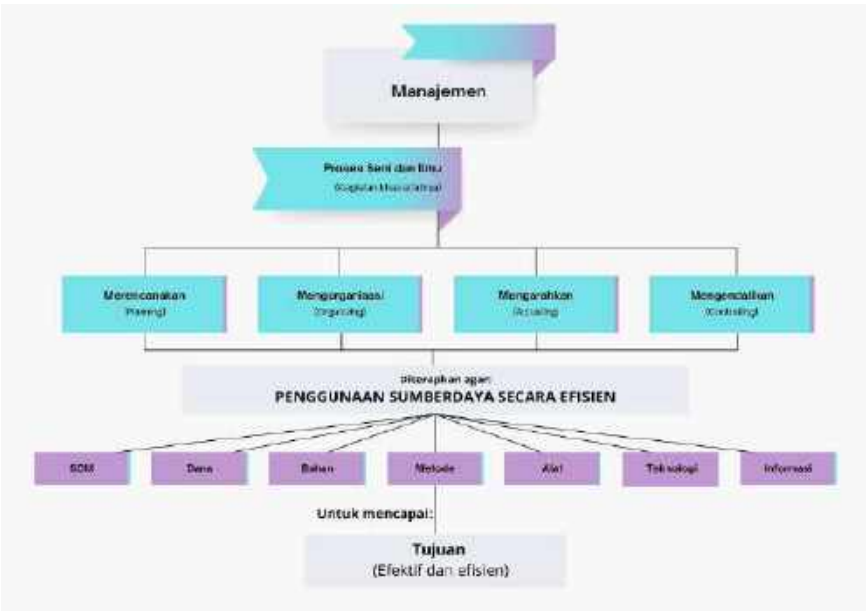
Lima kesalahan yang menghancurkan

Sebenarnya kesalahan ini bisa dihindarkan. Lima kesalahan ini yang menyebabkan runtuhnya bisnis internasional. Lima dosa tersebut, Drucker P, 1995 adalah:

- Pemujaan terhadap margin laba yang tinggi dan penetapan harga premi. Penambahan tampilan baru diperhitungkan harganya. *More-more tetapi tidak cost effective*
- Salah menetapkan harga untuk produk baru dengan mengenakan ongkos sebesar yang dapat ditanggung oleh pasar (willingness to buy). Seharusnya memperhatikan harga pesaing, tetapi masih *cost effective*. Dianjurkan kurang dari 40% kemampuan pasar

- Penetapan harga berdasarkan biaya. Amerika hancur karena menetapkan harga atas biaya produksi. Jepang berhasil karena penetapan harga berdasarkan apa yang pasar bersedia membayar, baru menciptakan produk yang sesuai. Gunakan metode *Target costing*.
- Membantai peluang masa depan diatas altar masa lalu. Organisasi terlalu bangga dengan produk lamanya, padahal sudah tidak diminati pasar. Vespa !!
- Mengurusi masalah masalah kecil dan menelantarkan peluang. Ini terjadi bila level korporasi dalam organisasi juga masih disibukan dengan urusan yang menjadi wewenang level bisnis atau fungsional

Penerapan 1. FUNGSI MANAJEMEN



Gb 4.1 Aplikasi Fungsi Manajemen (Drucker P., 2007)

APLIKASI 2. System Thinking

Tabel 4.1 Logical Pramework For Management System (Supriyanto s., Amita D.N., 2007)

Penerapan 2.

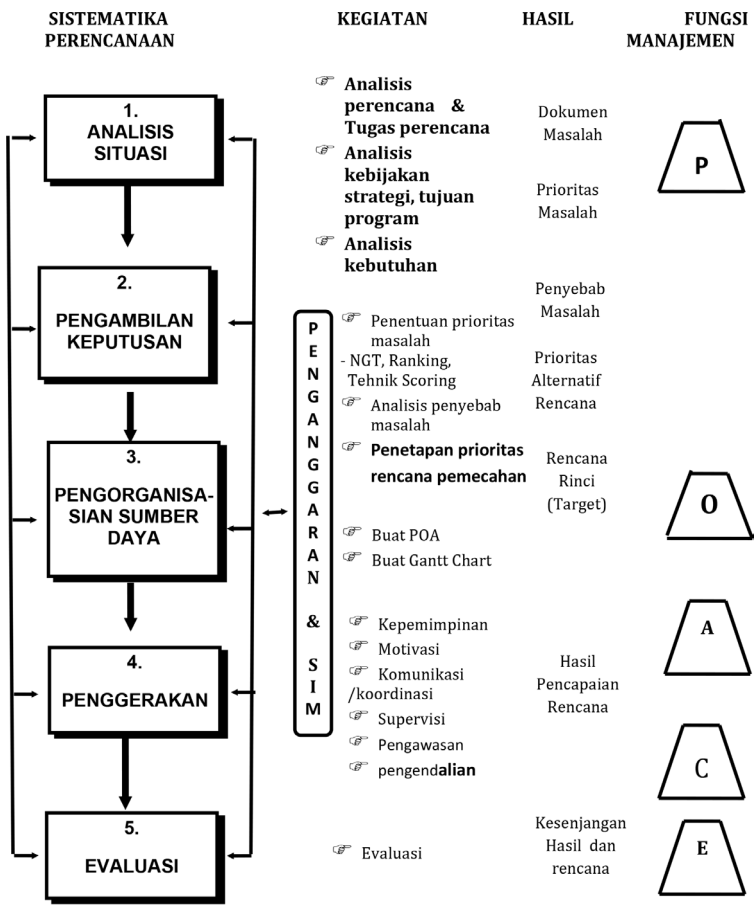
Tujuan dan Kegiatan	Indikator Terkait tujuan (QQT)	Cara/Sumber Informasi	Asumsi
Dampak (Impact) - -	1. Indikator Negatif: IMR,MMR,GAKI 2. Indikator Positif: Umur Harapan Hidup.	Laporan rutin Survei	Relevansi Kebijakan
(**Outcome/ purpose/ effect)** - - -	1. Penurunan angka kesakitan 2. Kepuasan elanggan 3. ROI	1. Surveilan Epidemiologi, 2. Statistik R.S 3.	1. Efektivitas 2. Kepuasan
Keluaran (Output) - -	Pencapai target: 1. Kunjungan Poli, admisi 2. Keuntungan (CRR) 3. BOR	1. Laporan rutin (evaluasi sumatif) 2 .Laporan insi dentil (KLB) 3. *Job Analysis*	1. Coverage , 2. Efisiensi 3. Efficacy (sembuh)
Proses (Process) - - -	1 SOAP (Subjective,bjactive, Assess, Plan 2. Rekam Medis. 3. Menjaga Mutu (Quality Assurance) 3. Billing	1. Monitoring 2. Supervisi 3. koordinasi 4. Evaluasi formatif	1. Supervisi 2. Produktivitas 3. Koordinasi 4. Mutu
Masukan (Input)	1. Teknologi dan infor masi 2. Standar Sumber daya 3. Standar Pelayanan	1.Portefolio (Laporan Kepe gawaian, logistik dan keuangan)	Ketersediaan 1. Sumber daya, 2. SDM, 3. finansial, 4. teknologi, 5. target sasaran

Sumber informasi didapatkan dari pencatatan dan pelaporan atau survei. Pencatatan dan pelaporan bisa

dari SIM-RS, QQT = *Quality, Quantity and Time bound*.

Asumsi adalah pernyataan jika sesuatu terpenuhi, maka kemudian akan menghasilkan sesuatu yang diinginkan. Asumsi merupakan penalaran kebenaran (If ….. then ……)

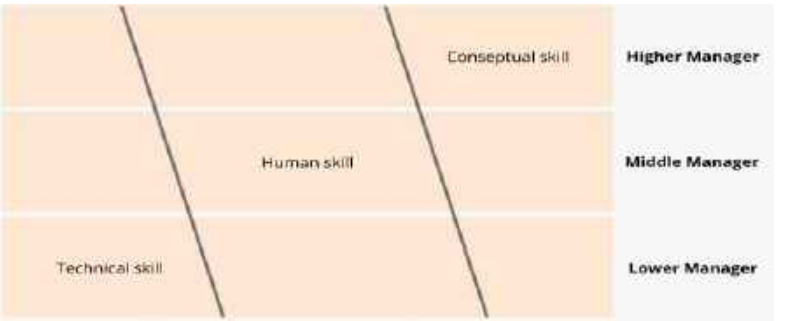
Penerapan 3. Perencanaan dan Fungsi Manajemen



Gb 4.2 Fungsi Manajemen dan Perencanaan terpadu (Supriyanto.S dan Damayanti N.A.,2007)

KETERAMPILAN MANAGER

Untuk menjalankan fungsi-fungsi ini secara efektif, manajer perlu memiliki beberapa kompetensi utama. Katz (1974) mengidentifikasi beberapa kompetensi kunci dari manajer yang efektif, termasuk 1. keterampilan konseptual, 2. teknis, dan interpersonal, 3. Keterampilan Interpersonal. L.Katz, kemudian menggambarkan kebutuhan kemahiran yang harus dimiliki oleh manajer tersebut dalam hubungan dengan tiga tingkatan manajer, yaitu 'higher, middle, lower manager' sebagaimana berikut :



Dari uraian dan Gambar tersebut diatas dapat ditunjukkan bahwa unsur manusia dan sifat kemanusiaannya (human skill) dominan dan menjadi unsur dasar manajemen, tetapi manusia bukan satu-satunya unsur dalam manajemen. Karena unsur manusia yang dominan ini, maka prinsip manajemen sifatnya tidak absolut, dalam arti penerapannya belum tentu menghasilkan hasil yang sama walaupun diterapkan pada situasi dan kondisi yang relatif sama.

Cara lain untuk menggambarkan hubungan antara kemahiran yang diperlukan oleh seorang manajer dengan kedudukan manajer dalam organisasi yaitu dengan memahami bahwa tugas setiap manajer, sebagai pemimpin dan pelaksana manajemen pada tingkat manapun dari ketiga tingkatan manajerial, pada dasarnya meliputi dua macam tugas, yaitu:

- tugas manajerial, yang memerlukan kecakapan manajerial (managerial skills)
- tugas teknis, yang memerlukan kecakapan teknik (' technical skills ')

Semua memerlukan interpersonal yang sama. Untuk setiap tingkatan manajer.

Keterampilan manajer menggambarkan perbandingan intensitas antara 'Managerial skills' (MS) dengan 'Technical skills' (TS) dan 'Humanskill, yang diperlukan dalam tiap tingkatan manajemen. Semakin tinggi kedudukan seseorang didalam organisasi semakin kurang memerlukan 'Technical skills' dan semakin banyak memerlukan 'Managerial skills atau "Conceptual skill'. Sebaliknya semakin rendah kedudukan seseorang di dalam organisasi semakin memerlukan 'Technical skills' dan semakin kurang memerlukan 'Managerial skills'.

Selaras dengan dalil tersebut di atas, semakin tinggi kedudukan seseorang dalam organisasi semakin abstrak tugasnya dan harus menjadi semakin 'Generalist'. Sedangkan semakin rendah kedudukannya dalam organisasi semakin konkrit tugasnya dan harus menjadi seorang 'specialist'.

Keterampilan konseptual adalah keterampilan yang melibatkan kemampuan untuk menganalisis secara kritis dan memecahkan masalah yang kompleks. Contoh: seorang manajer melakukan analisis tentang cara terbaik untuk memberikan layanan, atau menentukan strategi untuk mengurangi keluhan pasien terkait layanan makanan.

Keterampilan teknis adalah keterampilan yang mencerminkan keahlian atau kemampuan untuk melakukan tugas kerja tertentu. Contoh: seorang manajer mengembangkan dan menerapkan program kompensasi insentif baru untuk staf atau merancang dan menerapkan modifikasi model kepegawaian berbasis komputer.

Keterampilan interpersonal adalah keterampilan yang memungkinkan seorang manajer untuk berkomunikasi dengan dan bekerja dengan baik dengan individu lain, terlepas dari apakah mereka rekan kerja, penyelia, atau bawahan. Contoh: seorang manajer menasihati seorang karyawan yang kinerjanya di bawah harapan, atau mengomunikasikan kepada bawahan tingkat kinerja yang diinginkan atau layanan untuk tahun fiskal berikutnya.

Faktor lain keberhasilan manajemen dalam suatu organisasi ditentukan pula pada karakteristik manajer, Berikut ini beberapa karakteristik manajer yang efektif (BM Sakharkar, 2009) :

1. *Clear and realistic goals*. Mengetahui apa yang menjadi tujuan dan strategi dalam mencapai tujuan tersebut. Semakin jelas dan realistis tujuan maka akan semakin besar kemungkinan tercapinya tujuan tersebut dan semakin efektif dalam memanfaatkan sumber daya yang ada.
2. *Professional Par-Excellence*. Selalu berusaha melakukan pelayanan yang terbaik untuk kepentingan pasien, pelanggan, karyawan dan public.
3. *Perceptual and cognitive flexibility*. Mampu memahami situasi secara akurat, dan visioner. Selain itu mampu memahami lingkungan, dan terbuka dalam pengetahuan dan ide-ide baru untuk perencanaan dan pemrograman.
4. *Professional Growth*. Menjadi pembelajar seumur hidup dibidang keilmuannyanya, terus mengasah ide inovatif, dan strategi baru.
5. *Commitment to the choose field*. Memiliki komitmen yang tinggi dan keterlibatan yang sangat besar pada pekerjaannya.
6. *Attitude dan Confidence*. Memiliki sikap yang positif pada diri sendiri maupun orang lain sehingga ada kepercayaan diri pada diri mereka.
7. *Communication*. Kemampuan komunikasi lisan dan tertulis secara efektif untuk pengambilan keputusan.
8. *Diversity*. Memiliki beberapa spesialisasi sehingga mampu menerapkan ilmunya diberbagai bidang
9. *Creative orientation*. Memiliki kreatifitas dan analitis

yang tinggi seperti selalu memikirkan ide-ide baru, dan metode baru untuk memecahkan masalah.

10. *Motivation*.Memiliki keinginan yang besar untuk terlibat dalam tugas dan layanan.
11. Satisfaction. Memiliki kepuasan terhadap dirisendiri, orang lain, bahkan lingkungannya atas pekerjaan yang mereka lakukan.
12 *Self Esteem*. Memiliki tingkat penerimaan yang tinggi pada diri sendiri, seperti menyadari kelebihan dan keterbatasan diri.

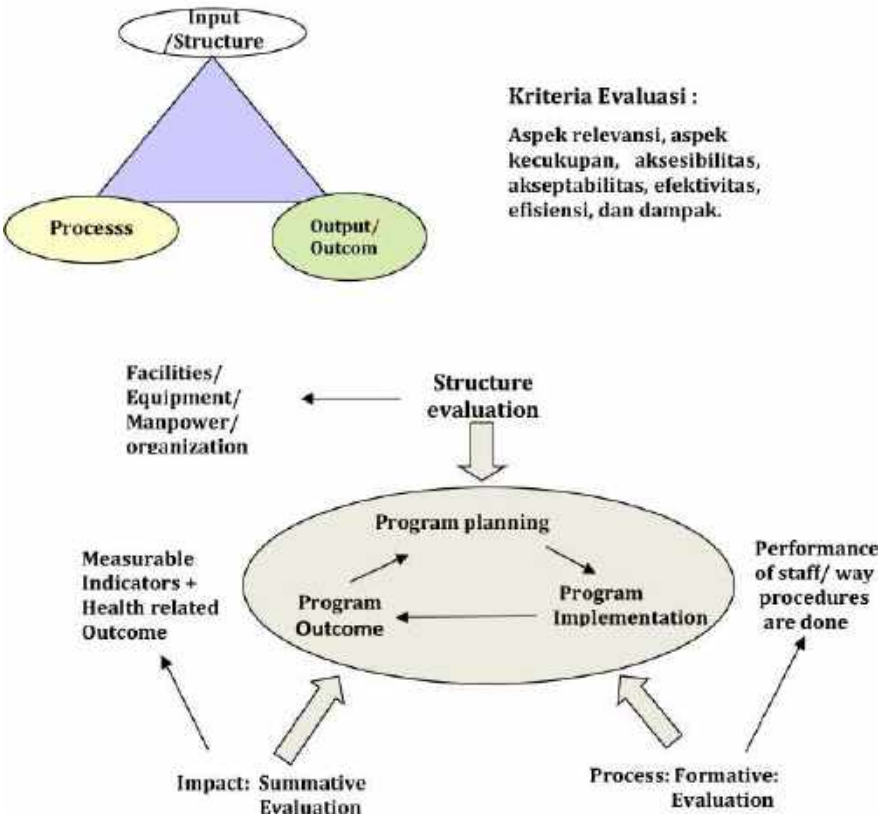
EVALUASI

Definisi Evaluasi

Evaluasi adalah pengumpulan informasi secara sistematis tentang personel, aktivitas program, karakteristik dan hasil yang dicapai untuk mengurangi ketidakpastian, meningkatkan efektivitas, dan membuat keputusan, dengan membandingkan kinerja dan standar kinera danmenggunakankriteria evaluasi

Tipe Evaluasi

Jenis evaluasi yaitu evaluasi input (inputs evaluation), evaluasi proses (process evaluation), dan evaluasi dampak (outcomes evaluation). Berikut ini adalah gambaran tipe evaluasi (Supriyanto et.al., 2022)



Gambar 4.4 Tipe Evaluasi

Tipe Evaluasi di kelompokan menjadi evaluasi formatif dan evaluasi sumatif

Langkah Evaluasi

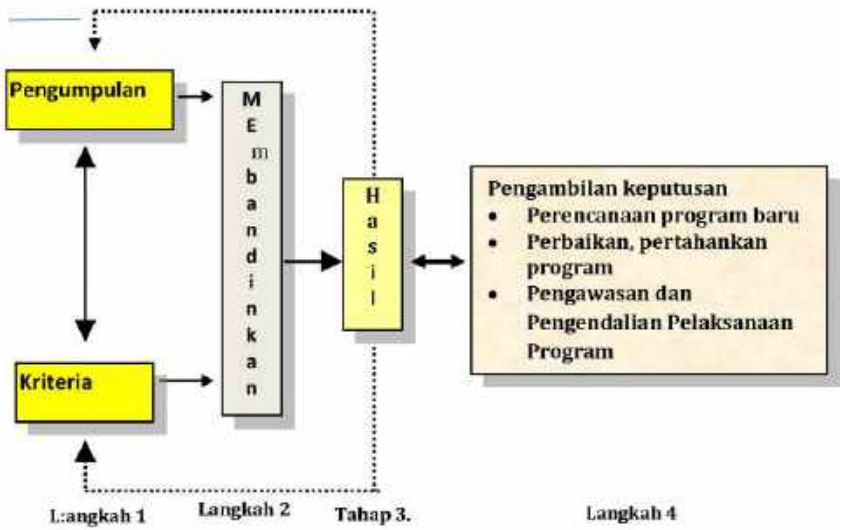
Kegiatan evaluasi diperlukan langkah-langkah yang strategis agar menjadi efektif dan efisien. Berikut ini dijelaskan tentang langkah-langkah untuk melaksanakan kegiatan evaluasi, yaitu:

1. Mendeskripsikan program apakah sudah sesuai dengan tujuan yang diharapkan. Tujuan dapat berupa hasil atau tujuan proses. Tujuan hasil adalah pernytaan tentang jumlah perubahan yang diharapkan untuk masalah kesehatan tertentu dalam populasi tertentu pada jangka waktu tertentu. Tujuan proses adalah pernyataan tentang jumlah perubahan yang diharapkan dalam kinerja dan pemanfaatan intervensi yang berdampak pada hasil.
2. Menentukan desain evaluasi dengan menentukan beberapa hal yaitu tujuan evaluasi, metodologi evaluasi (sensus, catatan klien, wawancara, survei, atau laporan pengeluaran), dan pengguna data (audiens atau pembuat kebijakan).
3. Mengumpulkan bukti (informasi) yang kredibel

   Jenis data meliputi deskripsi demografis, indikator status kesehatan (morbiditas, mortalitas, disabilitas), indikator kualitatif (nilai masyarakat, kebijakan publik dan swasta), indikator pemanfaatan, dan pengeluaran.
4. Analisis dan justifikasi hasil terkait tentang apa yang dimaksud dengan temuan, bagaimana perbandingannya dengan tujuan, bagaimana tingkat keberhasilan program, dan rekomendasi apa yang diindikasikan untuk perbaikan program.
5. Mengambil tindakan

   Temuan evaluasi harus digunakan untuk tujuan peningkatan efektivitas program.

6. Evaluasi ulang.Evaluasi adalah proses yang berkelanjutan.



Gambar 4.5 Kerangka pikir proses evaluasi

Keterangan. Garis titik2 adalah Umpan balik. Garis Lurus: Jalur proses

BAB 5

MANAJEMEN RANTAI PERSEDIAAN

(Supply chain management)

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan, rumah sakit, dan tempat perawatan pasien memerlukan berbagai macam persediaan untuk melakukan diagnosis dan perawatan. Mulai dari masker, sarung tangan hingga kateter dan implan. "Rantai pasok layanan kesehatan" berorientasi pada pemangku kepentingan, sistem, dan proses yang diperlukan untuk aliran produk dari produsen hingga penggunaan di samping tempat tidur pasien. Tujuan akhir dari rantai pasok layanan kesehatan untuk memastikan produk yang tepat dalam jumlah yang tepat berada di tempat yang tepat pada waktu yang tepat untuk mendukung perawatan pasien (Tecsys, 2022). Rantai pasok yang kuat meningkatkan hasil terhadap pasien dan mengendalikan

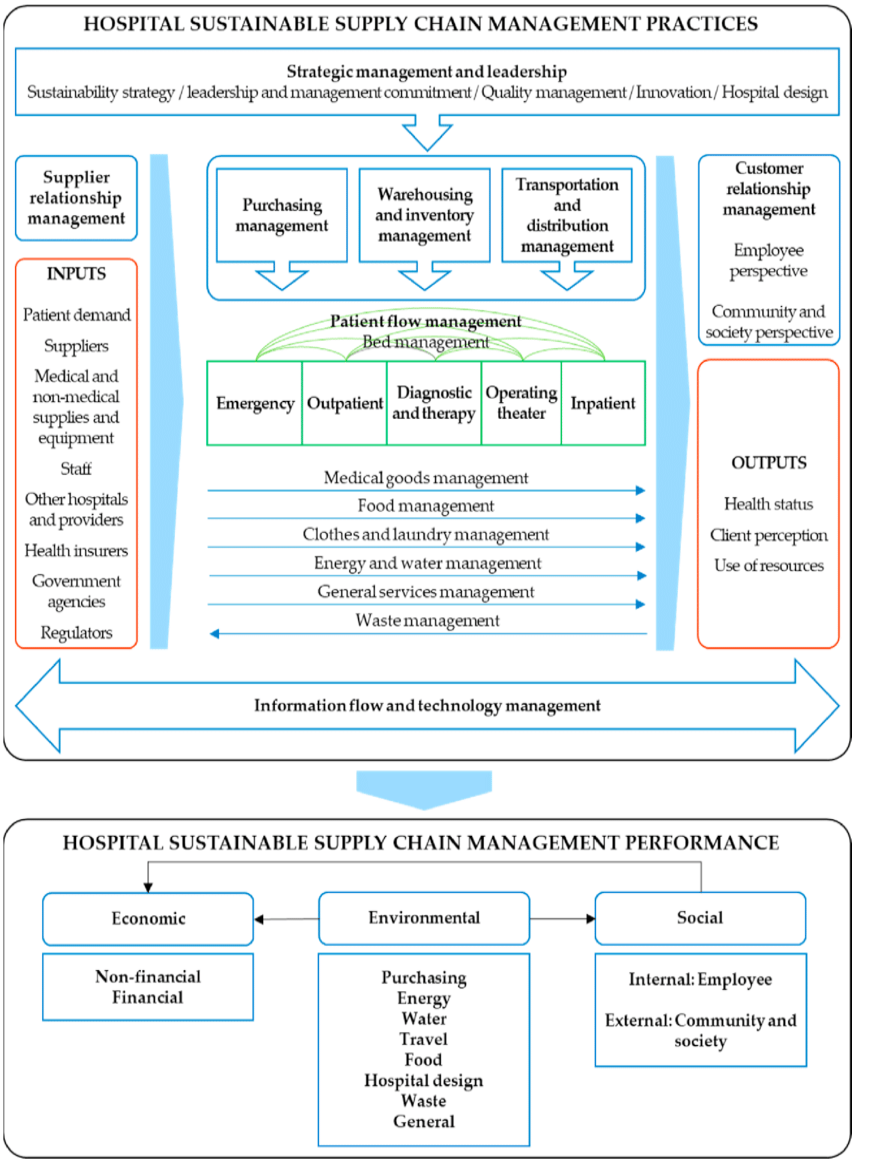
biaya pengobatan (Gartner, 2021) sehingga membantu Chief Supply Chain Officer (CSCO) sistem Kesehatan (Uribe, et. al., 2019., (Gartner, 2021., Tecsys, 2022)

Manajemen rantai pasok rumah sakit yang berkelanjutan dimulai daria strategic managemen danleadershim, kemudiann dijabarkan menjadi system manajemenm yang terdiri dari input – proses – output. **Input** terdiri dari: (1) permintaan pasien, (2) pemasok, obat-obatan dan perlengkapan dan peralatan non obat, (3) stat, (4) rumah sakit lain dan provider, (5) asuransi kesehatan, (6) agen pemerintah, dan (7) regulator. Untuk mengelolah input dengan baik diperlukan ilmu suppier relationships management. **Proses** layanan rumah sakit meliputi: (1) manajemen aliran pasien (patient flow) dan manajemen rawat inap (meliputi: gawat darurat, rawat jalan, diagnostik dan terapi, ruang operasi, dan rawat inap), (2) manajemen peralatan kesehatan, (3) manajemen makanan, manajemen pencucian dan pakaian, (4) manajemen air dan energi, (5) manajemen layanan umum, dan (6) manajemen sampah termasuk limbah berbahaya. Untuk mengolah proses dengan baik diperlukan ilmu manajemen pembelian, manajemen persediaan dan gudang, dan manajemen distribusi dan transportasi. Terakhir adalah **output** meliputi: (1) status pasien, (2) persepsi pasien, dan (3) penggunaan sumberdaya. Untuk menghasilkan output yang diharapkan diperlukan ilmu manajemen hubungan pelanggan baik dari perspektif karyawan ataupun dari perspektif komunitas dan masyarakat. Aliran input – proses – output

selain aliran barang dan uang, juga merupakan aliran informasi sehingga dibutuhkan manajemen teknologi dan informasi.

Kinerja manajemen rantai pasok rumah sakit yang berkelanjutan , dari 3 pendekatn yaitu: 1. pendekatan ekonomi, 2. pendekatan lingkungan, dan 3. pendekatan sosial. Indikator pendekatan ekonomi adalah keuangan dan non keuangan. Indikator pendekatan lingkungan adalah pembelian, energi, air, perjalanan, makanan, desain rumah sakit, limbah dan aspek-aspek umum. Indikator pendekatan sosial terdiri dari dua yaitu 1. indikator internal yaitu karyawan, dan 2. indikator eksternal yaitu masyarakat dan komunitas.

Rantai pasok layanan kesehatan berada di bawah tekanan untuk menurunkan biaya karena perkembangan bisnis digital, perubahan kebutuhan pasien, dan persaingan baru. Namun, disrupsi baru seperti konsolidasi antar produsen obat dan peralatan kesehatan, perubahan iklim, fluktuasi ekonomi dan kondisi politik menyebabkan efisiensi biaya dalam rantai pasok perawatan kesehatan menjadi sulit. Disrupsi ini mendorong jaringan pengiriman terintegrasi (Integrated Delivery Network/IDNs) menjadi lebih reaktif untuk mendukung pesanan dan penarikan kembali produk medis yang penting. Hal ini meningkatkan total biaya rantai pasok layanan kesehatan yang secara rata-rata sudah mencapai 37,3 persen dari total biaya perawatan pasien (Gartner, 2021)



Gambar 5.1. Manajemen Rantai Pasok (Persediaan) di Rumah Sakit yang Berkelanjutan (Uribe, et. al., 2019)

Manajemen rumah sakit perlu menerapkan pendekatan yang berpusat pada pasien untuk memberikan layanan kesehatan sehingga semua karyawan (termasuk mereka yang berada di luar perawatan pasien langsung) membuat keputusan berdasarkan dampaknya terhadap pasien. Dari sisi klinis dan operasional organisasi dibutuhkan kolaboratif untuk memberikan kualitas tertinggi dari perawatan yang terjangkau. Organisasi perawatan kesehatan membutuhkan alat dan teknologi rantai pasok modern untuk mengotomatiskan proses ini sehingga memungkinkan dokter untuk mempertahankan fokus mereka pada pasien. Manajemen rumah sakit perlu melakukan investasi pada rantai pasok layanan kesehatan dalam jangka panjang yang memberikan keberlangsungan bisnis dengan tetap mempertahankan profitabilitas. Sebagai contoh, Pfizer dan BioNTech mengembangkan vaksin mRNA COVID 19. Mereka mendapat tantangan bagaimana menyimpan vaksin pascaproduksi pada suhu minus 75 derajat Celcius dan menyuntikan dosis tertentu ke pasien. Mengatasi tantangan ini Pfizer dan BioNtech melakukan perbaikan rantai pasok farmasi. Perusahaan membuat penskalaan manufaktur, membangun freezer dan memobilisasi sumber daya; merancang solusi pengiriman barang baru; dan mengaktifkan visibilitas pengiriman secara real time (Gartner, 2022).

Manajemen rantai pasok layanan kesehatan sangat unik karena setiap pemangku kepentingan memiliki kepentingann sendiri untuk dilindungi. Tahapannya pun berbeda dalam aliran rantai pasokan yang difokuskan

pada tujuan mereka sendiri. Penyedia mungkin ingin menggunakan produk tertentu karena mereka dilatih dengan produk tersebut. Manajemen rumah sakit bertujuan membeli barang yang berkualitas dengan harga paling terjangkau.

Tujuan rantai pasok tidak selalu selaras dalam suatu organisasi sehingga proses manajemen rantai pasok layanan kesehatan dapat menjadi tidak efisien dan terfragmentasi. Organisasi perawatan kesehatan harus mempertimbangkan banyak permintaan dari berbagai sudut pandang untuk menetapkan anggaran produk tertentu.

Pasien juga memiliki suara dalam proses manajemen rantai pasokan layanan kesehatan. Organisasi perawatan kesehatan dapat memesan sarung tangan dengan ukuran yang tepat dan menyimpannya secara teratur, tetapi beberapa pasien mungkin memerlukan produk medis yang lebih disesuaikan, seperti pilihan bebas lateks dan sangat tergantung pada status kesehatan mereka. Demikian juga, penyedia mungkin lebih memilih merek atau jenis produk medis tertentu, yang dapat menyebabkan masalah biaya. Misalnya, penyedia dapat memprioritaskan preferensi mereka sendiri untuk produk tertentu, sementara manajer keuangan berusaha untuk memotong biaya perawatan kesehatan dan mengurangi produk yang ketinggalan zaman. Seringkali, rumah sakit menghadapi penimbunan atau penimbunan produk tertentu oleh penyedia.

Dalam kebanyakan kasus, dokter hanya menginginkan produk saat mereka membutuhkannya, Tetapi untuk memastikan hal itu terjadi, mereka seringkali menimbun atau memilih mengelola persediaan mereka sendiri. Ini dapat berkontribusi pada perbedaan biaya dan pengeluaran kontrak yang sulit untuk diungkapkan. Satu lagi biaya tak terlihat yang sering diabaikan adalah waktu yang dihabiskan untuk mencari persediaan atau menunggu seseorang mengirimkan apa yang mereka butuhkan. Insentif yang tidak selaras dan tujuan independen dapat mengganggu aliran rantai pasokan untuk banyak organisasi layanan kesehatan.

Dalam perawatan kesehatan, konsumen adalah pasien dan produk yang mereka inginkan adalah peningkatan kesehatan mereka sendiri dengan harga terbaik atau paling terjangkau. Seorang pasien yang terluka di ruang gawat darurat tidak memikirkan bagaimana preferensi dokter pada peralatan di sekelilingnya mulai dari lampu depan (headlamps) hingga sarung tangan bedah, jahitan hingga pisau bedah untuk membut perbedaan dalam hasil kesehatan atau biaya perawatannya.

Manajemen Rantai pasok *(Supply Chain Management)*.

Rantai Pasok (*Supply Chain*)

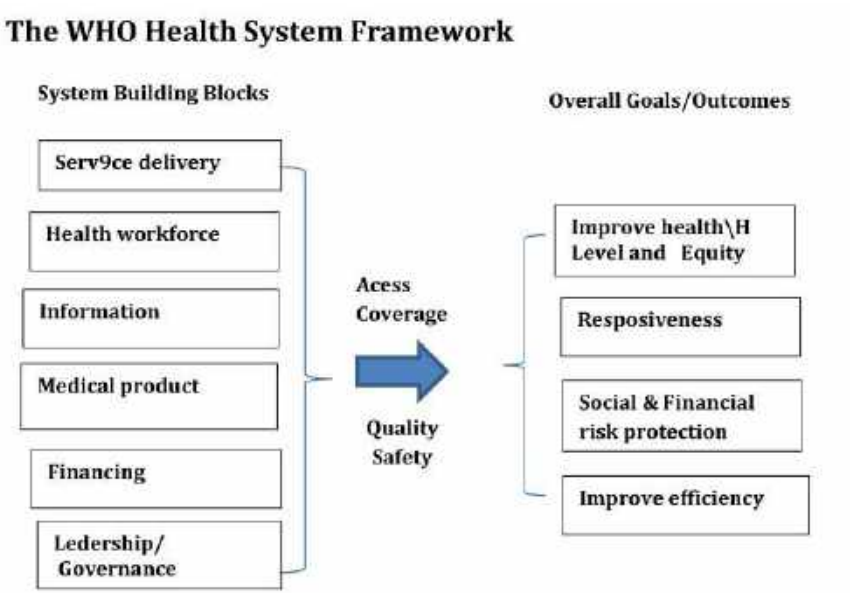
Informasi tentang pemasok dan pasien meliputi:
apa yang dikonsumsi, berapa banyak dan ,harga.

1. One patient → One product, service
2. One patieint → Many product, service
3. Many patients → many products, Services

MUTU RANTAI PASOK

Kualitas: Kualitas produk, Kualitas produk penanganan (produk cacat), Kualitas produk transportasi, Kualitas produk penyimpanan (suhu). Biaya: Biaya produk, Biaya pengangkutan produk (dari pemasok ke pelanggan), Biaya gudang (ruang), Biaya tenaga kerja untuk menangani produk, Biaya penyimpanan produk (listrik),Biaya asuransi.

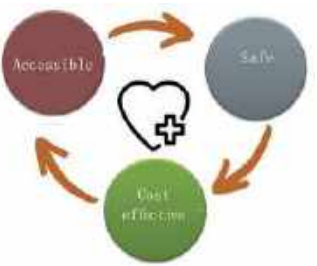
Cost of Inventory: Availability (waktu), Yang menentukan produk cepat sampai ke pelanggan, waktu proses layanan, Waktu tranpostasi



- Pemberian layanan: intervensi kesehatan pribadi dan non-pribadi yang efektif, aman, dan berkualitas
- *Tenaga kesehatan: cukup tersedia, responsif, adil dan efisien dengan sumber daya dan keadaan yang tersedia*
- *Informasi kesehatan: produksi, analisis, dan penggunaan informasi yang andal dan tepat waktu tentang kinerja kesehatan;*
- *Teknologi medis: produk, vaksin, dan teknologi dengan kualitas, keamanan, kemanjuran, dan efektivitas biaya yang terjamin;*
- *Pembiayaan kesehatan: dana yang cukup untuk kesehatan, sehingga masyarakat dapat menggunakan layanan, dan pembayaran yang adil*
- *Kepemimpinan dan tata kelola: kerangka*

kebijakan strategis yang dikombinasikan dengan pengawasan, akuntabilitas, peraturan, dan insentif yang efektif

Healthcare Suplly hain



Aksesibilitas dari pandangan penyedia yang
menentukan produk perawatan kesehatan menjangkau pasien dengan cepat:

- Waktu pemberian pelayanan kesehatan
- Saatnya memproduksi produk kesehatan
- Waktu untuk menangani produk di dalam gudang
- Waktu untuk mengangkut produk kesehatan

Keamanan dan kemanjuran

- Kualitas pelayanan kesehatan
- Kualitas produk kesehatan
- Kualitas produk penanganan (produk rapuh)
- Kualitas produk pengangkutan
- Kualitas produk penyimpanan (vaksin rantai dingin)

Biaya

- Biaya pelayanan kesehatan
- Biaya produk kesehatan
- Biaya pengangkutan produk
- Biaya gudang (ruang)

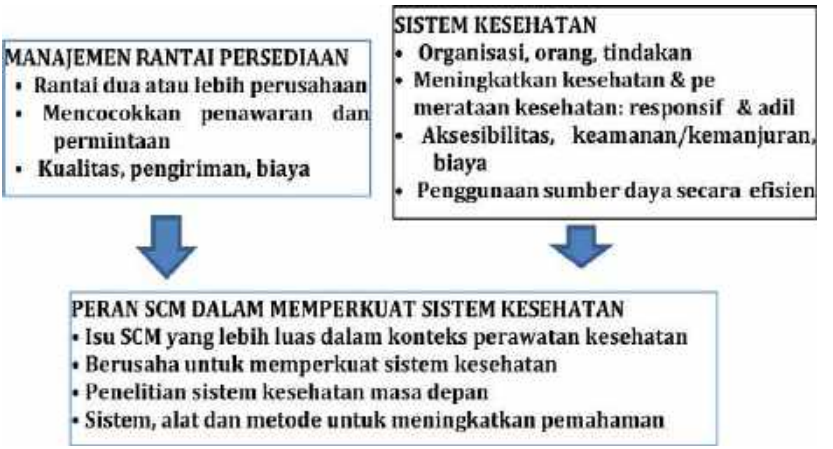
- Biaya dokter untuk menangani produk
- Biaya penyimpanan produk (listrik)
- Biaya asuransi
- Biaya persediaan *(inventory)*

Penguatan vs Pendukung Kesehatan

Penguatan kesehatahan: Tindakan yang membangun perbaikan berkelanjutan dalam penyediaan, pemanfaatan, kualitas dan efisiensi pelayanan kesehatan termasuk ketahanan sistem secara keseluruhan

Pendukung Kesehatan

- Pendukung = mendukung komponen tertentu dari sistem; penguatan menyiratkan keseluruhan sistem. (Mounier-Jack et al., 2014)
- Pergeseran dari pendanaan untuk obat tertentu, vaksin, dll ke pendanaan intervensi yang lebih luas (holistik)
- Kelola anggaran yang lebih besar
- Implementasi berbasis hasil
- Beralih dari pelatihan ke pengembangan kapasitas



RANTAI PASOK

Supply Chain: Seperangkat tiga atau lebih perusahaan yang secara langsung dihubungkan oleh satu atau lebih aliran produk, jasa, keuangan, dan informasi hulu dan hilir dari pemasok ke pelanggan, dengan tujuan akhir untuk mencocokkan penawaran dan permintaan dengan biaya total serendah mungkin

Gambar 5.2 *Supply Chain* (**Tjahyono B., 2019**)

TANTANGAN MANAJEMEN RANTAI PASOK LAYANAN KESEHATAN

Manajemen rantai pasok layanan kesehatan adalah desain, perencanaan, pelaksanaan, pengendalian dan monitoring aktivitas rantai pasok layanan kesehatan dengan tujuan menciptakan nilai bersih *(net value*), membangun infrastruktur yang kompetitif, memanfaatkan logistik di seluruh rumah sakit , menyelaraskan pasokan dengan permintaan, dan mengukur kinerja

GB 5 3 Manajemen Rantai Pasok

Harapan yang berubah dari pasien sebagai konsumen dan sifat perawatan kesehatan yang sangat diatur menciptakan tantangan unik dan mendorong perubahan. Inti dari perubahan ini adalah manajemen rantai pasok dengan peran strategis untuk keterjangkauan dan kualitas perawatan pasien serta struktur biaya organisasi perawatan kesehatan.

Mengurangi biaya perawatan kesehatan merupakan kewajiban bagi banyak rumah sakit karena pembayaran

mulai dikaitkan dengan jumlah penggantian klaim. Banyak organisasi mulai melihat bagian penagihan dan layanan dari siklus pendapatan untuk penurunan anggaran. Namun, organisasi lain sudah mulai melihat manajemen rantai pasok perawatan kesehatan mereka.

Dalam industri kesehatan, rantai pasok dan manajemen logistik merupakan elemen penting keberlanjutan bisnis layanan kesehatan. Di industri kesehatan, kesinambungan bisnis membutuhkan peningkatan kualitas pada sektor kesehatan. Kualitas layanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh kinerja rantai pasok dan logistik. Rantai pasok dan proses logistik memberikan kontribusi besar dalam pembiayaan kesehatan pasien.

Dalam perawatan kesehatan, mengelola rantai pasok biasanya merupakan proses yang sangat kompleks dan terfragmentasi. Penyedia layanan menggunakan banyak sekali alat seperti jarum suntik, obat resep, sarung tangan, pena, kertas, dan komputer. Karyawan yang terlibat dalam manajemen rantai pasok perawatan kesehatan bertanggung jawab untuk menyediakan organisasi dengan kebutuhan penyedia produk dan pengelola inventaris. Namun, pengelola rantai pasok tidak sesederhana memastikan penyedia memiliki cukup sarung tangan.

Tingginya biaya untuk proses kegiatan dalam rantai pasok dan logistik di industri kesehatan memberikan tantangan besar bagi manajemen kesehatan. Manajemen dituntut untuk mencapai proses rantai pasok layanan

kesehatan berkualitas tinggi dengan cara meminimalkan biaya operasional dan meningkatkan kualitas layanan. Rantai pasok biasanya mengacu pada sumber daya yang dibutuhkan untuk mengirimkan barang atau jasa kepada konsumen.

Manajemen rantai pasok layanan kesehatan terkait dengan perolehan sumber daya, pengelolaan persediaan, dan pengiriman barang dan jasa kepada penyedia dan pasien (Khan dan Sarwar, 2021). Untuk menyelesaikan proses, barang fisik dan informasi tentang produk dan layanan medis biasanya melalui sejumlah pemangku kepentingan independen, termasuk produsen, perusahaan asuransi, rumah sakit, penyedia, oganisasi pembelian kelompok dan beberapa agen pengatur. Sederhananya, rantai pasok adalah pengelolaan hubungan mulai dari hulu hingga hilir dengan pemasok dan pelanggan untuk memberikan nilai pelanggan yang unggul dengan biaya lebih rendah ke rantai pasok secara keseluruhan.

Rantai pasok kesehatan dimulai dari produsen produk medis di mana barang diproduksi dan dikirim ke pusat distribusi tergantung pada jenis produk, rumah sakit dapat membeli persediaan secara langsung melalui produsen atau distributor, atau transaksi dapat dilakukan melalui organisasi pembelian kelompok, yang menetapkan kontrak pembelian dengan produsen atas nama rumah sakit.

Selanjutnya, produk medis dikirim ke organisasi perawatan kesehatan. Barang-barang tersebut akan disimpan sebagai persediaan untuk penyedia dan pasien.

Rumah sakit memastikan bahwa penyedia memiliki produk medis penting dan pasien memiliki akses ke alat yang berpotensi menyembuhkan.

Aspek lain dari manajemen rantai pasok perawatan kesehatan melibatkan partisipasi regulator seperti Balai Pengawasan Obat dan Makanan (BPOM), dan pembayar perawatan kesehatan, termasuk BPJS dan perusahaan asuransi kesehatan swasta. Badan pengatur dan perusahaan asuransi menentukan apakah sumber daya medis tersebut cocok untuk digunakan pasien dan apakah penyedia akan mendapatkan penggantian biaya untuk menggunakannya pada pasien tertentu.

Dengan mempromosikan efisiensi rantai pasok perawatan kesehatan, rumah sakit dapat menciptakan peluang pengurangan biaya yang substansial di seluruh organisasi. Oleh karena itu, diperlukan strategi dan inovasi dalam manajemen untuk mencapai kinerja rantai pasok dan logistik yang berkualitas tinggi di industri kesehatan agar dapat berjalan secara efektif dan efisien (Syahrir. et. al. 2018) untuk mengurangi biaya.

MENGATASI TANTANGAN UMUM DALAM MANAJEMEN RANTAI PASOKAN LAYANAN KESEHATAN.

Beberapa organisasi kesehatan telah menemukan kesuksesan dengan manajemen rantai pasok melalui transparansi biaya. Dengan memanfaatkan data harga dan pemanfaatannya, organisasi layanan kesehatan

dapat melacak dan mengelola inventaris secara lebih efisien dan membuat kontrak pembelian yang lebih tepat dengan produsen.

"Karena struktur internal vertikal, suplai dan data suplai secara historis telah disekat-sekat dan dipisah-pisah (siloed and firewalled) sehingga informasi penting untuk operasional bisnis yang efisien terfragmentasi."Hal ini menyebabkan organisasi kesehatan menghabiskan dana miliaran dolar untuk inventaris dalam berbagai silo ini karena kita hidup di dunia yang tidak akan pernah kehabisan apa pun, demi apa yang terbaik bagi pasien."

"Organisasi kesehatan yang memiliki visibilitas produk dari barang jadi hingga penggunaan pada pasien dan memiliki kemampuan menangkap permintaan dan konsumsi versus menangkap aktivitas pembelian, sehingga akan menangkap aktivitas konsumsi." Hal ini secara signifikan mengurangi pemborosan dan variasi dalam rantai pasokan. Tingkat inventaris turun untuk semua pasien dan kedaluwarsa produk dapat dihilangkan secara virtual."

Automated tools yang berbeda dapat membantu organisasi meningkatkan transparansi harga, seperti sistem entri pesanan penyedia terkomputerisasi, yang dapat menstandardisasi dan menyederhanakan pesanan dokter, atau teknologi Radio Frequency Identification (RFI) yang dapat menangkap volume data dari barcode produk.

Semua departemen rumah sakit dibuat pada halaman yang sama juga merupakan strategi utama untuk

mengoptimalkan manajemen rantai pasok perawatan kesehatan. Di era perawatan berbasis nilai, organisasi perawatan kesehatan berfokus pada pengurangan redudansi dan menghilangkan pemborosan, tetapi penyedia juga perlu bekerja sama untuk mengurangi biaya dan meningkatkan kinerja secara efektif.

Rantai pasok menyentuh setiap departemen di rumah sakit. Orang-orang di organisasi perlu dilihat, mitra pemasok, dan menentukan bagaimana mendapatkan sinergi dan produktivitas maksimum dari staf klinis dan rantai pasok untuk mencapai pasokan. Staf klinis juga dapat membantu membangun kebiasaan hemat biaya, mencegah penimbunan, dan memberdayakan penyedia untuk mengingat masalah biaya saat memberikan perawatan. Manajemen perawatan kesehatan melihat rantai pasok perawatan kesehatan sebagai salah satu area terbesar untuk peluang penghematan. Hal ini dimulai dengan merencanakan anggaran di sekitar total biaya pasokan yaitu total biaya untuk mendapatkan produk dari produsen ke rumah sakti atau kantor dokter, yang diluar harga pembelian awal mencakup biaya logistik, asuransi, bea, pajak, dan biaya lainnya.

Saat ini, sistem kesehatan harus berani mengambil risiko. Mereka harus bersedia menyerahkan kunci dan mengizinkan dokter untuk memimpin bersama strategi ini. Dokter akan terlibat ketika mereka memahami masalahnya, dan sangat penting untuk membiarkan mereka membantu membuat solusi yang dapat mereka patuhi. Peningkatan produktivitas dan pengurangan biaya

rantai pasok layanan kesehatan adalah prioritas utama.

LOGISTIK

Logistik digunakan untuk merujuk tidak untuk semua persediaan tetapi secara khusus untuk manajemen atau logistik masuk dan keluar. Logistik masuk membawa persediaan atau bahan ke dalam bisnis transaksi. logistik keluar dengan memindahkan barang dan produk keluar dari pelanggan

Pendekatan yang lebih holistik dan menyeluruh terhadap rantai pasok layanan kesehatan tidak hanya tentang meningkatkan efisiensi dan pengurangan biaya bagi rumah sakit dan sistem layanan kesehatan tetapi juga tentang menyediakan layanan kesehatan yang lebih baik. Logistik di definisikan sebagai waktu-terkait *posisitioning* sumber daya Logistik; juga di deskripsikan dengan 5 benar *(right)* atau 5 T. Pada dasarnya logistik adalah proses yang menyakinkan bahwa barang atau sebuah layanan sudah: 1. *In the right place(*Tepat Tempat*); 2. at the right time (*Tepat Waktu); *3. in the right quantity(*Tepat Jumlah*);4. at the right quality(*Tepat Kualitas*); 5)at the right price (*Tepat Harga*),*

1. koordinasi terperinci dari operasi kompleks yang melibatkan banyak orang, fasilitas, atau persediaan:

   Pengelolaan logistik meliputi perencanaan (seleksi), pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pemusnahan, pengendalian, pencatatan dan pelaporan.

Gb 5.4 Dasar Siklus Manajemen Logistik Obat

Pengelolaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan Dan Bahan Medis Habis Pakai

Didalam apotek, dalam hal penggunaan sediaan farmasi, alkes dan bahan medis, ada prosedur pengelolaannya yang diatur dalam Permenkes R.I No.35 Tahun2014. Tenatng Standar Pelayanan Kefarmasian di Apotik

MANAJEMEN LOGISTIK

Kajian logistki krumah sakit dapat meliputi: 1. Logistic obat, 2. Logistic linen, 3. Logistic fasiliatas. Komponen yang membangun logistic rumah sakit terdiri dari;

1. Manajemen permintaan (*Need-Demand*)
2. Pemasok. Spesifikasi dan Negosiasi
3. Sourcing, Manajemen Pengadaan, dan Kontrak

4. Logistik dan Kontrol Inventaris
5. Faktur (*invoicing*), Rekonsiliasi dan Pembayaran
6. Pemantauan Kinerja Pemasok (*lead time*:waktu tunggu)

MODEL MANAJEMEN LOGISTIK

Beberapa tujuan danmanfaat manajemen logisitk, antara lain: 1.Manage *Demand (Current Products high Forecasting Error*), 2. *Reduce Leat Time (Long lead Time; Large Lot Sizes), 3. Improve Quality (Data Accuracy Issues,* 4. *Warranty Issues and Product Return, 5. Manage Design Process (Technological Obsolescence of Product and Packaging)*

Beberapa model manajemen yang banyak digunakan di Manajemen Kesehatan. Model ini terkait dengan ORSA (*Operation Reseach Sysem Analysis*), yang berorientasi pengendalian biaya (efisiensi) dan peningkatan mutu layanan (efektivitas),untuk pasien dan organisasi

1. **Model ORSA (*Operation Research and System Analysis*)**
   a. Model Sistem Antrian *
   b. Markov Model (Bed allocation; Admission queuing, effectiveness, efficiency, quality, access)
   c. Logistik: Supply Demand Logistic Chain; Drug Logistic management*
   d. Value Stream Mapping (Fasilitas dan peralatan, Laundry,Pengeloaan limbah infeksi)

e. Lean Sig Sigma

2. Sistem Informasi Manajemen (sistem Informasi pelayanan/perawatan pasien; sistem informasi keuangan, sumber daya)
3. Problem Solving Cycle
4. Model manajemen dinamik atau *Stakeholders management*; Kolaborasi intra dan Inter profesi
5. Model Penganggaran (*Budgeting*): *Cost unit Analysis*(CUA*), Cost Effectiveness Ana*lysis (CEA)., Cost Benefit Analysis (CBA) dan Health budgeting (Line Item, Programme and Performance Budget)

Semua model praktis tersebut berfokus pada pasien (*patient centered*) dengan mutu manajemen/tata kelola: efektivitas, efisiensi, equiti, apropriate (wajar), keselamatan pasien dan penyelenggara. Tanda * adalah yang dikaji dalam buku ini

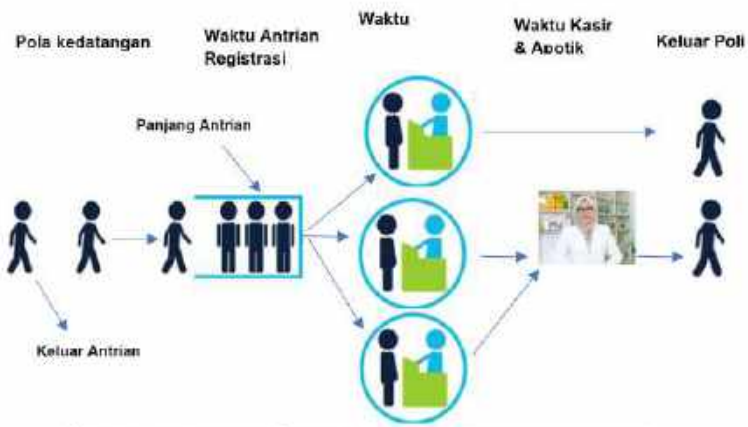
Model Sistem Antrian

Teori antrian digunakan untuk mengidentifikasi dan mengoreksi titik-titik kemacetan dalam suatu proses. Antrian dapat terdiri dari orang, benda, atau informasi. Bagaimanapun, mereka dipaksa untuk menunggu layanan. Teori antrian adalah alat yang ampuh untuk menganalisis fenomena sehari-hari mengantri. Temukan bagaimana mendefinisikan teori antrian, bagaimana itu dimulai, mengapa itu penting, dan bagaimana hal itu dapat diterapkan pada manajemenpelayanankesehatan. Teori antrian (model antrian) mengacu pada studi matematis

dari formasi, fungsi, dan kemacetan garis tunggu, atau antrian. Pada intinya, situasi antrian melibatkan dua bagian:

1. Seseorang atau sesuatu yang meminta layanan—biasanya disebut sebagai pelanggan, pasien, permintaan,
2. Seseorang atau sesuatu yang menyelesaikan atau memberikan layanan—biasanya disebut sebagai server, propvider (Rumah Sakit, Puskesmas).

Tujuan Sistem Antrian: Meningkatanefektivitas dan efisiensi layanan, dalam upaya peningkatan mutu layanan. Ke depannya Sistem Atrian akan diintegrasikan dengan sistem pengelolaan sumber daya (pra-konsultasi, konsultasi, pengelolaan fasilitas, pengelolaan mutu pelayanan pasien yang efektif dan efisien), Sistem informasikeuangan. Sistem Antrian, juga akan mengurangi waktu dan upaya (efforts) yang dikeluarkan pasien; meningkatkan kepuasan dan loyalitas pasien . Sudah banyak software yang siap mendukung sistem ini



GB 5.6 Model Dasar Sistem Antrian Poli (single-multi channel)

Keterangan:

1. ***Arrival*** (Pola Kedatangan)
2. ***Queing*** time (waktu tunggu antrian) di fasilitas layanan: registrasi pendaftaran). *Number of Queing*. Jumlah antrian; antrian yang panjang, menyebakan pasien keluar antrian.
3. ***Service time*** (waktu proses pelayanan) masing2 Poli. Disini bisa ada waktu tunggu antrian sebelum diperiksa. Dan Lama pemeriksaan (*Service (Pelayanan Poli)*
4. ***Kasir*** **(efektif dan efisensi pembayaran)**
5. ***Apotik*** *(waktu tunggu dan waktu pelayanan peracikan/resep)*
5. **Exit** (Keluar Faskes)

Masing2 moment of truth (titik simpul aktivitas/ kegiatan) dan alur pelayanan juga diperhatikan panjang antrian, disiplin antrian. **Sasaran dan Kajian Teori Antrian;** sangat kuat dan penting (*powerfull*) di aplikasikan di Fasilitas kesehatan:

LOGISTIK OBAT

BAB 6

MANAJEMEN LOGISTIK sebagai PROSES

Pengelolaan manajemen logistik dimulai dari tahap perencanaan (seleksi), pengadaan, penerimaan, penyimpanan, pemusnahan, pengendalian, pencatatan dan pelaporan. Rantai pasok kesehatan yang tidak terintegrasi dengan baik menyebabkan fasilitas layanan kesehatan tidak dapat merespons dengan cepat sinyal risiko yang ada (Kepmenkes R.I 2021

Manajemen Logistik Obat

Perkembangan teori Manajemen Obat pertama kali dikemukakan oleh Jonathan D. Quick pada tahun 1981 dalam bukunya yang berjudul *Managing Drug Supply*. Dalam buku tersebut, Quick menjelaskan bahwa logistik adalah ilmu pengadaan, pemeliharaan, dan pengangkutan persediaan yang melibatkan pengiriman

pasokan dalam jumlah besar, sesuai jadwal, ke banyak orang, yang berlokasi di berbagai tempat. Dalam hal penyediaan obat-obatan, sistem logistik mencakup semua aspek proses yang diperlukan untuk membawa obat mulai dari pemasok ke *dispenser,* dan berakhir di pasien. Sistem logistik adalah benar-benar "sistem" di mana mereka memerlukan upaya terkoordinasi dari banyak unit individu di dalam dan di luar pemerintah (Quick, *et al*., 1981). Fungsi utama dalam siklus logistik dari setiap sistem pasokan obat terbagi dalam empat kategori seperti yang dapat dilihat pada gambar 2.3.

Definisi manajemen logistik obat

Pengertian manajemen logistik menurut Bowersox (2004) adalah suatu ilmu bagaimana mendesain dan mengurus suatu sistem untuk mengawasi arus dan penyimpanan yang strategis bagi material, suku cadang dan barang jadi agar dapat diperoleh manfaat maksimum bagi organisasi. Sedangkan menurut Dwiantara (2009) dalam Utari (2014) manajemen logistik adalah serangkaian kegiatan perencanaan, pengorganisasian, dan pengawasan terhadap kegiatan pengadaan, pencatatan, penyimpanan, pendistribusian, pemeliharaan, dan penghapusan guna mendukung efektivitas dan efisiensi dalam upaya pencapaian tujuan. Pelaksanaan kegiatan manajemen logistik harus didukung oleh sistem pendukung yang handal sehingga terjamin ketersediaan barang setiap waktu diperlukan.

Tujuan manajemen logitik obat

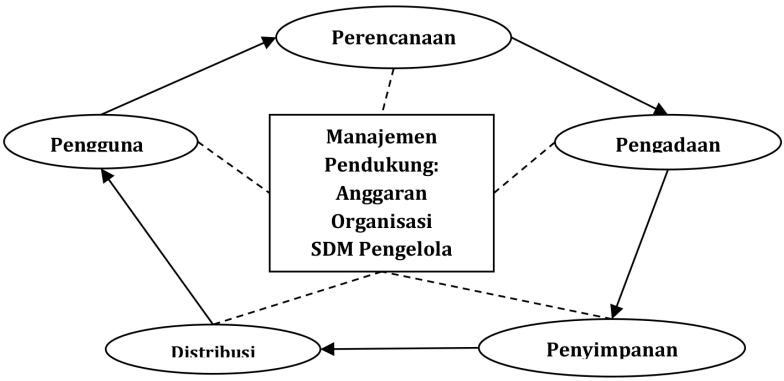
Manajemen Obat bertujuan untuk menjamin tersedianya obat dengan mutu baik, tersebar secara merata, dengan jenis dan jumlah yang sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi rumah sakit, masyarakat yang membutuhkan di unit pelayanan kesehatan. Pengelolaan obat yang baik dapat menjaga kondisi obat tetap optimal dan menghindarkan dari kondisi obat *stagnant* dan *stockout* serta overstock .Tahun 1997, buku Managing Drug Supply mengalami revisi dan perluasan konten, termasuk di dalamnya yang direvisi adalah teori The Logistics Cycle yang berubah nama menjadi Drug Management Cycle. Dalam drug management cycle, siklus manajemen obat masih terdiri dari empat kategori yaitu Selection, Procurement, Distribution, dan Use, hanya saja pada bagian tengah siklus terdapat perubahan dari Logistics Management menjadi Management Support. Dimensi logistics management terdiri dari organization, cost reduction, security, dan training, sedangkan pada management support diperbarui menjadi organization, financing, information management, dan human resources (Quick, et al., 1997; Quick, et al., 1981). Teori siklus manajemen obat menurut Quick (1997) dapat dilihat pada gambar 6. Empat kategori utama dalam siklus manajemen obat terdiri dari: 1) *selection* (seleksi), 2) *procurement* (pengadaan), 3) *distribution* (distribusi), dan 4) *use* (penggunaan). Manajemen obat merupakan sebuah siklus. Setiap fungsi utama dibangun di atas fungsi sebelumnya dan secara logis mengarah ke fungsi

berikutnya. Seleksi harus didasarkan pada pengalaman aktual sesuai dengan kebutuhan kesehatan dan penggunaan obat, proses pengadaan harus berdasarkan hasil keputasan proses seleksi, dan begitu seterusnya (Quick, *et al*., 1997).

Pada pusat siklus manajemen obat terdapat inti dari sistem manajemen pendukung, yaitu: organisasi, pembiayaan, manajemen informasi, dan sumber daya manusia. Sistem manajemen pendukung ini memegang siklus manajemen obat secara bersamaan. Hal senada juga diungkapkan dalam buku *The Logistic Handbook* bahwa aktivitas yang berada di pusat siklus logistik mewakili fungsi-fungsi pendukung manajemen yang menginformasikan dan memengaruhi elemen-elemen lain di sekitar siklus logistik. Manajemen pendukung yang dimaksud adalah sistem informasi manajemen logistik, organisasi dan kepegawaian, pembiayaan, supervisi, serta monitoring dan evaluasi (USAID, 2011).

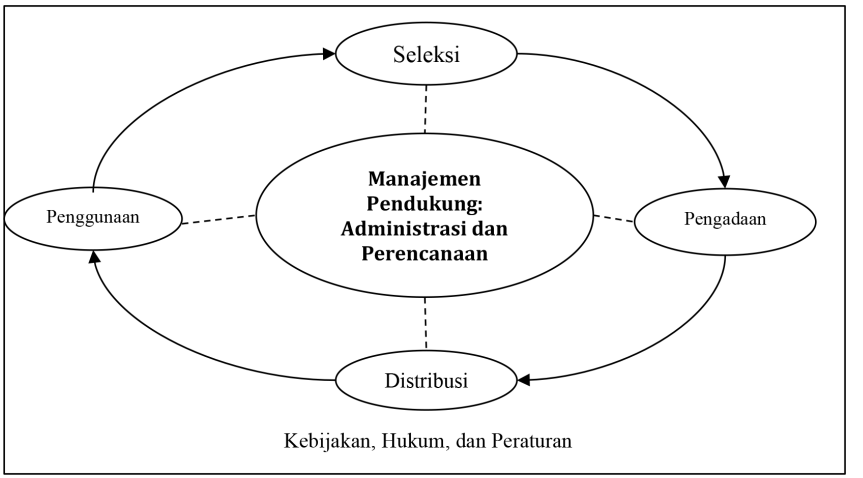
Siklus pengelolaan obat

Menurut Quick *et al.,* 1997., Depkes, 2005., **siklus pengelolaan** obat terdiri dari perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi dan penggunaan. Setiap tahapan siklus pengelolaan obat didukung oleh manajemen pendukung. Untuk lebih jelas tentang siklus pengelolaan obat dapat dilihat pada gambar 6.1



Gambar 6.1 Siklus Pengelolaan Obat (Quick *et al.,* 1997., Depkes, 2005)

Pada gambar 6.1 dijelaskan bahwa pengelolaan obat menurut Depkes (2005) terdiri dari 5 proses yang dimulai dengan perencanaan, pengadaan, penyimpanan, distribusi, dan penggunaan. Dalam menjalankan kelima proses tersebut didukung oleh manajemen pendukung yaitu anggaran, organisasi, sistem informasi obat, dan SDM pengelola obat. Sedangkan menurut Quick, Embrey, Dukes,& Musungu (2012) pengelolaan obat memiliki siklus tertentu mulai dari seleksi sampai dengan penggunaan. Di setiap proses pada siklus pengelolaan obat perlu didukung oleh sistem pendukung yang kuat serta ada dukungan dari pemerintah berupa undang-undang maupun kebijakan kesehatan lainnya. Untuk lebih jelas siklus manajemen obat dapat dilihat pada gambar 6.2:



Gambar 6.2 Siklus Pengelolaan Obat Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012)

Menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) Pengelolaan obat terdiri atas 4 fungsi dasar yaitu seleksi (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*), dan penggunaan (*use*). Jika dibandingkan dengan siklus pengelolaan obat menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) dengan siklus pengelolaan obat menurut Depkes (2005) secara garis besar kedua siklus pengelolaan obat tersebut memiliki persamaan tetapi berbeda dalam pengelompokan proses di setiap tahap pengelolaan obat.

Manajemen obat menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) terdiri atas 4 fungsi dasar yaitu seleksi (*selection*), pengadaan (*procurement*), distribusi (*distribution*),dan penggunaan (*use*). Fungsi seleksi terdiri dari beberapa kegiatan diantaranya mengkaji masalah kesehatan, mengidentifikasi pilihan pengobatan,

pemilihan bentuk sediaan tunggal obat dan dosis, sampai dengan memutuskan obat apa disediakan (perencanaan) di tiap-tiap level pelayanan kesehatan.

Pada fungsi pengadaan ada beberapa proses yang dilakukan diantaranya menghitung kebutuhan obat, pemilihan metode pengadaan, pengelolaan tender, menyusun aturan kontrak, memastikan kualitas obat, dan memastikan kepatuhan terhadap aturan kontrak. Sedangkan fungsi distribusi mencakup proses penerimaan obat dari supplier, proses pemeriksaan dan pencatatan obat, mengontrol persediaan obat, penyimpanan, pendataan permintaan obat, distribusi obat, pemberian obat kepada pasien, pelaporan distribusi obat.

Penggunaan obat dalam manajemen obat memiliki beberapa proses yaitu melakukan diagnosis kepada pasien, peresepan, peracikan obat, dan pmeberian obat yang tepat oleh pasien. Dalam menjamin kelancaran pelaksanaan keempat fungsi manajemen obat tersebut perlu didukung oleh manajemen yang disebut manajemen pendukung. Manajemen pendukung terdiri dari administrasi dan perencanaan, manajemen informasi, dan manajemen SDM. Manajemen pendukung sangat mempengaruhi proses pada setiap fungsi di siklus manajemen obat.

Secara keseluruhan siklus manajemen obat harus berpedoman dan mengacu pada kebijakan, hukum, dan peraturan yang telah ditetapkan oleh pemerintah. Kebijakan, hukum dan peraturan tentang seleksi obat, pengadaan, distribusi, dan penggunaan obat dapat berupa Undang-Undang, peraturan menteri, surat keputusan

menteri, atau peraturan daerah.

SIKLUS MANAJEMEN LOGISTIK OBAT

1. Perencanaan

Dalam membuat perencanaan pengadaan Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan, dan Bahan Medis Habis Pakai perlu diperhatikan pola penyakit, pola konsumsi, budaya dan kemampuan masyarakat.

1.1 Seleksi Obat

Menurut (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012) kegiatan seleksi obat terbagi dalam 3 kegiatan yaitu : Manajemen seleksi obat, Penyusunan formularium, Penyusunan pedoman pengobatan.

Manajemen seleksi obat merupakan rangkaian kegiatan dalam memilih obat yang sangat sangat dibutuhkan oleh masyarakat secara umum yang disebut dengan obat esensial.

Pemilihan obat esensial didasarkan pada:

a. Relevan dengan pola penyakit
b. Terbukti aman dan berkhasiat
c. Adanya data dan bukti ilmiah yang cukup kuat dari cara kerja obat dalam berbagai uji.
d. Kualitas yang bagus
e. Rasio biaya manfaat yang menguntungkan
f. Sifat Farmakokinetik yang diinginkan
g. Kemungkinan manufaktur local
h. Sediaan tunggal

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan untuk menjamin ketersediaan obat yang lebih merata dan terjangkau bagi masyarakat, pemerintah ikut berperan dalam merumuskan dan menetapkan obat esensial yang dituangkan kedalam daftar obat esensial nasional (DOEN) yang menjadi acuan Dinas Kesehatan maupun Rumah Sakit dalam melakukan perencanaan kebutuhan obat. Perumusan obat esensial dilakukan oleh tim ahli dan konsultan dan dilakukan review secara terus menerus.

Untuk menjaga penggunaan obat yang tepat dan sesuai indikasi maka disusun sebuah formularium. Menurut (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012) formularium terbagi menjadi dua yaitu

a. Daftar formularium dan
b. Panduan formularium

Daftar formularium adalah sebuah daftar yang berisi produk obat yang telah disetujui untuk digunakan pada unit pelayanan kesehatan. Daftar formularium bisa berupa:

a. Daftar Formularium Nasional
b. Daftar Formualarium Propinsi
c. Daftar Formularium Rumah Sakit
d. Daftar Formularium obat yang ditanggung oleh program asuransi kesehatan

Di negara berkembang daftar obat yang tercantum pada daftar formularium sama dengan daftar obat yang ada di daftar obat esensial. Panduan formularium merupakan

rangkuman informasi dari obat. Tidak semua informasi obat yang ada di pasaran secara lengkap dimasukkan ke dalam formularium, akan tetapi hanya informasi obat-obat yang dapat dipahami oleh dokter, apoteker, perawat, dan tenaga kesehatan yang terkait. Daftar isi Panduan formularium umumnya terdiri dari nama generik dari obat, indikasi obat, pemberian dosis, kontraindikasi, efek samping, dan informasi yang perlu diberikan kepada pasien. Beberapa panduan formularium nasional mencantumkan pilihan subtitusi terapi pengobatan untuk membantu dokter dalam membuat keputusan peresepan. Panduan formularium disusun berdasarkan daftar obat esensial nasional. Terjadinya perubahan lingkungan yang terus menerus mengharuskan adanya perubahan formularium yang dilakukan dengan pendekatan sistem. Sistem formularium dimulai dari pengembangan, memperbarui, dan membuat daftar formulariumd dari daftar obat esensial.

Dalam rangka menjamin ketepatan pemberian obat perlu dilakukan standarisasi pedoman pengobatan. Dalam menyusun standar pedoman pengobatan diperlukan informasi yang lengkap tentang berbagai macam penyakit. Perbedaan yang mendasar antara standar pedoman pengobatan dengan daftar formularium adalah pada informasi dasar yang diacu. Standar pedoman pengobatan mengacu pada penyakit sedangkan daftar formularium mengacu pada obat. Standar pedoman pengobatan memberikan beberapa alternatif pengobatan di tiap penyakit yang didiagnosis. Sedangkan daftar

formularium memberikan alternatif obat yang bersifat subtitusi.

2. Pengadaan Obat

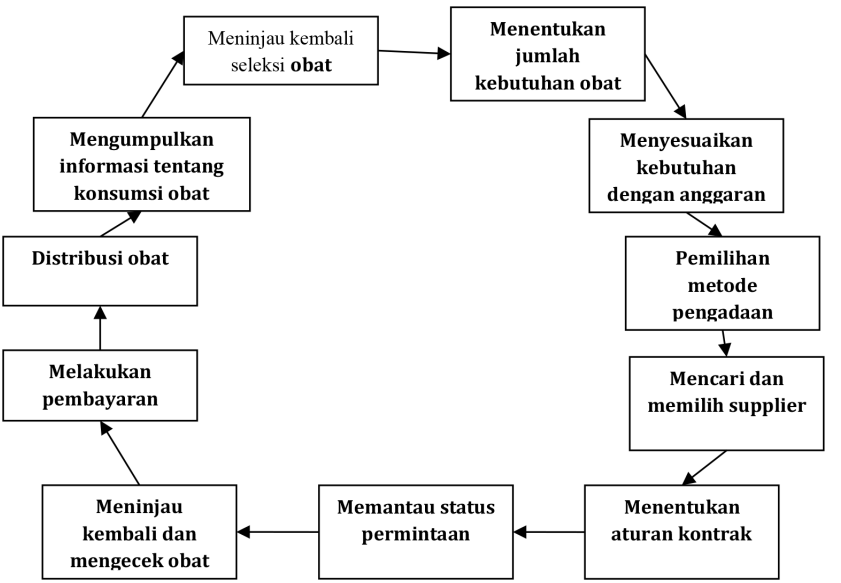
Untuk menjamin kualitas Pelayanan Kefarmasian maka pengadaan Sediaan Farmasi harus melalui jalur resmi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

Menurut (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012) pengadaan obat merupakan suatu siklus yang menggambarkan **proses pembelian obat** secara langsung dari pemasok nasional atau multinasional pemerintah ataupun swasta; pembelian melalui sistem pengadaan agen regional maupun internasional.

Pengadaan obat dikatakan efektif apabila:

a. Dapat mengelola hubungan yang beretika dan transparan antara pembeli dan penjual
b. Pengadaan obat yang benar dalam jumlah yang tepat
c. Dapat memperoleh biaya pengadaan yang rendah
d. Dapat memastikan bahwa seluruh prosedur pengadaan obat memiliki kualitas yang standar
e. Dapat mengatur pengiriman tepat waktu untuk mencegah kelebihan dan kekurangan stock
f. Dapat memastikan keandalan supplier dalam mengutamakan kualitas
g. Membuat jadwal pengadaan, menentukan jumlah permintaan, dan tingkat stok aman untuk mencapai biaya pengadaan terendah
h. Dapat mencapai tujuan dengan biaya yang efisien

Siklus dimulai dari menentukan jumlah kebutuhan obat sampai dengan meninjau kembali proses seleksi obat seperti yang digambarkan pada gambar 2.2 berikut:



Gambar 2.3 Siklus Pengadaan Obat (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012)

Berdasarkan gambar 2.2 di atas, siklus pengadaan obat terdiri atas 11 proses yaitu

a. Menentukan jumlah kebutuhan obat
b. Menyesuaikan kebutuhan obat dengan anggaran
c. Pemilihan Metode pengadaan
d. Mencari dan memilih supplier
e. Menentukan aturan kontrak
f. Memantau status permintaan
g. Meninjau dan mengecek obat
h. Melakukan pembayaran

i. Distribusi Obat
j. Mengumpulkan informasi tentang jumlah konsumsi obat
k. Meninjau kembali proses seleksi obat

Ada beberapa metode pengadaan obat menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) yaitu:

1. *Open Tender* (Tender Terbuka)

   Tender terbuka berlaku untuk semua rekanan yang terdaftar, dan sesuai dengan kriteria yang telah ditentukan. Pada penentuan harga lebih menguntungkan.

2. *Restricted Tender* (Tender Terbatas)

   Tender terbatas sering disebut dengan lelang tertutup. Hanya dilakukan pada rekanan tertentu yang sudah terdaftar dan punya riwayat yang baik. Harga masih bisa dikendalikan.

3. *E-procurement dan reverse auction* (pengadaan secara elektronik dan pelelangan terbalik).

   E-procurement merupakan pengadaan berbasis internet. Dalam pendekatan lelang terbalik, penawar yang memenuhi syarat mengajukan tawaran awal; penawaran terendah diterima diposting publik tanpa menyebut penawar setelah putaran pertama; dan kemudian penawar yang memenuhi syarat diundang untuk menawarkan harga yang lebih rendah dari harga terendah yang diposting. Proses terus berlanjut sampai tidak ada lagi penawaran harga. Penawaran harga yang terendah itu yang menjadi pemenang

tender.

Di Indonesia proses pengadaan obat telah dilaksanakan melalui *E-procurement* sejak tahun 2013 sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No.48 Tahun 2013. Pada tahun 2014 telah dilakukan penyesuaian yang tertuang pada Peraturan Menteri Kesehatan No. 63 Tahun 2014 tentang Pengadaan Obat berdasarkan katalog elektronik (*e-catalogue*).

4. *Competitive Negotiation* (Negosiasi Kompetitif)

   Pembelian dengan tawar menawar dilakukan bila jenis barang tidak urgen dan tidak banyak, biasanya dilakukan pendekatan langsung untuk jenis tertentu

5. *International atau local shopping* (Pembelanjaan lokal atau internasional)

   Dalam pembelanjaan lokal maupun internasional pembeli memperoleh setidaknya tiga penawaran dari pemasok namun negosiasi apapun umumnya tidak diizinkan.

6. *Direct Procurement* (Pengadaan Langsung)

   Pengadaan langsung, pembelian jumlah kecil, perlu segera tersedia. Harga tertentu relatif agak mahal.

Berdasarkan Peraturan Presiden No. 4 Tahun 2015 tentang pengadaan barang dan jasa disebutkan bahwa dalam pemilihan penyedia barang dapat dilakukan dengan:

1. Pelelangan

   Pelelangan terbagi menjadi 3 yaitu:

a. Pelelangan umum

   Pelelangan umum adalah metode pemilihan Penyedia Barang/Pekerjaan Konstruksi/Jasa Lainnya untuk semua pekerjaan yang dapat diikuti oleh semua Penyedia Barang/Pekerjaan Konstruksi/Jasa Lainnya yang memenuhi syarat

b. Pelelangan Terbatas

   Pelelangan Terbatas adalah metode pemilihan Penyedia Barang/Pekerjaan Konstruksi dengan jumlah Penyedia yang mampu melaksanakan diyakini terbatas dan untuk pekerjaan yang kompleks.

c. Pelelangan Sederhana

   Pelelangan Sederhana adalah metode pemilihan Penyedia Barang/Jasa Lainnya untuk pekerjaan yang bernilai paling tinggi Rp5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).

2. Penunjukan langsung

   Penunjukan Langsung adalah metode pemilihan Penyedia Barang/Jasa dengan cara menunjuk langsung 1 (satu) Penyedia Barang/Jasa.

3. Pengadaan Langsung

   Pengadaan Langsung adalah Pengadaan Barang/Jasa langsung kepada Penyedia Barang/Jasa, tanpa melalui Pelelangan/Seleksi/Penunjukan Langsung. Pengadaan Langsung atau Penunjukan Langsung untuk paket Pengadaan Barang/Pekerjaan Konstruksi/Jasa Lainnya yang bernilai paling tinggi Rp200.000.000,00.

Pengadaan Langsung atau Penunjukan Langsung untuk paket Pengadaan Jasa Konsultansi yang bernilai paling tinggi Rp50.000.000,00.

4. Kontes

   Kontes adalah metode pemilihan Penyedia Barang yang memperlombakan barang/benda tertentu yang tidak mempunyai harga pasar dan yang harga/ biayanya tidak dapat ditetapkan berdasarkan Harga Satuan.

5. Swakelola

   Swakelola adalah pengadaan barang/jasa dimana pekerjaannya direncanakan, dikerjakan, dan/atau diawasi sendiri oleh K/L/D/I sebagai penanggung jawab anggaran, instansi pemerintah lain dan/atau kelompok masyarakat.

Berdasarkan Peraturan Kepala Badan Pengawas Obat dan Makanan No HK.03.134.11.12.7542 Tahun 2012 tentang Pedoman Teknis Cara Dstribusi Obat yang Baik dinyatakan bahwa Instalasi Sediaan Farmasi milik pemerintah baik pemerintah pusat maupun daerah yang menyelenggarakan pengadaan, penyimpanan, dan penyaluran obat dan/atau bahan obat juga wajib menerapkan Pedoman Teknis Cara Distribusi Obat yang Baik (CDOB). Prinsip-prinsip Cara Distribusi Obat yang Baik (CDOB) berlaku untuk aspek pengadaan, penyimpanan, penyaluran termasuk pengembalian obat dan/atau bahan obat dalam rantai distribusi.

Pelaksanaan pengadaan obat di Dinas Kesehatan Kabupaten Kediri dimulai dengan perencanaan kebutuhan obat, pengajuan pengadaan ke panitia pengadaan, pemilihan pemasok sesuai yang tercantum pada *e-catalogue*, penerimaan obat, dan distribusi obat.

3. Perencanaan kebutuhan obat

Perencanaan kebutuhan obat dalam suatu populasi harus ditetapkan dan ditelaah secara rutin untuk menajmin bahwa obat yang dibelanjakan benar-benar memenuhi kebutuhan sebagian besar populasi berdasarkan pola epidemiologi penyakit, jenis pelayanan yang tersedia, maupun pola konsumsi sebelumnya.

Menurut (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012) ada 4 metode yang digunakan dalam menghitung kebutuhan obat yaitu *consumption method, morbidity method, proxy consumption method*, dan *service-level projection of budget requirements*.

3.1 Metode Konsumsi *(consumption method)*

Prinsip metode konsumsi adalah menghitung kebutuhan obat tahun yang akan datang berdasarkan pola pemakaian atau pola konsumsi obat tahun lalu (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012). Metode ini menunjukkan gambaran banyaknya jenis dan jumlah obat yang digunakan oleh semua unit pelayanan tertentu untuk mengobati kasus penyakit selam periode waktu tertentu, misalnya setahun

sekali.

Metode ini dapat digunakan secara efektif apabila tersedia data penggunaan obat dari tahun ke tahun tersedia secara lengkap dan konsumsi di unit pelayanan bersifat konstan dan tidak fluktuatif.

Langkah yang dilakukan dalam penghitungan kebutuhan obat berdasarkan metode konsumsi adalah:

1. Mempersiapkan daftar obat yang akan dihitung
2. Menentukan jangka waktu penyediaan obat
3. Memasukkan data masing-masing obat yang meliputi:
   a. Daftar nama obat
   b. Stok awal
   c. Penerimaan
   d. Pengeluaran
   e. Sisa stok
   f. Obat hilang, rusak, kadaluarsa
   g. Kekosongan obat
   h. Waktu tunggu (*lead time*)
   i. Pola kunjungan
4. Menghitung pemakaian rata-rata per bulan
5. Menghitung stok pengaman (*safety stock*) yang diperlukan untuk masing-masing obat
6. Menghitung jumlah masing-masing obat yang diperlukan untuk pengadaan yang akan datang

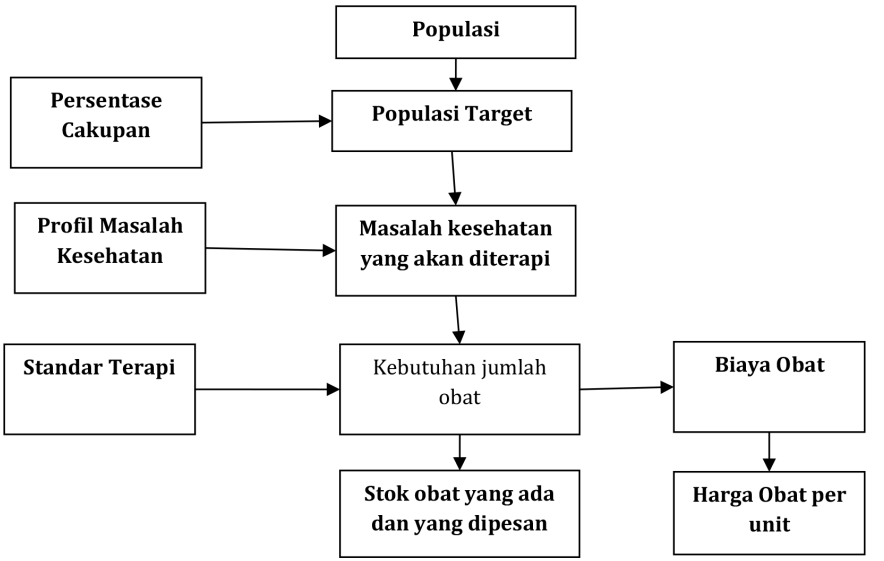
Rumus: **A = (B+C+D) - E**

Keterangan:
A = Rencana Pengadaan
B = Pemakaian rata-rata x 12 bulan
C = Buffer Stock (10%-20%)
D = Lead time 3-6 bulan
E = Sisa Stok

Metode Morbiditas (*morbidity method*)

Metode morbiditas merupakan metode yang paling ideal untuk menghitung kebutuhan obat secara nyata karena berdasarkan penghitungan pada morbiditas dan mortalitas penyakit di daerah setempat. Data yang dibutuhkan dalam metode morbiditas adalah data kunjungan pasien, daftar penyakit secara umum, daftar obat esensial dalam termasuk dalam terapi penyakit tersebut dan pedoman standar pengobatan untuk menghitung kebutuhan (berdasarkan terapi pengobatan yang telah diberikan kepada pasien atau berdasarkan pedoman standar pengobatan).

Berikut disajikan diagram alur proses penghitungan obat dengan menggunakan metode morbiditas.



Gambar 6.4 Diagram alur penghitungan kebutuhan metode morbiditas (Quick, Embrey, Dukes, & Musungu, 2012)

Adapun langkah pada metode morbiditas adalah:

1. Menentukan daftar penyakit
2. Menentukan daftar obat yang dihitung
3. Menentukan standar pengobatan

Dalam menentukan standar pengobatan ada beberapa hal yang harus diperhatikan:

a. Persentase episode terapi obat yang akan diresepkan
b. Nama tiap obat dan kekuatan/konsentrasi per umur atau berat badan
c. Satuan
d. Jumlah satuan ditiap dosis rata-rata pada penyakit
e. Jumlah rata-rata dosis dari tiap obat per hari

f. Jumlah rata-rata hari terapi untuk tiap obat periode

Dalam menghitung jumlah kebutuhan obat di tiap penyakit digunakan rumus :

$$Qe = Dcu \times Nd \times Ld$$

Keterangan:

Qe = Jumlah obat yang dibutuhkan untuk setiap periode terapi
Dcu = Satuan dosis
Nd = Jumlah dosis per hari
Ld = Lama terapi dalam satu hari

4. Mengumpulkan data morbiditas dari setiap penyakit
5. Menghitung episode terapi dari tiap penyakit

Pada penghitungan episode terapi perlu memperhatikan informasi terkait jumlah kunjungan, jika ada informasi terkait jumlah kunjungan maka episode terapi dapat diestimasi secara langsung dari kelompok sasaran. Dan jika tidak ada informasi jumlah kunjungan maka harus diestimasi dari populasi dan frekuensi kunjungan per penduduk pada populasi target.

Penghitungan jumlah di tahun n+1 diestimasi ada perubahan sebesar 5% (Au). Untuk menghitung jumlah kunjungan penyakit digunakan rumus:

$$Ce = C + (C \times Au)$$

Keterangan:
Ce = Jumlah kunjungan yang diprediksi.
C = Jumlah kunjungan tahun sebelumnya.
Au = Justifikasi perubahan jumlah kunjungan sebesar 5%.
Langkah selanjutnya yaitu menghitung jumlah episode *treatment* dengan menggunakan rumus:

$$Et = Ce \times F$$

Keterangan:

Et = Episode terapi yang diprediksi

Ce = Jumlah kunjungan yang diharapkan

F = Frekuensi penyakit (per 1000)

6. Menghitung jumlah kebutuhan obat di tiap penyakit.

   Penghitungan jumlah kebutuhan obat tiap penyakit dapat menggunakan rumus:

$$Qt = Et \times Qe \times Pt$$

   Keterangan:

   Qt = Jumlah total yang dibutuhkan.

   Pt = Persentase kasus yang diterapi.

   Persentase kasus yang diterapi maksudnya adalah persentase jumlah pasien dengan penyakit tertentu yang dihubungkan dengan golongan umur.

7. Menggabungkan estimasi dari tiap obat dari setiap penyakit ke dalam daftar induk pengadaan

   Langkah ini dimulai dengan menjumlahkan total obat yang sama dari tiap-tiap terapi penyakit, misalnya obat parasetamol digunakan untuk 4 terapi yang berbeda (malaria tingkat 1, malaria tingkat 2, otitis media, dan tonsillitis). Dari keempat terapi tersebut, dihitung kebutuhan total parasetamol dan dimasukkan ke dalam daftar induk pengadaan.

8. Menetapkan jumlah obat untuk menutupi penyakit lainnya
9. Menetapkan posisi stock saat ini
10. Menyesuaikan jumlah kerugian yang diperkirakan
11. Memperkirakan biaya dari setiap obat dan *total cost*
12. Membandingkan *total cost* dengan anggaran dan buat justifikasi

3.2 Metode Konsumsi Proxi (*proxy consumption method*)

Seringkali sistem persediaan obat memiliki informasi yang kurang lengkap dan terbatas. Jika penghitungan kebutuhan obat dengan metode konsumsi dan morbiditas tidak memungkinkan untuk dilakukan maka metode konsumsi *proxy* dapat menjadi alternatif pilihan.

Langkah-langkah metode konsumsi proxy sebagai berikut:

1. Menentukan sistem standar pengobatan sebagai perbandingan
2. Menyusun daftar obat
3. Menentukan periode waktu yang dikaji
4. Meninjau data sistem standar untuk dikompilasi dengan data kunjungan atau populasi
5. Menentukan denominator
6. Menentukan jumlah konsumsi pada sistem standar
7. Membandingkan angka konsumsi dari sistem standar dengan sistem target
8. Penyesuaian kesalahan
9. Memperkirakan biaya tiap-tiap obat dan total cost dan buat penyesuaian

3.3 Metode proyeksi tingkat layanan dari kebutuhan anggaran *(service-level projection of budget requirements)*.

Metode ini digunakan untuk mengestimasi kebutuhan anggaran obat, tidak dikhususkan untuk menghitung jumlah kebutuhan obat. Langkah-langkah metode proyeksi tingkat layanan berdasarkan kebutuhan anggaran sebagai berikut:

1. Menentukan kategori fasilitas dan menghitung jumlah dari tiap tiap kategori
2. Menentukan denominator kunjungan pasien dari tiap tiap kategori fasilitas dan estimasikan rata-rata jumlah kunjungan pasien masing-masing tipe per kategori fasilitas

3. Hitung biaya rata-rata kunjungan
4. Hitung total biaya proyeksi obat

3. Penerimaan

Penerimaan merupakan kegiatan untuk menjamin kesesuaian jenis spesifikasi, jumlah, mutu, waktu penyerahan dan harga yang tertera dalam surat pesanan dengan kondisi fisik yang diterima.

4. Penyimpanan obat

Obat/bahan Obat harus disimpan dalam wadah asli dari pabrik. Dalam hal pengecualian atau darurat dimana isi dipindahkan pada wadah lain wadah lain, , maka harus dicegah terjadinya kontaminasi dan harus di tulis nformasi yang jelas pada wadah baru. Sekurang kurangnya- memuat bkurangnya mmemuat nama Obat, nomor batch dan tanggal kadaluwarsa.

4.1 Semua Obat/bahan Obat harus disimpan pada kondisi yang sesuai sehingga terjamin keamanan dan stabilitasnya.

4.2 Sistem penyimpanan dilakukan dengan memperhatikan bentuk sediaan dan kelas terapi Obat serta disusun secara alfabetis.

4.3 Pengeluaran Obat memakai sistem FEFO (First Expire First Out) dan FIFO (First In First Out)

Menurut Kementerian Kesehatan (2010) penyimpanan adalah suatu kegiatan menyimpan dan memelihara dengan cara menempatkan obat dan perbekalan kesehatan yang diterima pada tempat yang

dinilai aman dari pencurian serta gangguan fisik yang dapat merusak mutu obat dan perbekalan kesehatan. Menurut Seto (2008), Gudang Farmasi adalah awal dari penyimpanan perbekalan farmasi yang datang dari supplier, perbekalan farmasi tersebut kemudian didistribusikan ke bagian rawat inap, rawat jalan, dan unit-unit pelayanan rumah sakit yang membutuhkannya.

Gudang penyimpanan perbekalan farmasi memiliki persyaratan yaitu:

1. *Accesibility*, adalah ruang penyimpanan harus mudah dan cepat diakses.
2. *Size*, adalah ruang penyimpanan harus cukup untuk menampung barang yang ada.

Menurut Seto (2008) , persyaratan ruang penyimpanan perbekalan farmasi yaitu:

1. *Utilities*, ruang penyimpanan memiliki sumber listrik, air, AC, dan sebagainya.
2. *Communication*, ruang penyimpanan harus memiliki alat komunikasi misalnya telepon.
3. *Drainage*, ruang penyimpanan harus berada di lingkungan yang baik dengan sistem pengairan yang baik pula.
4. *Security*, ruang penyimpanan harus aman dari resiko pencurian dan penyalahgunaan serta hewan pengganggu.

Memeriksa barang/obat secara berkala dan menjaga barang/obat dari kerusakan/hilang merupakan fungsi dari pemeliharaan dan pengendalian (*controlling*).

Salah satu faktor yang perlu diperhatikan di dalam fungsi penyimpanan dan gudang adalah memelihara gedung dan peralatannya dengan sebaik mungkin.

Menurut Kemenkes (2010) tujuan penyimpanan obat adalah untuk:

1. Memelihara mutu obat
2. Menghindari penyalahgunaan dan penggunaan yang dalah
3. Menjaga kelangsungan persediaan
4. Memudahkan pencarian dan pengawasan

Sedangkan kegiatan penyimpanan obat meliputi:

1. Penyiapan sarana penyimpanan
2. Pengaturan tata ruang
3. Penyusunan obat
4. Pengamatan mutu obat

Setiap kegiatan penyimpanan obat akan dijelaskan sebagai berikut:

1. Penyiapan sarana penyimpanan

   Ketersediaan sarana yang ada di unit pengelola obat dan perbekalan kesehatan bertujuan untuk mendukung jalannya organisai. Adapun sarana yang minimal sebaiknya tersedia adalah:

   a. Gedung dengan luas $300m^2$- $600m^2$
   b. Kendaraan roda dua dan roda empat, dengan jumlah 1-3 unit
   c. Komputer dan printer dengan jumlah 1-3 unit
   d. Telepon dan faksimile dengan jumlah 1 unit

e. Sarana penyimpanan:
   1) Rak : 10-15 unit
   2) Pallet : 40-60 unit
   3) Lemari : 5-7 unit
   4) Lemari khusus : 1 unit
   5) Cold chain
   6) Cold box
   7) Cold pack
   8) Generator
f. Sarana Administrasi Umum:
   1) Brankas : 1 unit
   2) Mesin Tik : 1-2 unit
   3) Lemari Arsip : 1-2 unit
g. Sarana Administrasi Obat dan Perbekalan Kesehatan:
   1) Kartu Stok
   2) Kartu Persediaan Obat
   3) Kartu Induk Persediaan Obat
   4) Buku Harian Pengeluaran Barang
   5) Surat Bukti Barang Keluar (SBBK)
   6) Laporan Pemakaian dan Laporan Permintaan Obat (LPLPO)
   7) Kartu Rencana Distribusi
   8) Lembar bantu penentuan proporsi stok optimum

2. Pengaturan tata ruang

   Faktor yang perlu dipertimbangkan dalam mengatur tata ruang adalah:

   a. Kemudahan bergerak
      Untuk kemudahan bergerak, maka gudang perlu

ditata sebagai berikut:

1) Gudang jangan menggunakan sekat-sekat karena akan membatasi pengaturan ruangan. Jika digunakan sekat, perhatikan posisi dinding dan pintu untuk mempermudah gerak.
2) Berdasarkan arah arus penerimaan dan pengeluaran obat, ruang gudang dapat ditata berdasarkan sistem:
   a) Arus garis lurus
   b) Arus U
   c) Arus L
3) Sirkulasi udara yang baik

   Salah satu faktor penting dalam merancang gudang adalah adanya sirkulasi udara yang cukup di dalam ruangan gudang. Sirkulasi yang baik akan memaksimalkan stabilitas obat sekaligus bermanfaat dalam memperbaiki kondisi kerja petugas. Idealnya dalam gudang terdapat AC, namun biayanya akan menajdi mahal untuk ruang gudang yang luas. Alternatif lain menggunakan kipas angin/ventilator/ rotator. Perlu adanya pengukur suhu di ruangan penyimpanan obat dan dilakukan pencatatan suhu.

b. Penempatan Rak dan Pallet

   Penempatan rak yang tepat dan penggunaan pallet akan dapat meningkatkan sirkulasi udara dan pemindahan obat. penggunaan pallet memberikan keuntungan:

1) Sirkulasi udara dari bawah dan perlindungan terhadap banjir dan serangan serangga (rayap).
2) Melindungi sediaan dari kelembaban.
3) Memudahkan penanganan stok.
4) Dapat menampung obat lebih banyak.
5) Pallet lebih murah daripada rak.

c. Kondisi penyimpanan khusus
1) Vaksin dan serum memerlukan Cold Chain khusus dan harus dilindungi dari kemungkinan putusnya aliran listrik (harus tersedia generator).
2) Narkotika dan bahan berbahaya harus disimpan dalam lemari khusus dan selalu terkunci sesuai dengan peraturan yang berlaku.
3) Bahan-bahan mudah terbakar seperti alkohol, eter, dan pestisida harus disimpan dalam ruangan khusus, sebaiknya disimpan di bangunan khusus terpisah sari gudang induk.

d. Pencegahan kebakaran

Perlu dihindari adanya penumpukan bahan-bahan yang mudah terbakar seperti dus, karton, dan lain-lain. Alat pemadam kebakaran harus diletakkan pada tempat yang mudah dijangkau dan dalam jumlah yang cukup. Contohnya: tersedia bak pasir, tabung pemadam kebakaran, karung goni, galah berpengait besi.

3. Penyusunan obat

Obat disusun menurut bentuk sediaan dan alfabetis. Untuk memudahkan pengendalian stok maka dilakukan langkah berikut:

a. Gunakan prinsip *First Expired date First Out* (FEFO) *dan First In First Out* (FIFO) dalam penyusunan obat yaitu obat yang masa kadaluarsanya lebih awal atau yang diterima lebih awal biasanya juga diproduksi lebih awal sebab umunya obat yang datang lebih awal biasanya juga diproduksi lebih awal dan umurnya relatif lebih tua dan masa kadaluarsanya mungkin lebih awal.
b. Susun obat dalam kemasan besar di atas pallet secara rapi dan teratur. Untuk obat dengan kemasan kecil dan jumlahnya sedikit disimpan dalam rak dan pisahkan antara obat dalam dan obat untuk pemakaian luar dengan memperhatikan keseragaman nomor batch.
c. Gunakan lemari khusus untuk menyimpan narkotika dan psikotropika
d. Simpan obat yang stabilitasnya dapat dipengaruhi oleh temperatur, udara, cahaya, dan kontaminasi bakteri pada tempat yang sesuai.
e. Cantumkan nama masing-masing obat pada rak dengan rapi
f. Apabila persediaan obat cukup banyak, maka biarkan obat tetap dalam boks masing-masing.

4. Pengamatan mutu obat

   Mutu obat yang disimpan di ruang penyimpanan dapat mengalami perubahan baik karena faktor fisik maupun kimiawi yang dapat diamati secara visual. Jika dari pengamatan visual diduga ada kerusakan yang tidak dapat diterapkan dengan cara organoleptik, harus

dilakukan sampling untuk pengujian laboratorium.

Tindak lanjut terhadap obat yang terbukti rusak/ kadaluarsa adalah sebagai berikut :

a. Dikumpulkan, intervensi dan disimpan terpisah dengan penandaan/label khusus.
b. Dikembalikan atau diklaim sesuai aturan yang berlaku.
c. Dihapuskan sesuai aturan yang berlaku serat dibuat berita acaranya.

5. Distribusi obat

Distribusi obat menurut Kementerian Kesehatan (2010) adalah suatu rangkaian kegiatan dalam rangka pengeluaran dan pengiriman obat, terjamin keabsahan, tepat jenis dan jumlah secara merata dan teratur untuk memenuhi kebutuhan unit-unit pelayanan kesehatan. Tujuan utama pengelolaan distribusi adalah menjaga agar persediaan obat dalam kondisi optimal dan menyalurkan ke fasilitas yang membutuhkan dengan menggunakan sumber daya dengan cara yang paling efektif. Sistem distribusi yang baik menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) harus dapat:

1. Mempertahankan stok tetap optimal
2. Memastikan kondisi obat tetap baik selama proses pendistribusian
3. Meminimalkan obat yang tidak dapat digunakan karena kadaluarsa ataupun rusak
4. Menghasilkan catatan logistik obat yang akurat

5. Penyimpanan obat secara rasional
6. Menggunakan sumber daya transportasi seefektif mungkin
7. Mengurangi kehilangan dan kerusakan
8. Menyediakan informasi yang dibutuhkan untuk peramalan kebutuhan obat
9. Menjadi program asuransi yang berkualitas

Menurut Kementerian Kesehatan (2010) kegiatan distribusi obat di Kabupaten/Kota terdiri dari:

1. Kegiatan distribusi rutin mencakup distribusi untuk kebutuhan pelayanan umum di unit pelayanan kesehatan

   Instalasi farmasi kabupaten/kota merencanakan dan melaksanakan pendistribusian obat ke unit pelayanan kesehatan di wilayah kerjanya sserta sesuai kebutuhan. Penetapan frekuensi pengiriman obat ke unit pelayanan ditetapkan dengan memperhatikan:

   a. Anggaran yang tersedia
   b. Jarak dan kondisi geografis dari IFK ke UPK
   c. Fasilitas gudang UPK
   d. Sarana yang ada di IFK.
2. Kegiatan distribusi khusus yang mencakup distribusi obat untuk:

   a. Program kesehatan
   b. Kejadian luar biasa
   c. Bencana (alam dan sosial)

Tata cara pendistribusian obat yaitu:

1. IFK Kabupaten/ Kota melaksanakan distribusi obat ke Puskesmas dan di wilayah kerjanya sesuai kebutuhan masing-masing Unit Pelayanan Kesehatan.
2. Puskesmas Induk mendistribusikan kebutuhan obat untuk Puskesmas Pembantu, Puskesmas Keliling dan Unit-unit Pelayanan Kesehatan lainnya yang ada di wilayah binaannya.
3. Distribusi obat-obatan dapat pula dilaksanakan langsung dari IFK ke Puskesmas Pembantu sesuai dengan situasi dan kondisi wilayah atas persetujuan Kepala Puskesmas yang membawahinya.

Tata cara distribusi obat ke Unit Pelayanan Kesehatan dapat dilakukan dengan cara penyerahan oleh IFK ke Unit Pelayanan Kesehatan, pengambilan sendiri oleh UPK di IFK, atau cara lain yang ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten/ Kota. Obat yang telah dikeluarkan harus segera dicatat dan dibukukan pada Buku Harian Pengeluaran Obat sesuai data obat dan dilakukan dokumentasi.

Kegiatan yang harus dilakukan dalam pendistribusian obat adalah:

1. Petugas penyimpanan dan penyaluran mengelola dan mencatat pengeluaran obat di Buku Harian Pengeluaran Obat.
2. Buku Harian Pengeluaran Obat memuat semua catatan pengeluaran obat,baik mengenai data obat

maupun catatan dokumen obat tersebut.

3. Buku Catatan Harian Pengeluaran Obat ditutup tiap hari dan dibubuhi paraf/tanda tangan Kepala IFK.
4. Kolom buku harian pengeluaran obat diisi sebagai berikut:
   a. Nomor urut sesuai dengan pengeluaran obat
   b. Tanggal pengeluaran barang
   c. Nomor tanda bukti pengeluaran baik yang berupa surat kiriman dan tanggal dokumen tersebut
   d. Nama perusahaan pengirim
   e. Jumlah item obat
   f. Total harga
   g. Keterangan

6. Penggunaan obat

Penggunaan obat merupakan salah satu mata rantai yang tidak terpisahkan dari fungsi pengelolaan obat yang lain. Aspek penggunaan obat di instalasi pengelola obat kabupaten/kota diletakkan dalam konteks dukungan terhadap kerasionalan peresepan, yang meliputi hal-hal sebagai berikut:

1. Pengendalian kecukupan suplai
2. Jaminan Mutu
3. Evaluasi konsumsi obat terhadap pola morbiditas
4. Penerapan pedoman pengobatan rasional

Penggunaan obat yang tepat, sesuai dengan pedoman pengobatan akan dapat menunjang optimasi

penggunaan dana, meningkatkan cakupan dan mutu pelayanan kesehatan. Ketepatan penggunaan obat di unit pelayanan kesehatan perlu didukung antara lain oleh ketersediaan obat yang tepat jenis dan jumlahnya serta dengan mutu yang baik.

Penggunaan obat dikatakan rasional jika obat-obatan yang diberikan memenuhi kriteria di bawah ini (Kementerian Kesehatan, 2010):

1. Tepat diagnosis
2. Tepat indikasi penyakit
3. Tepat pemilihan obat
4. Tepat dosis
5. Tepat cara pemberian
6. Tepat pasien
7. Tepat informasi
8. Waspada terhadap efek sampig
9. Cost Effectiveness

Penggunaan obat yang tidak rasional kemungkinan dapat memberikan dampak negatif lebih besar dibandingkan dengan manfaat yang diterima oleh pasien. Dampak negatif dapat berupa:

1. Dampak klinis (misalnya terjadi efek samping dan resistensi kuman)
2. Dampak ekonomi (biaya tidak terjangkau karena penggunaan obat yang tidak rasional dan waktu perawatan yang lebih lama)
3. Dampak sosial (ketergantungan pasien terhadap

intervensi obat).

Menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) dalam tahap penggunaan obat harus melakukan hal-hal berikut ini :

1. Mengelola penggunaan obat secara rasional
2. Mempromosikan resep rasional
3. Memastikan peracikan obat yang baik
4. Mendorong penggunaan obat yang tepat untuk pasien

7. Manajemen Pendukung

Menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) manajemen pendukung pada pengelolaan obat, berada padap osisi sentral, yang terdiri dari :

7.1 Perencanaan dan Administrasi

Perencanaan dan administrasi meliputi:

a. Penilaian sistem persediaan
b. Pengelolaan program kefarmasian
c. Perencanaan manajemen kefarmasian
d. Kontrak kerjasama dengan perusahaan farmasi dan supplier
e. Perencanaan keuangan
f. Perencanaan fasilitas pergudangan

7.2 Manajemen Informasi

Manajemen informasi terdiri dari:

a. Monitoring dan Evaluasi
b. Sistem informasi obat

7.3 Manajemen Sumber Daya Manusia

Manajemen sumber daya manusia terdiri dari:

a. Pengembangan kemampuan SDM
b. Desain dan pelaksanaan program pelatihan

PENGENDALIAN OBAT

1. Pemusnahan

Obat kadaluwarsa atau rusak harus dimusnahkan sesuai dengan jenis dan bentuk sediaan. Pemusnahan obat kadaluwarsa rusak yang mengandung narkotika atau psikotropika dilakukan oleh Apoteker dan disaksikan oleh yang erwenang.Pemusnahan Obat selain narkotika dan psikotropika dilakukan oleh Apoteker dan disaksikan oleh tenaga kefarmasian lain Pemusnahan dibuktikan dengan berita acara pemusnahan menggunakan Formulir 1 sebagaimana terlampir.

Resep yang telah disimpan melebihi jangka waktu 5 (lima) tahun dapat dimusnahkan. dengan cara dibakar atau cara pemusnahan lain yang dibuktikan dengan Berita Acara Pemusnahan Resep menggunakan Formulir 2, sebagaimana terlampir, dan selanjutnya dilaporkan kepada dinas terkait.

2. Pengendalian

Pengendalian dilakukan untuk mempertahankan jenis dan jumlah persediaan sesuai kebutuhan pelayanan, melalui pengaturan sistem pengadaan, penyimpanan dan pengeluaran. Hal ini bertujuan

untuk menghindari terjadinya kelebihan, kekurangan, kekosongan, kerusakan, kadaluwarsa, kehilangan serta pengembalian, kekosongan, kerusakan pesanan. Pengendalian persediaan dilakukan menggunakan kartu stok baik dengan cara manual atau elektronik. Kartu stok sekurang-kurangnya memuat nama obat, tanggal kedaluarsa,jumlah pemasukaj, jumlah pengeluaran dan sisa persediaan

3. Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dilakukan pada setiap proses pengelolaan Sediaan Farmasi, alat Kesehatan dan Bahan Medis Habis Pakai meliputi pengadaan (surat pesanan faktur), penyimpanan (kartu Stok), penyerahan (nota atau stuk penjualan) dan pencatatan lainnya, diseuaikan dengan kebutuhan. Beberapa hal ini sudah disediakan oleh fitur software apotek.

Pelaporan terdiri dari pelaporan internal dan eksternal. Pelaporan internal merupakan pelaporan yang digunakan untuk kebutuhan manajemen Apotek, meliputi keuangan, barang dan laporan lainnya. Pelaporan eksternal merupakan pelaporan yang dibuat untuk memenuhi kewajiban sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. Meliputi pelaporan narkotika (menggunakan Formulir 3 sebagaimana terlampir: sikotropika (menggunakan psikotropika (menggunakan Formulir 4 sebagaimana dan pelaporan lainnya.

NB. Software Klinik Dan Software Apotek

Term dalam manajemen obat/alkes

1. **Stagnant**

   Menurut Muzakin (2008) obat dikatakan *stagnant* jika sisa obat pada akhir bulan lebih dari tiga kali rata-rata pemakaian obat per bulan.

2. ***Stockout*** jika sisa stok obat pada waktu melakukan permintaan obat adalah kosong (Setyowati dan Purnomo, 2004).

3. ***Overstock***. Sedangkan menurut Quick, Embrey, Dukes, & Musungu (2012) obat dikatakan *overstock* dan *stockout* jika:

   > *"Overstocks may occur if several months worth's of stock are on hand or on order when a new order is placed. Stockout may result if significant quantities from an upcoming order are on back-order to lower-level facilities and this amount is not factored into reoder quantity".* Overstock dapat terjadi jika stok beberapa bulan berada di tangan atau pada pesanan ketika pesanan baru ditempatkan. Stockout dapat terjadi jika jumlah yang signifikan dari pesanan yang akan datang adalah pada back-order ke fasilitas tingkat bawah dan jumlah ini tidak diperhitungkan dalam jumlah reoder ".

   Dapat disimpulkan bahwa stok berlebih dapat terjadi jika stok menumpuk karena masih ada sisa stok beberapa bulan dan dalam waktu bersamaan

ada tambahan pesanan obat datang. Sedangkan stockout dapat terjadi jika jumlah stok kosong karena keterlambatan pemesanan atau pengiriman.

Tabel 6.1 Definisi Operasional Variabel, Indikator, Cara Pengukuran, dan Hasil

	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
1.	Seleksi Obat	Seleksi Obat adalah menentukan jenis obat yang diperlukan sesuai kebuthan dan Formularium Nasional Indikator Metode yangh digunakan	wawacara dan dokumen rencana kebutuhan obat	penghitungan nilai kesesuaain Mean dan Min-max kemudian dikategorikan. 1. Baik = >80% 2. Cukup = 60%-79% 3. Kurang = <60%
2.	Pengadaan Obat			
2.1	Perenca-naan obat	Perencanaan adalah kegiatan yang dilakukan dalam rangka merancang jumlah kebutuhan obat. Indikator. metode konsumsi	Rumus: Metode Konsumsi: A = (B+C+D)-E A : Rencana Pengadaan B : Pemakaian rata-rata x 12 bulan C : *Buffer Stock* D : *Lead Time* E : Sisa Stock	penghitungan kebutuhan obat: 1. pemakaian rata-rata per bulan 2. jumlah kekosongan 3. waktu tunggu 4. jumlah obat kadaluarsa 5. *buffer stock* 6. Penghitungan sisa stok

	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
2.2	Penga daan obat	Pengadaan obat adalah kegiatan pembelian sejumlah obat berdasarkan kebutuhan Indikator. 1. Waktu pengadaan 2. Proses pengadaan	Pengadaan obat. Di hitung menggunakan rumuS pengadaan= = SO – SS SO = SK + SWK + SWT + SP **Keterangan** : **SO** = Stok optimum **SK** = Stok Kerja (Stok pada periode berjalan) **SWK** = Jumlah yang dibutuhkan pada waktu kekosongan obat **SWT** = Jumlah yang dibutuhkan pada waktu tunggu *(Lead Time)* **SP** = Stok penyangga **SS** = Sisa Stok	Kesesuaian waktu dan proses pengadaan setiapjenis obat dengan kebuthuan Pengukuran dilakukan dengan menghitung mean, standar deviasi, dan range minimal-maksimal.

	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
2.3	Penerima an obat	1. Penerimaan obat Gudang Farmasi dan Alat Kesehatan dari pemasok Indikator. 1. Kesesuaian jenis obat 2. Kesesuaian jumlah obat.	Transaksi penerimaan	Penerimaan setiap jenis dan jumlah obat dibandingkan dengan permintaan obat Menghitung mean, standar deviasi, dan range minimal-maksimal.
3.	Penyim pan obat	Penyimpanan obat adalah kegiatan yang dilakukan Gudang Farmasi dan Alat Kesehatan dalam rangka memelihara obat agar aman dan terjaga dari kerusakan. Indikator.	1. Penyiapan sarana penyimpanan 2. Pengaturan tata ruang 3. Penyusunan obat 4. Pengamatan mutu	Dilakukan dengan pengisian lembar *checklist* dengan observasi dan

	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
4.	Distribusi Obat	Distribusi obat adalah kegiatan pengeluaran, obat ke uni pelayanan Indikator 1. Bukti transaksi	2. Rencana *schedule* distribusi obat 3. Ketersediaan permohonan permintaan dari unit layanan 4. Ketersediaan formulir pengecekan/ persetujuan dari Kepala Farmasi 5. Ketersediaan formulir pengiriman / penerimaan 6. Pelaksanaan pengecekan dan penyesuaian permintaan dari unit layanan 7. Ketersediaan sarana *repacking* obat 8. Tersedia bukti pengeluaran obat	Dilakukan dengan pengisian lembar *checklist* dengan observasi dan wawancara kepada petugas, kemudian dihitung persentase kesesuaianya dan dihitung mean, nilai min-max untuk mengetahui kualitas distribusi obat.

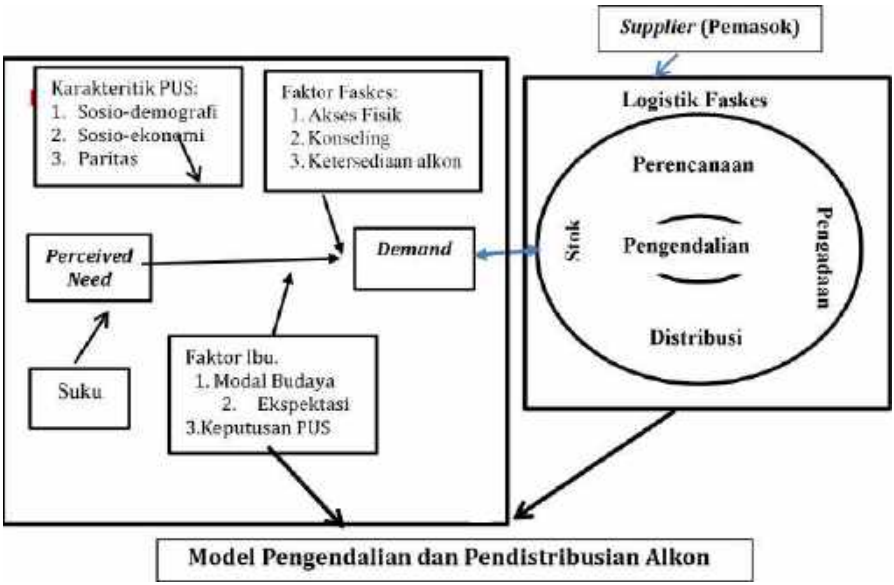
	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
5.	Pengguna an obat	Penggunaan obat adalah jumlah pemakaian obat Indikator. Jumlah dan nenis obat Dimkesi tempat dan waktu	Ketepatan laporan pemakaian obat	Rekapitulasi pelaporang (bulan, ,tirwulan 6 bulan. kategori: 1. Tepat waktu penyerahan 2. Terlambat
6.	Manajemen Pendukung	Manajemen pendukung adalah pengelolaan dalam rangka mendukung siklus obat yang meliputi : 1. Administrasi dan Perencanaan 2. Manajemen Informasi 3. Manajemen SDM	1. Ketersediaan anggaran 2. Proses perencanaan obat 3. Monitoring dan evaluasi 4. Sistem informasi obat 5. SDM pengelola obat (jumlah dan latar belakang pendidikan)	Dukungan manajemen dalam pengendalian

	Variabel	Defini9si Operasional &Indikator	Pengukuran	Hasil
7.	Ketersediaan Obat	Ketersediaan obat adalah jumlah sisa stock obat yang dimiliki oleh Gudang Farmasi dan Alkes dan dibandingkan dengan stok optimum Indikator. Jenis dan jumlah obat .	Perhitungan dokumen transaksi 1. Kategori *Stagnant* jika sisa stok > 6 kali rata-rata pemakaian dalam 1 tahun 2. Kategori *Buffer* jika sisa stok ≤ 6 kali rata-rata pemakaian dalam 1 tahun Kategori *Stockout* jika sisa stok= 0	Kondisi persediaanj: dalam prosentase sisa obat berdas arkan kondisi obat aman menurut *stagnant*, *buffer*, dan *stockout*.

Tabel 6.2 Kondisi Ketersediaan Obat di Unit atau di farmasi Rumah Sakit Tahun.....

No	Unit	Kondisi Ketersediaan Obat					
		Stagnant	Standart	*Buffer*	Standart	*Stockout*	Standart
1	A	29%	0%	52%	100%	19%	0%
2	B	35%		25%		40%	
3	C	73%		21%		6%	
4	D	38%		33%		29%	
5	E	23%		52%		25%	

Penerapan Manajemen Logistik, Pemasok dan Need-Demand terpadu (Quick et.al. 2012,. Lemesque et.al.,2013., Benny Tjahyono 2109.)



Gambarb 6.5 Model Manajemen Logistik Faskes, Pemasok dan Need-demand

NB. Lemesque et.al 2013. *Conceptual framework of access to health care. International Journal for Equity in Health 2013, 12:18*

Hospital Care Leadership

BAB 7

KEPEMIMPINAN

Kepemimpinan atau *leadership* adalah sebuah **seni** untuk membuat orang lain mau melakukan keinginan kita, sehingga seolah-olah itu adalah kehendak mereka sendiri. Seperti yang dikatakan oleh Douglas Eisenhower dari Amerika Serikat, ***'Leadership is the art of getting someone else to do something you want done,t because you want to do it'.*** Inilah cara terbaik agar sebuah perusahaan atau tim bisa maju dan sukses.

Kita harus bisa meyakinkan dan memotivasi orang lain bahwa keinginan dan tujuan yang telah kita tetapkan adalah juga keinginan mereka dan bukan sesuatu yang kita bebankan sehingga mereka bekerja dengan sungguh-sungguh. Namun, tentu saja kita harus bisa memberikan dorongan positif dan semangat serta motivasi yang baik kepada mereka, supaya mereka mau melakukan apa yang telah menjadi tujuan bersama. Oleh karena untuk

menjadi seorang pemimpin yang baik sekaligus sukses, kita harus **mampu memotivasi orang yang ada di sekitar kita**. Caranya dengan meng hidupkan suasana positif dan menghilangkan suasana negatif yang ada. Salah satu yang penting adalah kita harus selalu membuat pola berpikir kita menjadi positif karena *'"Positive thinkers get positive result because they are not afraid of problems'.*

Berikut perbedaan antara pola pikir negatif dan positif. Orang yang selalu berpikiran negatif akan berkata, "Susah Pak", "Begini Pak", dan "Kenapa kok begini". Semangat negatif selalu memberikan kecemasan dan sulit mencapai hasil positif. Dengan berpikiran negatif, seseorang tidak akan pernah memberikan kritik yang membangun, karena mereka tidak memberikan kepercayaan pada diri sendiri untuk mencapai sukses. Sebaliknya mereka yang selalu berpikiran positif akan selalu berkata, "Saya bisa Pak", "Saya sanggup Pak", dan bisa menjalankan pekerjaan dengan benar. Itulah orang-orang nantinya akan menjadi pribadi yang sukses dan yang baik bagi kelangsungan usaha Seseorang. Jadi, kalau **Seseorang berposisi sebagai pemimpin, cobalah mencari orang-orang yang memiliki pemikiran positif untuk menjadi bawahan Seseorang**. Kemudian Seseorang juga harus bisa meng **"create a sense of belonging"**, misalnya semangat kepemilikan dan lain-lain, supaya semua orang di bawah Seseorang mau bekerja dan mempunyai semangat serta visi yang sama dengan Seseorang. Pada akhirnya bawahan Seseorang akan bekerja dengan semangat tinggi dan merasa

mencapai tujuan mereka sendiri yang sebenarnya sama dengan tujuan Seseorang.

"**The first and last task of a leader is to keep the hope alive. The hope that we can finally find our way through to be a better world".** Tugas pertama dan terakhir dari seorang pemimpin adalah senantiasa menghidupkan harapan kita sehingga kita bisa mencapai kesuksesan setelah melalui semua kesulitan dan kegagalan. John Gardner.

Peter Drucker, 2007, menekankan dua hal penting bagi pemimpin, yakni *pertama* **charisma** masih penting, tetapi harus dijabarkan bahwa seorang pemimpin itu harus mempunyai **visi** dan menjalankan segala misinya dengan jelas. *Kedua*, adanya kesadaran bahwa pempimin adalah tanggung jawab, bukanlah suatu fasilitas.

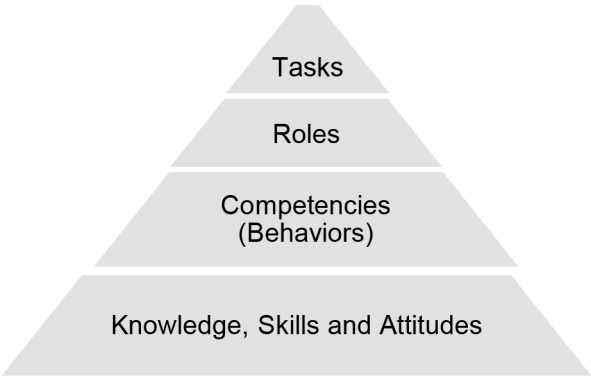
Fungsi dan tugas pemimpin

Beberapa fungsi dan tugas, tanggung jawabnya

1. mampu memberikan harapan kepada bawahannya bahwa kita akan mampu melewati masa-masa susah. Secara aplikatif, dalam kegiatan operasional sehari-hari, *leadership* adalah cara menggerakkan teman-teman kita menuju pada titik tujuan bersama yang baik. Karena itu pemimpin harus memiliki pengetahuan bisnis, sikap dan keterampilan manajemen di organisasin dia bekerja
2. memberikan kontribusi yang besar dalam berhasil atau tidaknya sebuah usaha. Seorang pemimpin yang

baik harus berani mengambil risiko. Sebagai ilustrasi, ada sekumpulan macan yang dipimpin seekor domba dan berperang maka kelompok ini akan kalah jika bertanding melawan sekumpulan domba yang dipimpin oleh seekor macan. Ini sebagai wujud peran dan tugas yang harus di emban

3. Kecakapan manajemen lama POSCORBE. Kecakapan manajemen baru, juga kecakap an pemimpin dalam pemberdayaan (Stewart A.M, 1998) diwujudkan
   a. *Enabling* (membuat mampu) . Memastikan bahwa bawahan memiliki kemampuan yang meliputi pengetahuan (*knowledge)*, keterampilan (*skill*) dan teknologi dan facilitas untuk mampu menjalankan pemberdayaan
   b. *Facilitating* (memperlancar). Meniadakan hambatan bawahan untuk menjalankan delegasi atau pelimpahan yang menjadi kewenangannya
   c. *Consulting* (berkonsultasi). Konsultasi dengan staf tentang masalah sehari hari dan strategis
   d. *Collaborating* (Bekerja sama). Kerjasama manajer dan staf untuk mencapai Tujuan akhir
   e. *Metoring, coaching* (membimbing, pedampingan). Memberikan pelatihan staf sebagai wujud *transfer of knowledge*
   f. *Supporting* (mendukung). Membantu staf menuju kemandirian



Gambar 7.1 Hubungan Piramid Tugas, Peran, Kompetensi (adapted from Liang et al 2013).

Ada sebuah kata-kata yang cukup menarik, **"To be a leader means the willingness to take risk and the willingness to love**". Sebagai bawahan, Seseorang juga harus mengecek, "*Has the leader given you something from the heart*?" Apakah pemimpin Seseorang sudah memberikan dari hatinya atau dari kebenarannya sendiri.

Leadership should be participative than directive, more enabling than performing.

SIFAT PEMIMPN BISNIS UMUMNYA

1. **Bukti *(Evidence)*** keputusan berdasarkan informasi bukti
2. **Sumber daya *(Resources)*–** operasi, administrasi dan manajemen sumber daya;
3. **Pengetahuan *Knowkedge*)** lingkungan kesehatan dan organisasi
4. **Komunikasi interpersonal**, kualitas komunikasi dan manajemen hubungan;
5. **Kepemimpinan(*Leadership*) –** memimpin orang dan organisasi, dan
6. **Perubahan (*Change*) –** mengaktifkan dan mengelola perubahan.

KEPEMIMPINAN BIDANG KESEHATAN

Peran, Tanggung jawab pemimpin:

1. Manajemen Komunikasi dan Hubungan
2. Literasi bisnis yang esensial; Pengetahuan tentang Kesehatan Lingkungan;
3. Praktik Etis, Keberagaman dan Inklusi;
4. Knowledge of health care Environment
5. Pengambilan Keputusan Berbasis Kesehatan Penduduk

PEMIMPIN YANG SUKSES

Satu pertanyaan penting yang sering diajukan para pemimpin organisasi adalah ″Bagaimana cara untuk mencapai kesuksesan?″ Sedikitnya ada lima hal dan satu

kata kunci (5 hal+1 kunci sukses) yang harus dimiliki. Kelima hal dan satu kata kunci adalah:

1. Rasa optimis dalam hidup,
2. Memiliki tujuan hidup,
3. Mampu mengomunikasikan diri (tujuan, segala hal tentang bisnis kita),
4. Mempunyai kecintaan pada pekerjaan yang dilakukan (*Pygmalion effect*) dan
5. Kemampuan kerja, sedangkan kata kuncinya adalah action.

kuncinya adalah **action**, **Dream Big, Start Small, Act right Now**

KEPEMIMPINAN RUMAH SAKIT

Tipe kepemimpinan bisnis dan strategi organisasi dalam menghadapi persaingan adalah hal penting yang harus dipahami oleh para pemimpin organisasi. Dalam buku ini juga disajikan beberapa teori kepemimpinan yang masih relevan dengan motivasi dan kinerja.

1. KEPEMIMPINAN TRANSFORMASIONAL dan TRANSAKSIONAL

Tahun 1970-an, peneliti James McGregor Burns menulis buku tentang "Leadership". Ia mendefinisikan proses atau perilaku yang digunakan oleh pemimpin untuk memotivasi atau mempengaruhi pengikutnya. Kepemimpinan dapat dikelompokan menjadi kepemimpinan transformasional dan transaksional.

1.1 Kepemimpinan Transformasional

Kepemimpinan transformasional terjadi ketika perilaku pemimpin dan pengikut dapat saling meningkatkan tingkat **motivasi dan moral kerja**. Tugas pemimpin trasnformasional adalah 1) *Challenging the process, 2) Inspirator visi bersama, 3) Mendorong dan memfasiltasi pekerjaan bawahan, 4) Modeling, 5) Encouring the heart*. Gaya kepemimpinan ini cocok diterapkan pada program upaya kesehatan masyarakat.

1.2 Kepemimpinan Transaksional

Kepemimpinan transaksional terjadi ketika seorang pemimpin memotivasi pengikut dengan mempersuasi minat (interest) masing masing pengikut, dengan proses pertukaran nilai. Misal: Seorang pemilik bisnis melakukan pertukaran nilai pekerjaan dengan memberi status dan gaji kepada karyawannya. Perilaku transaksi berfokus pada **penyelesian tugas dan pekerjaan yang baik, yang terkait imbalan yang diinginkan**. Kepemimpinan transaksional mendorong seorang pemimpin mengadaptasi gaya dan perilakunya untuk memenuhi harapan yang dipersepsikan oleh pengikutnya. Kepemimpinan transaksional menekankan pada empat tipe perilaku:

1.1.1 ***Contingent Reward*** – untuk mempengaruhi perilaku, seorang pemimpin menjelaskan pekerjaan yang perlu diselesaikan. Pemimpin menggunakan imbalan atau insentif untuk

mencapai hasil ketika harapan bisa terpenuhi.

1.1.2 ***Passive Management by Exception*** – dalam mempengaruhi perilaku, pemimpin menggunakan koreksi atau hukuman sebagai respon pada kinerja yang tidak diharapkan atau adanya penyimpangan dari stseseorangr yang telah ditetapkan.

1.1.3 ***Active Management by Exception*** – dalam mempengaruhi perilaku, pemimpin secara aktif memonitor pekerjaan dan menggunakan koreksi untuk menyakinkan pekerjaan telah memenuhi stseseorangr.

1.1.4 ***Laissez-Faire Leadership*** – pemimpin menyerahkan kinerja pada bawahannya. Pemimpin tidak melakukan koreksi dan monitoring kinerja bawahannya.

Peter Drucker, who once said, *"So much of what we call management consists in making it difficult for people to work.". ("Begitu banyak dari apa yang kita sebut manajemen terdiri dari mempersulit orang untuk bekerja.")*

2. KEPEMIMPINAN VISIONARI

Pendekatan ini dimulai sejak tahun 1990. Asumsi dasar pendekatan ini adalah pemimpin membawa perubahan yang bermakna dalam organisasi. Pemimpin mengembangkan visi, memberdayakan anggota organisasi, mengambil risiko, mengembangkan

kerjasama tim, membantu pengembangan karier dan prestasi anggotanya dan lain lain.

Fungsi Kepemimpinan Visionari adalah sebagai berikut:

a. Membawa proses perubahan menuju visi bersama.
b. Inspirator untuk membangun visi bersama (visi bagi seluruh stakeholders). Untuk memfasilitasi dan memberdayakan bawahan, seorang pemimpin perlu karisma
c. Menjadi contoh panutan. Kepemimpinan yang dimiliki harus memberikan manfaat bagi pengikutnya, bukan memperkaya pemimpin
d. Memotivasi bawahan. Pemimpin harus lebih optimis. Melihat segelas penuh air dari pada gelas kosong.

Leaders are born, then Leader are made, then Leader are born and made.

Donald D, Krause. 2022.The way of the Leader, membahas konsep kepemimpinan visionary dengan singkatan **SPARKLE (bersinar) atau** SPARK LEADERSHIP: Helping people move from intention to action. Ide Sparkle diilhami oleh kepemimpinan Sun Tzu dan Confucius.

S hared value
P urpose
A complishment
R esponsible
K nowledge
L adder
E xample

Model **SPARKLE** menjelaskan

1. Tugas utama seorang pemimpin adalah membuat visi, nilai, cita cita bersama dalam organisasi (*shared value*).
2. Seorang pemimpin harus memiliki tujuan yang jelas, riil, dan konkrit (*purpose*)
3. Tujuan tersebut harus dapat dicapai (*acommplishment*)
4. Apapun yang terjadi dalam keberhasilan atau kegagalan pencapai tujuan bersama adalah tanggung jawab pemimpin (*responsible*)
5. Seorang pemimpin harus mampu mengambil keputusan dengan perubahan lingkungan (internal dan eksternal), karena itu harus selalu mengembangkan diri dan belajar (*knowledge*).
6. Seorang pemimpin harus memberi kesempatan anggota yang lain untuk menjadi pemimpin di kemudian hari. Dia juga menyediakan fasilitas, kemudahan anggota organisasi dapat mencapai tujuan yang menjadi tugas tanggung jawabnya (*ladder*)

7. Seorang pemimpin harus menjadi contoh, panutan dalam bersikap, bertutur kata dan bertindak (*example*)

3. KEPEMIMPINAN EFEKTIF (perspektif Budaya dan Manajemen)

Dari beribu-ribu riset organisasi yang efektif oleh Cameron dan Quinn, 2006, mengembangan kerangka pikir untuk nilai persaingan agar organisasi menjadi efektif. Kerangka pikir tersebut dibangun atas dua dimensi atau kriteria efektif yang membentuk empat quadrant.

Fleksibiltas dan Keleluasaan

Tipe budaya: CLAN **Orientasi** : Kolaborasi **Tipe pemimpin**: Fasilitator, Mentor, Pembentuk Tim **Nilai Pemicu** : Komitmen, Komunikasi,, Pengembangan **Teori efektivitas** : Pengembangan SDM, Partisispasi	**Tipe budaya : ADHOCRACY** **Orientasi : Kreatif** **Tipe pemimpin :** Inovator Enterpreneur, Visionary **Nilai Pemicu :** Hasil inovasi, Transformasi Kecerdasan **Teroi efektivitas:** Inovasi dan visi, Sumber daya baru
Tipe budaya: HIERARKI **Orientasi** : Pengawasan Pengendalian **Tipe pemimpin**: Koordinator, Monitor, Organisator **Nilai Pemicu** : Efisiensi, Disiplin waktu, Formal **Teori efektivitas** : Kontrol dan efisiesni, Kapabilitas proses	**Tipe budaya: PASAR (Maket)** **Orientasi** : Bersaing (*competing*) **Tipe pemimpin**: Pemicu keras Pesaing, Produsen **Nilai Pemicu** : Pangsa pasar , Pencapaian sasaran, Kemampulabaan **Teori efektivitas** : Bersaing agresif, Fokus pelanggan

Fokus internal & Integrasi — **Fokus eksternal & Diferensiasi**

Stabilitas dan Kontrol

Gb 7.1 Tipologi Kepemimpinan efektif dan Budaya Organisasi (Cameron and Quinn, 2006)

Dua kriteria tersebut adalah (1) flexibilitas, keleluasaan (*discretion*) dan dinamis, *versus* stabilitas, order dan kontrol dan (2) internal orientasi, integrasi dan kesatuan versus ekternal orientasi, diferensiasi dan persaingan (*rivalry*). Dari dua kriteria tersebut digabungkan dengan teori manajemen: mutu organisasi, peran kepemimpinan, keterampilan manajemen.

Dari riset tersebut akhirnya dapat ditentukan bahwa ada empat tipe budaya atau kepemimpinan organisasi, yaitu kepemimpinan **Clan, Hirarki, Pasar dan**

Tipologi budaya, kepemimpinan organisasi bisnis didasarkan pada teori manajemen: *effective performance, leadership* dan *managemen skill*. Dari teori manajemen ini dimunculkan indikator (alat ukurnya) dalam enam dimensi pengukuran. Pengukuran tipologi budaya kepemimpinan dapat dilakukan dengan menggunakan metode *Organizational Culture Assessment Instrument* (OCAI) yang terdiri enam dimensi budaya organisasi. Informasi OCAI dapat berupa informasi saat ini atau prediksi lima tahun kemudian. Enam dimensi pengukuran ini meliputi: (1) Orientasi organisasi (*Dominant Characteristics*), (2) Kepemimpinan (*Organizational Leadership*), (3) Pengelolaan staf (*Management of Employee*), (4) Kerekatan organisasi (*Organization Glue*), (5) Fokus Strategi (*Strategy Emphases*) dan (6) Kriteria sukses (*Criteria of Success*). Organisasi bisnis lain dapat menambahkan atau mengurangi dimensi pengukuran sesuai dengan kondisi organisasinya, tetapi hasil akhir tetap menjadi empat tipologi budaya, kepemimpinan

organisasi

Kepemimpinan ADHOCRACY

Seorang pemimpin dapat bersikap dan berperilaku sebagai seorang visionari, entrepneur dan berpikir kreatif-inovatif dalam memimpin organisasi. Budaya ADHOCRACY adalah organisasi yang fokus pada pemosisian eksternal (*positioning*) dengan tingkat fleksibiltas tinggi dan individualistis.

Budaya **CLAN** adalah organisasi yang fokus pada pemeliharaan partisipasi dengan fleksibilitas, perhatian pada staf, anggota dan sensitivitas kepada pelanggan. Seorang pemimpin dapat bersikap dan berperilaku untuk menggerakan bawahan sebagai mentor, fasilitator, bahkan sebagai orang tua.

Budaya HIERARKI adalah organisasi yang fokus pada pemeliharaan internal dengan kebutuhan untuk menjaga stabilitas dan kontrol. Seorang pemimpin dapat bersikap dan berperilaku sebagai seorang koordiator, pengawas dan pengendalian bisnis, serta sebagai organistor

Budaya MARKET adalah organisasi yang fokus pada pemosisian eksternal dengan kebutuhan akan stabilitas dan kontrol organisasi. Seorang pemimpin dapat bersikap dan berperilaku sebagai seorang produser, pesaing dan bahkan seorang pemotivasi anggota

Petunjuk **OCAI**:

Rating 1. sama (*similar*) 2. Beberapa sama (*somewhat similar*) 3. tidak sama (*hardly similar*). Rating1 = skor 1.,

rating 2= skor 3., rating 3=skor 5

Skor (nilai rating item dibagi jumlah rating maksimal x 100) adalah 100.

Tabel 7.1 Orientasi Organisasi

I.	**Orientasi Organisasi**	Rating	Skor
A	Organisasi adalah sebuah wadah yang sangat personal. Hal Ini seperti keluarga besar. Setiap anggota memiliki konstribusi (berkolaborasi)		
B	Organisasi sangat dinamis dan merupakan tempat berwirausaha. Staf bersedia berkreasi dan menanggung risiko (kreatif inovatif)		
C	Organisasi sangat berorientasi pada hasil kerja. Perhatian utama adalah melakukan pekerjaan. Staf berorientasi kompetisi dan pencapaian hasil kerja (semangat berkompetisi)		
D	Organisasi sangat terkontrol dan berstruktur jelas. Prosedur formal merupakan acuan untuk bertindak bagi anggotanya (pengawasan dan pengendalian)		
	Total		100

Tabel 7. 2 Kepemimpinan Organisasi

2.	**Kepemimpinan Organisasi**	Rating	Skor
A	Pimpinan organisasi umumnya bertindak sebagai mentor, fasilitator atau sebagai orang tua		
B	Pimpinan di dalam organisasi umumnya memiliki cara berpikir kewirausahaan, inovator atau berani mengambil risiko		
C	Kepemimpinan di dalam organisasi umumnya fokus pada hasil kerja, atau bersifat agresif		

D	Kepemimpinan di dalam organisasi umumnya berkoordinasi, pengorganisasian, atau bertindak efisiensi		
	Total		100

Tabel 7. 3 Pengelolaan Staf

3.	**Pengelolaan Staf**	Rating	Skor
A	Gaya manajemen di dalam organisasi dicirikan adanya kerja tim, konsensus, dan partisipasi anggota		
B	Gaya manajemen di dalam organisasi dicirikan dengan pengambilan risiko individu, inovasi, kebebasan dan keunikan.		
C	Pengelolaan staf didorong oleh kompetisi, permintaan tinggi masyarakat, dan pencapaian tujuan		
D	Organisasi sangat terkontrol dan berstruktur jelas. Prosedur formal merupakan acuan untuk bertindak (kontrol kuat). Rasa aman dan pengembangan karier menjadi hal yang penting		
	Total		100

Tabel 7. 4 Kerekatan Organisasi

4.	**Kerekatan Organisasi**	Rating	Skor
A	Kerekatan yang membangun kebersamaan menjadikan rasa saling percaya dan loyalitas. Komitmen anggota tinggi.		
B	Kerekatan yang membangun kebersamaan, menjadikan komitmen terhadap inovasi produk, pelayanan dan pengembangannya. Ada penekanan menjadi pemimpin bisnis		

C	Kerekatan yang membangun kebersamaan menekankan pada pencapaian atau kemenangan. Reputasi dan pemenuhan sasaran, tujuan (sukses) menjadi perhatian pada umumnya		
D	Kerekatan yang membangun kebersamaan adalah aturan formal dan kebijakan. Mempertahankan jalannya organisasi yang lancar adalah hal penting		
	Total		100

Tabel 7. 5 Penekanan Strategi

5.	**Penekanan Strategi**	Rating	Skor
A	Organisasi menekankan pengembangan manfaat (pengembangan anggota, kepercayaan yang tinggi, keterbukaan) jangka panjang		
B	Organisasi menekankan perolehan sumber daya baru dan memimpin bisnis. Organisasi menekankan pertumbuhan jangka panjang		
C	Organisasi fokus pada persaingan dan pencapaian hasil kerja (tercapainya goal dan target). Reputasi dan sukses menjadi perhatiannya		
D	Organisasi menekankan stabilitas dan kinerja yang efisien dan pengendalian operasi yang efektif		
	Total		100

Tabel 7. 6 Kriteria Sukses

6.	**Kriteria Sukses**	Rating	Skor
A	Organisasi mendefinisikan suskes atas dasar kepekaan pada pelanggan, masyarakat dan anggota. Pengembangan kerja sama tim, partisipasi dan konsensus adalah penting		

B	Organisasi mendefinisikan sukses atas dasar perolehan sisa usaha (profit), pemilikan produk, layanan yang unik dan baru. Menjadi pemimpin inovasi produk layanan adalah penting		
C	Organisasi mendefinisikan sukses atas dasar besar pangsa pasar, penerimaan pasar (penetrasi). Menjadi pemimpin pasar dan pemimpin harga adalah penting		
D	Organisasi mendefinisikan sukses atas dasar efisiensi kerja. Produktivitas, biaya layanan yang murah, prosedur layanan nyaman adalah penting		
	Total		100

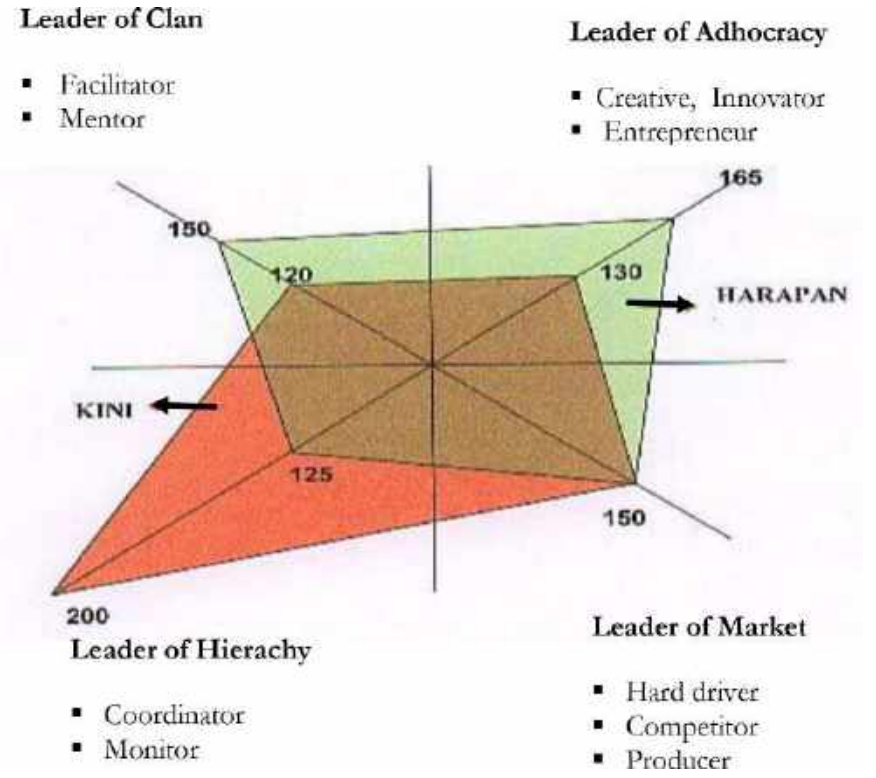
Worksheet untuk skor OCAI

Worksheet untuk kondisi saat ini. Juga dapat dilakukan hal yang sama untuk lima tahun mendatang

Skor item A	Skor item B	Skor item C	Skor item D
------ 1A	------ 1B	------ 1C	------ 1D
------ 2A	------ 2B	------ 2C	------ 2D
------ 3A	------ 3B	------ 3C	------ 3D
------ 4A	------ 4B	------ 4C	------ 4D
------ 5A	------ 5B	------ 5C	------ 5D
------ 6A	------ 6B	------ 6C	------ 6D
------ Tot skor	------ Tot skor	------ Tot skor	------ Tot skor
------- rerata	------- rerata	------- rerata	------- rerata

Pengembangan dasar rerangka pikir nilai bersaing

Hasil OCAI dapat disajikan dalam Gambar 2X2



Gambar 7.2 Tipologi Budaya, Kepemimpinan ((Cameron and Quinn, 2006)int,)

4. *SERVANT LEADERSHIP* DAN *SELF LEADERSHIP*

Pengertian Servant Leadership

Servant leadership atau kepemimpinan pelayan merupakan suatu kepemimpinan yang berawal dari perasaan tulus yang timbul dari dalam hati untuk melayani, menempatkan kebutuhan pengikut sebagai prioritas, menyelesaikan sesuatu bersama orang lain dan membantu orang lain dalam mencapai suatu tujuan bersama.(Robert K. Greenleaf, 1970). Servant

leadership atau kepemimpinan pelayan adalah suatu kepemimpinan yang berawal dari perasaan tulus yang timbul dari dalam hati untuk melayani, menempatkan kebutuhan pengikut sebagai prioritas, menyelesaikan sesuatu bersama orang lain dan membantu orang lain dalam mencapai suatu tujuan bersama. (Muchlisin Riadi Desember 14, 2017)

Competencies	***Sub-Themes***
Evidence	*1-Evidence appraisal* *2-Evidence application and decision making* *3-Evaluation of decision*
Resources	*1-Staff management* *2-Financial management* *3-Organization management*
Knowledge	*1-Knowledge of health- care environment* *2-Knowledge of organization* *3-Application of knowledge in legal and quality practices*
Communications	*1-Relationship management and teamwork* *2-Communication* *3-Personal quality*
Leadership	*1-Leading people and teams* *2-Leading organisation* *3-Leader quality*
Change	*1-Change preparation* *2-Change implementation and evaluation* *3-Leader quality in change*

Karakeristik (dimensi) Servant Leadership

10 Dimensi Kepemimpinan yang melayani berfokus pada melayani pengikut terlebih dahulu dengan perilaku etis, memberdayakan, mendukung, dan empati. (Greenleaf.R.K., 1977.., Spears .2002:27-29,)

1. Mendengarkan (Listening)

Servant-leader mendengarkan dengan penuh perhatian kepada orang lain, mengidentifikasi dan membantu memperjelas keinginan kelompok, juga mendengarkan suara hati dirinya sendiri.

Menghargai Perbedaan Pendapat (***Listening***) Jika dalam sebuah organisasi, para anggota yang dipimpin hanya dapat mematuhi dan mengulang perintah tanpa dapat mengutarakan pendapat mereka, dapat dikatakan organisasi itu tidak sedang menjalankan gaya Servant Leadership. Seorang servant leader perlu menghargai pendapat anggotanya yang mungkin terdapat perbedaan antara satu dan lainnya atau bahkan dengan pendapat si pemimpin itu sendiri. Servant leader memahami bahwa setiap orang bisa berkontribusi dan berpendapat.

Mendengarkan (*Active listening*) – Secara tradisional, para pemimpin dihargai karena keterampilan komunikasi dan pengambilan keputusan mereka. Pemimpin yang melayani harus memperkuat keterampilan penting ini dengan membuat komitmen

yang mendalam untuk mendengarkan orang lain dengan penuh perhatian. Pemimpin-pelayan berusaha untuk mengidentifikasi dan mengklarifikasi keinginan kelompok. Mereka berusaha untuk mendengarkan secara reseptif apa yang dikatakan (dan tidak dikatakan). Mendengarkan juga mencakup berhubungan dengan suara hati seseorang, dan berusaha memahami apa yang dikomunikasikan oleh tubuh, jiwa, dan pikiran seseorang.

2. Empati (Empathy)

Empati – Pemimpin yang melayani berusaha untuk memahami dan berempati dengan orang lain. Orang perlu diterima dan diakui karena semangat khusus dan unik mereka. Seseorang harus mengasumsikan niat baik rekan kerja dan tidak menolak mereka sebagai manusia, bahkan ketika dipaksa untuk menolak perilaku atau kinerja mereka.

Pemimpin yang melayani ialah mereka yang berusaha memahami rekan kerja dan mampu berempati dengan orang lain. . Berpikir "Kamu", Bukan "Aku"àEMPATI

Ada kualitas tanpa pamrih dari seorang pemimpin yang melayani. Seseorang yang hanya berpikir, "Apa manfaatnya bagi saya?" sebaiknya didiskualifikasi.

3. Penyembuhan (Healing)

Penyembuhan – Belajar menyembuhkan adalah kekuatan yang kuat untuk transformasi dan integrasi.

Salah satu kekuatan besar dari kepemimpinan-pelayan adalah potensi untuk menyembuhkan diri sendiri dan orang lain. Dalam "The Servant as Leader", Greenleaf menulis, "Ada sesuatu yang halus yang dikomunikasi kan kepada orang yang dilayani dan dipimpin jika, tersirat dalam kekompakan antara pelayan-pemimpin dan yang dipimpin adalah pemahaman bahwa pencarian keutuhan adalah sesuatu yang mereka lakukan. memiliki."

Servant-leader mampu menciptakan penyembuhan emosional dan hubungan dirinya, atau hubungan dengan orang lain, karena hubungan merupakan kekuatan untuk transformasi dan integrasi. **Emotional healing** yakni komitmen seorang pemimpin untuk meningkatkan dan mengembalikan semangat karyawannya.

4. Kesadaran (*Awareness*)

Kesadaran – Kesadaran umum, dan khususnya kesadaran diri, memperkuat pemimpin-pelayan. Membuat komitmen untuk menumbuhkan kesadaran bisa jadi menakutkan—seseorang tidak pernah tahu bahwa seseorang mungkin menemukan! Seperti yang diamati Greenleaf, "Kesadaran bukanlah pemberi pelipur lara – justru sebaliknya. Itu mengganggu. Mereka bukan pencari pelipur lara. Mereka memiliki keamanan batin mereka sendiri."

Kesadaran untuk memahami isu-isu yang melibatkan etika, kekuasaan, dan nilai-nilai. Melihat

situasi dari posisi yang seimbang yang lebih terintegrasi. Kepemimpinan yang dengan sadar mengasihi dengan cinta atau kasih sayang. Yang dimaksud cinta disini yaitu melakukan hal yang benar pada waktu yang tepat untuk alasan dan keputusan yang terbaik.

5. Persuasi (*Persuasion*)

Persuasi – Pemimpin-pelayan mengseseoranglkan persuasi, daripada otoritas posisional dalam membuat keputusan. Pemimpin yang melayani berusaha untuk meyakinkan orang lain, daripada memaksa kepatuhan. Elemen khusus ini menawarkan salah satu perbedaan paling jelas antara model otoriter tradisional dan model kepemimpinan-pelayan. Pemimpin yang melayani efektif dalam membangun konsensus dalam kelompok.

Pemimpin yang melayani berusaha meyakinkan orang lain daripada memaksa kepatuhan. Ini adalah satu hal yang paling membedakan antara model otoriter tradisional dengan servant leadership. **Menumbuhkan Budaya Mempercayai** Seorang pemimpin yang melayani akan membangun rasa percaya. Membangun kepercayaan pada anggotanya dan membangun kepercayaan antar anggotanya. Mereka akan menganggap penting setiap hal yang dipercayakan kepadanya, membuat itu sebagai sebuah amanah yang tidak layak untuk dikhianati.

6. Konseptualisasi (Conceptualization)

Konseptualisasi – Pemimpin-pelayan berusaha untuk memelihara kemampuan mereka untuk "memimpikan mimpi-mimpi besar." Kemampuan untuk melihat masalah (atau organisasi) dari perspektif konseptualisasi berarti bahwa seseorang harus berpikir di luar kenyataan sehari-hari. Pemimpin yang melayani harus mencari keseimbangan yang halus antara konseptualisasi dan fokus sehari-hari.

Kemampuan melihat masalah dari perspektif konseptualisasi berarti berfikir secara jangka panjang atau visioner dalam basis yang lebih luas. Visi ialah arah organisasi di masa mendatang yang akan dibawa oleh pemimpin. Visi akan mengispirasi tindakan dan membantu membentuk masa depan.

7. Kejelian (*Foresight*)

Foresight adalah karakteristik yang memungkinkan para pelayan-pemimpin untuk memahami pelajaran dari masa lalu, realitas saat ini, dan kemungkinan konsekuensi dari keputusan di masa depan. Ini berakar dalam dalam pikiran intuitif.

Jeli atau teliti dalam memahami pelajaran dari masa lalu, realitas saat ini, dan kemungkinan konsekuensi dari keputusan untuk masa depan. Servant leader yaitu orang pilihan yang dipilih berdasarkan kelebihan yang menyebabkan pemimpin tersebut memperoleh kepercayaan. Seorang pemimpin yang melayani akan membangun rasa percaya. Membangun kepercayaan

pada anggotanya dan membangun kepercayaan antar anggotanya. Mereka akan menganggap penting setiap hal yang dipercayakan kepadanya, membuat itu sebagai sebuah amanah yang tidak layak untuk dikhianati.

8. Keterbukaan (*Stewardship*)

Stewardship – Pseseorangngan Robert Greenleaf tentang semua institusi adalah satu di mana CEO, staf, direktur, dan wali semua memainkan peran penting dalam memegang institusi mereka dalam kepercayaan untuk kebaikan besar masyarakat. Menekankan keterbukaan dan persuasi untuk membangun kepercayaan dari orang lain. Menjaga kerendahan hati dengan menunjukkan rasa hormat terhadap karyawan dan mengakui kontribusi karyawan terhadap tim.

9. Komitmen untuk Pertumbuhan (*Commitment to the Growth of People*)

Komitmen untuk Pertumbuhan Orang – Pemimpin yang melayani percaya bahwa orang memiliki nilai intrinsik di luar kontribusi nyata mereka sebagai pekerja. Dengan demikian, pemimpin yang melayani sangat berkomitmen untuk pertumbuhan pribadi, profesional, dan spiritual dari setiap individu dalam organisasi.

Tanggung jawab untuk melakukan usaha dalam meningkatkan pertumbuhan profesional karyawan dan organisasi. Kepemimpinan yang mengasihi

dengan cinta atau kasih sayang. Yang dimaksud cinta disini yaitu melakukan hal yang benar pada waktu yang tepat untuk alasan dan keputusan yang terbaik. Menjaga kerendahan hati (humidity) dengan menunjukkan rasa hormat terhadap karyawan dan mengakui kontribusi karyawan terhadap tim.

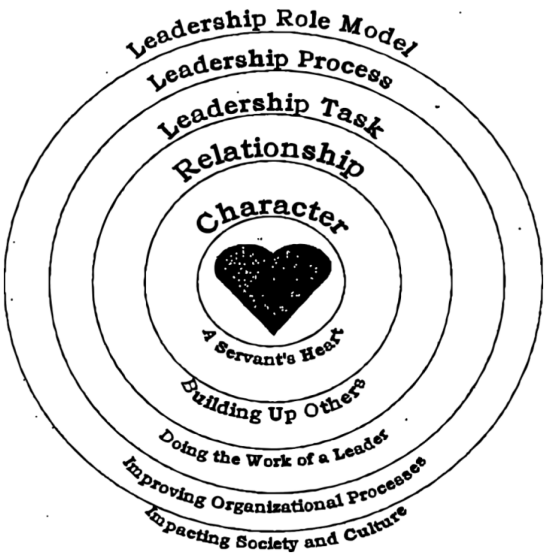
Servant leader yaitu orang pilihan yang dipilih berdasarkan kelebihan yang menyebabkan pemimpin tersebut memperoleh kepercayaan. Seorang pemimpin yang melayani akan membangun rasa percaya. Membangun kepercayaan pada anggotanya dan membangun kepercayaan antar anggotanya. Mereka akan menganggap penting setiap hal yang dipercayakan kepadanya, membuat itu sebagai sebuah amanah yang tidak layak untuk dikhianati.

10. Membangun Komunitas (*Building Community*)

Membangun Komunitas – *Servant-leaders* menyadari bahwa peralihan dari komunitas lokal ke institusi besar sebagai pembentuk utama kehidupan manusia telah mengubah persepsi kita dan menimbulkan perasaan kehilangan. Pemimpin-pelayan berusaha mengidentifikasi sarana untuk membangun komunitas di antara mereka yang bekerja dalam institusi tertentu.

Mengidentifikasi cara untuk membangun komunitas. Penekanan pada kerja sama yakni mempercayakan kekuasaan pada orang lain dan mendengarkan saran dari pengikut. Penekanan pada

kerja sama yakni mempercayakan kekuasaan pada orang lain dan mendengarkan saran dari pengikut. (pemberdayaan)



Dimensi Kepemimpinan yang Melayani

Dari beberapa dimensi tersbut dapat di rinci/ diurai menjadi sebagai berikut:

I. **Karakter - Orientasi** Menjadi - Orang seperti apa pemimpinnya?

Berkaitan dengan menumbuhkan sikap pelayan, berfokus pada nilai, kredibilitas, dan motif pemimpin.

- Integritas (Membangun kepercayaan sesama rekan,
- Kerendahhati-hunidity (rasa hormat, pengakuan konstribusi staf, rekan)

- Pelayanan (Keterbukaan, komitmen untuk melayananbawahan)

II. **Orientasi Orang** (Menghubungkan: Bagaimana pemimpin berhubungan dengan orang lain?).

Berkaitan dengan pengembangan sumber daya manusia, berfokus pada hubungan pemimpin dengan orang-orang dan komitmennya untuk mengembangkan orang lain.(indikator)

- Peduli terhadap orang lain (Empati: Mendengarkan, Memperhatikan kebutuhan)
- Memberdayakan orang lain (Mendengarkan saran, memotivasi, suka membantu-alturistik)
- Mengembangkan orang lain (mengembangan profesionalism staf,

III. Orientasi Tugas (Melakukan: Apa yang dilakukan pemimpin).

Berkaitan dengan pencapaian produktivitas dan kesuksesan, berfokus pada tugas dan keterampilan pemimpin yang diperlukan untuk sukses. Indikator:

- Penglihatan, kejelian (Belajar dari masa lalu, kini dan meloahat kedepan)
- Penetapan tujuan (kejelasan tugas masing 2 staf, fungsi pekerjaseseoranglam organisasi)
- Terkemuka (memfokuskan pada hasi lbersama)

IV. Proses-Orientasi (Pengorganisasian: Bagaimana dampak pemimpin pada proses organisasi?).

Berkaitan dengan peningkatan efisiensi organisasi, memfokuskan kemampuan pemimpin untuk membuat model dan mengembangkan sistem yang fleksibel, efisien dan terbuka.

- Pemodelan (kejelasan proses kerja)
- Membangun tim
- Pengambilan keputusan Bersama (Komunikasi, dialog,koaborasi, mencari solusi untuk kepentingan bersama)

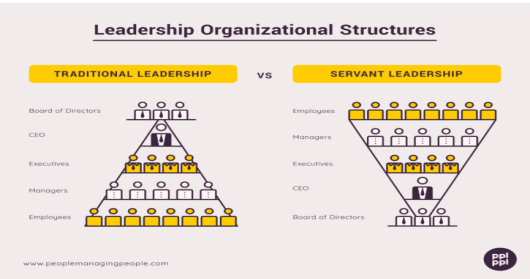
Dimensi Servant Leadership

Beberapa dimensi Servant Leadership sumber yang lain, dapat di identifkasi, disimpulkan penulis:

- ***Altruistic calling*** ialah sebuah hasrat yang kuat untuk membuat perubahan positif pada kehidupan orang lain dan meletakkan kepentingan orang lain di atas kepentingan sendiri dan juga akan bekerja keras untuk memenuhi kebutuhan bawahannya.
- ***Emotional healing*** yakni komitmen seorang pemimpin untuk meningkatkan dan mengembalikan semangat karyawannya.
- ***Wisdom*** yaitu pemimpin yang mudah untuk memahami suatu situasi dan dampak dari situasi tersebut.
- ***Persuasive mapping*** adalah sejauh mana pemimpin memiliki keterampilan untuk memetakan persoalan dan mengkonseptualisasikan kemungkinan tertinggi yang akan terjadi dan membujuk seseorang untuk

melakukan sesuatu ketika mengartikulasikan peluang.

- ***Organizational stewardship*** merupakan sejauh mana pemimpin menyiapkan organisasi untuk membuat kontribusi positif terhadap lingkungannya.
- ***Humility*** yaitu kerendahan hati pemimpin.
- ***Vision*** ialah sejauh mana pemimpin mencari komitmen semua anggota organisasi terhadap visi bersama dengan mengajak anggota untuk menentukan arah masa depan perusahaan.
- ***Service*** yakni sejauh mana pelayanan dipseseorangng sebagai inti dari kepemimpinan dan pemimpin menunjukkan perilaku pelayanannya kepada bawahan.



The Contrast between Command-Leadership and Servant-Leadership

Command-Leadership (Tradisional)	Servant-Leadership
A leader's objective is to be served.	A leader's objective is to serve others.
Interested primarily in the leader's image and advancement. Self-preservation and personal image is at the forefront of most decisions.	Seeks to enable subordinates to advance to their fullest potential by downplaying self and exalting others. The team or enterprise and all its members areconsidered and promoted before self.
Entitlement of the position is more importantthan its responsibilities.	Responsibilities are more important than perks ofpositional entitlement
Co-workers are seen and treated as inferiorsand not usually invited to participate in decision-making or offered importantinformation	Co-workers are treated with respect as part of a teamwho work together to accomplish a task and make decisions with shared information.
Easily accessible to only closest lieutenants.	Often seen interacting with others and maintains anopen door atmosphere.
Creates an atmosphere of dependence usingpower of position to influence.	Creates an atmosphere in which others see their potential being encouraged and developed and poweris used to serve others.
Wants others to first listen to the leader.	Wants to listen to people before making a decision.
Seeks first to be understood rather than tounderstand.	Seeks first to understand then be understood
Condemns others for mistakes and reluctantlyaccepts responsibility as a sign of weakness.	Values individual workers and learns from mistakes while offering praise to others.

Rejects constructive criticism and takes thecredit for accomplishments.	Encourages input and feedback and shares credit forthe results. Process is as important as accomplishments.
Does not train others to function effectively.	Equips and invests in others with a view to their advancement.
Followership is based on personality.	Followership is based on character.
Expediency is the main criteria in makingdecisions in secret.	Principles are the main criteria for making openlyarrived at decisions.
Uses intimidation to silence critics. Defensive innature.	Welcomes open discussion on iprovement.Openness to learning from anyone.
Wins support for ideas through deception, power plays or manipulation. People respondout of fear.	Wins support for ideas through logic and persuasion. People respond out of respect and a sense of it beingright.
Promote those who follow without questioningor are pliable.	Promote those who demonstrate in contributing tosuccess.
Authority is based on external controls in theform of rules, restrictions, and regulations maintained by force.	Authority is based on influence from within through encouragement, inspiration, motivation and persuasion.
Accountable only to superiors. Shuns personalevaluations as interference.	Accountable to the entire organization. Welcomespersonal evaluations as a means to improve performance.
Clings to power and position.	Are willing to step aside for someone more qualified.
Little interest in developing competentsuccessors.	Leadership development is a high priority in servingothers.

KEPEMIMPINAN DIRI (*SELF LEADERSHIP*)

Kepemimpinan diri adalah tentang fokus dan disiplin diri, kKetika seseorang belajar bagaimana menempatkan energi diri di satu tempat pada satu waktu. Para pemimpin terbaik mengetahui hal ini karena mereka telah menguasai seni kepemimpinan diri. Jadi, jika seseorang mencoba membangun kualitas ini di dalam diri sendiri, mulailah dengan **disiplin diri.**

Apakah kepemimpinan diri itu? Kepemimpinan diri adalah kemampuan untuk memimpin diri sendiri untuk mencapai tujuan dan sasaran pribadi dan profesional Seseorang, sambil juga membantu perusahaan atau organisasi tempat Seseorang bekerja untuk menjadi sukses. "Pentingnya kepemimpinan diri adalah sebagai berikut: Pemberdayaan adalah sebuah konsep; kepemimpinan diri sendirilah yang membuatnya berhasil. Pemberdayaan tidak akan ada, tidak akan berhasil dan tidak ada artinya tanpa kepemimpinan diri — orang-orang yang memiliki kemampuan, energi, dan tekad untuk menerima tanggung jawab atas keberhasilan dalam peran terkait pekerjaannya."

DEFINISI KEPEMIMPINAN DIRI

Charles Manz (1983) adalah orang pertama yang menggunakan istilah 'Kepemimpinan Diri' pada tahun 1983 dan mendefinisikannya sebagai; "perspektif pengaruh diri yang komprehensif yang menyangkut

memimpin diri sendiri". Semua manusia adalah pemimpin diri sendiri; namun, tidak semua pemimpin diri efektif dalam memimpin diri sendiri. Itu adalah berita buruk. Sedangkan kabar baiknya adalah bahwa para pemimpin diri sendiri dapat menjadi lebih baik dalam memimpin diri mereka sendiri dan orang lain

Kepemimpinan diri adalah tentang terus mengembangkan 'permainan batin' (mind-set:pola pikir) dan 'permainan luar' (tindakan). Inner game terdiri dari *Intention, Self-awareness, Self-confidence, dan Self-efficacy* (percaya diri) untuk mencapai Personal Mastery, sedangkan outer game terdiri dari pengaruh dan dampak.

Bryant and Kazan (2012).

"Kepemimpinan diri adalah memiliki perasaan yang berkembang tentang siapa Seseorang, apa yang dapat Seseorang lakukan, ke mana Seseorang akan pergi, ditambah dengan kemampuan untuk memengaruhi komunikasi, emosi, dan perilaku Seseorang dalam perjalanan menuju ke sana."

Di era disrupsi saat ini, pembelajaran organisasi telah menjadi satu-satunya keuntungan yang berkelanjutan. Senge mencatat hubungan antara kepemimpinan diri dan pembelajaran organisasi: "Kepemimpinan diri adalah praktik untuk secara sengaja memengaruhi pemikiran, perasaan, dan tindakan Seseorang menuju tujuan Seseorang" (**Bryant dan Kazan 2012**, Kepemimpinan Diri - Cara Menjadi Pemimpin yang Lebih Efektif dan Efisien dari Dalam Ke Luar).

Peter Drucker (2010) mengatakan bahwa menjadi pemimpin diri adalah untuk melayani sebagai kepala, kapten, atau CEO dari kehidupan sendiri. Kepemimpinan diri berbicara tentang menetapkan tujuan dan mengambil penuh tanggung jawab untuk tujuan itu. Self-leadership (alias Personal Mastery) adalah jawaban atas bagaimana kita mengembangkan diri untuk bertahan dan berkembang di dunia yang Volatile, Uncertainty, Complex, dan

TEORI SELF LEADERSHIP

Definisi awal kepemimpinan diri didasarkan pada tiga fondasi teori utam**: kontrol diri, teori sosial-kognitif, dan penentuan nasib sendiri (***self determination theory***).**

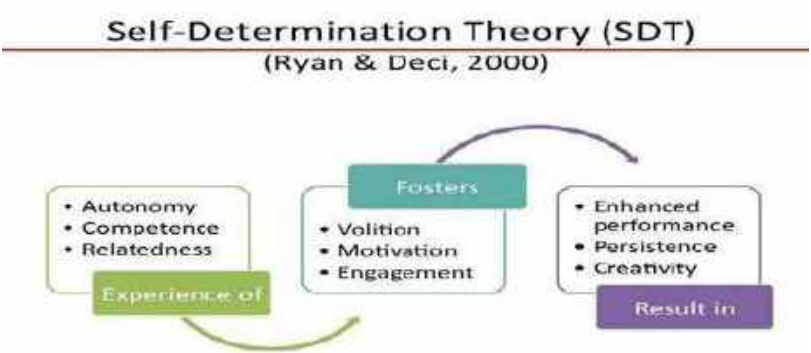
1. **Kontrol diri** (*Self control*). identik dengan manajemen diri dan pengaturan diri (***self managemen***t) dan menggambarkan proses berulang untuk menentukan keadaan akhir yang diinginkan, mem bandingkannya dengan keadaan saat ini, dan kemudian mengambil tindakan untuk menutup kesenjangan antara keduanya (Carver & Scheier, 1981) .

   Penting untuk dicatat bahwa terutama dalam literatur awal, istilah kepemimpinan diri (self leadership) dan manajemen diri (self management) sering digunakan secara bergantian. Namun, manajemen diri adalah elemen kepemimpinan diri yang diperlukan tetapi tidak sepenuhnya mencakup, karena hanya mengacu pada manajemen dan pelaksanaan tugas yang diatur secara internal (yaitu, menangani bagaimana suatu tindakan). Dalam hal ini, pilihan tugas itu sendiri dan

alasan yang mendasari pilihan tersebut **diatur secara eksternal.** Sebaliknya, kepemimpinan diri mencakup **pilihan yang diatur secara internal**, penyelarasan nilai, dan pelaksanaan aktivitas yang dipilih (yaitu, menangani apa, mengapa, dan bagaimana).

2. **Teori sosial-kognitif** mengakui interaksi triadik antara pikiran, perilaku, dan lingkungan sosial-politik kita (Bandura, 1986). Teori social-kognitif. Kepemimpinan diri adalah kerangka kerja berdasarkan teori kognitif sosial, yang berpendapat bahwa orang dipengaruhi **oleh interaksi pikiran, perilaku, dan lingkungan mereka**. Proses kepemimpinan diri, Neck dan rekan-rekannya menegaskan, dapat membantu manajer perawat mencapai tingkat pengarahan diri sendiri dan motivasi diri yang diperlukan untuk kinerja yang optimal. • Selanjutnya, kepemimpinan diri berakar pada kesadaran diri yang dikombinasikan dengan manajemen diri, yang menurut Daniel Goleman (2005), membentuk dua dari empat pilar kecerdasan emosional.

3. **Teori penentuan nasib sendiri (*Self-determination theory*)** menggambarkan timbal balik antara motivasi manusia dan kehidupan yang bertujuan. Ini menyoroti peran **motivasi intrinsik** dan diatur secara internal sebagai pendorong di balik perilaku kepemimpinan diri (Deci & Ryan, 1985).



KOMPNEN SELF LEADERSHIP

Komponen utama self leadership terdiri dari self awareness,self regulation dan self motivation. Beberapa pakar menambahankan kesadaran pada arang lain dan kemapuan mengelolal orang lain.

Self-Regulation adalah, secara sederhana, kemampuan untuk menenangkan diri ketika seseorang sedang kesal, untuk memproses – bukan mengabaikan – emosi. Itu mampu mengatur atau mengendalikan emosi seseorang. Ini adalah keterampilan yang diperlukan untuk kesejahteraan emosional dan untuk kepentingan terbaik diri sendiri. Mengatur diri sendiri berarti mengambil jeda antara

emosi atau perasaan yang muncul dalam suatu situasi dan tindakan yang dipilih pilih. (*self kanagent*)

Motivasi diri adalah dorongan Seseorang untuk melakukan sesuatu. Sementara motivasi dapat berfluktuasi, dan sering terjadi sebagai respons terhadap lingkungan. Motivasi diri berarti Seseorang dapat menemukan alasan, fokus, dan energi untuk menyelesaikan pekerjaan atau tugas Seseorang tanpa pengaruh eksternal. Dengan motivasi diri yang tinggi dan kemampuan yang kuat untuk mengatur diri sendiri, Seseorang memiliki pilihan: tanggapan Seseorang terhadap orang lain, tindakan, keputusan, penanganan konflik tim, asumsi yang menantang.

Kesadaran diri adalah pengetahuan Seseorang tentang karakter, kepribadian, kekuatan, dan kelemahan Seseorang sendiri. Semakin besar kesadaran diri Seseorang, semakin kecil titik buta Seseorang – bagian dari diri Seseorang yang dapat dilihat atau ditentukan orang lain tentang Seseorang yang mungkin tidak Seseorang sadari untuk, tentang, diri Seseorang sendiri. Semakin besar kesadaran diri Seseorang, semakin Seseorang mampu memahami orang-orang di sekitar Seseorang dan bagaimana mereka memseseorangng Seseorang, memungkinkan Seseorang untuk beradaptasi dengan berbagai situasi yang lebih luas. Dengan tingkat motivasi dan kesadaran yang tinggi, Seseorang siap untuk mencapai potensi Seseorang.

Tanggung jawab (*responsblity*) berada di persimpangan kesadaran dan regulasi: ini tentang

Seseorang bertanggung jawab atas tindakan yang Seseorang ambil. Ketika Seseorang berusaha untuk menjadi versi terbaik dari diri Seseorang, Seseorang dipseseorangng sebagai seorang pemimpin. Bekerja, berkembang, tumbuh, dan merawat diri sendiri: ini tidak egois. Ini adalah mempersiapkan diri Seseorang untuk menjadi pemimpin yang produktif menciptakan warisan untuk tim Seseorang, orang yang Seseorang cintai dan diri Seseorang sendiri.

Memiliki kepemimpinan diri yang luar biasa membutuhkan pergeseran fokus ke pembicaraan diri sendiri yang lebih positif, menuju perawatan diri dan harga diri dan itu mengarah pada peningkatan kesejahteraan, menjadi kontributor dan keberadaan yang lebih baik, serta dilihat sebagai, pemimpin yang produktif.

DIMENSI SELF LEADERSHIP

Hasil Analisis faktor dari 35 dimensi, dikelompokan menjadi 9 dimensi yang memiliki signifikan mewakili, merefleksi dimensi self leadersip (Houghton et.al.. 2012): Behavior Awareness & Volition (BAV); Task Motivation (TM); Constructive Cognition (CC) dengan masing2 faktor terdiri dari 3 indikator atau sub-dimensi.

BAV : Faktor Perilaku Kesadaran & Kemauan

BAV1. I establish specific goals for my own performance. Saya menetapkan tujuan khusus untuk kinerja saya sendiri: 5 pertanyaan)

BAV2. I make a point to keep track of how well I'm doing at work (self-observation). Saya membuat poin untuk melacak seberapa baik yang saya lakukan di tempat kerja.
(4 items petanyaan)

BAV3. Saya bekerja menuju tujuan tertentu yang telah saya tetapkan untuk diri saya sendiri

TM : Motivasi Tugas

TM1 I visualize myself successfully performing a task before I do it. Saya memvisualisasikan diri saya berhasil melakukan tugas sebelum saya melakukannya.

TM2 Sometimes I picture in my mind a successful performance before I actually do a task. Kadang-kadang saya membayangkan dalam pikiran saya kinerja yang sukses sebelum saya benar-benar melakukan tugas.

TM3 When I have successfully completed a task, I often reward myself with something I like (*self-reward*). . Ketika saya telah berhasil menyelesaikan suatu tugas, saya sering menghadiahi diri saya sendiri dengan sesuatu yang saya sukai.(Focusing thoughts on natural rewards (5 items)

CC : Kognisi Konstruktif

CC1 Sometimes I talk to myself (out loud or in my head) to work through difficult situations (*evaluating beliefs and assumptions*). Kadang-kadang saya berbicara kepada diri saya sendiri (dengan suara keras atau di dalam kepala saya) untuk mengatasi situasi sulit (mengevaluasi keyakinan dan asumsi).

CC2 I try to mentally evaluate the accuracy of my own beliefs about situations I am having problems with (*self-talk*). Saya mencoba mengevaluasi secara mental keakuratan keyakinan saya sendiri tentang situasi yang bermasalah dengan saya.(Evaluating beliefs and assumptions (4 items)

CC3 I think about my own beliefs and assumptions whenever I encounter a difficult situation (*evaluating beliefs and assumptions*). Saya memikirkan keyakinan dan asumsi saya sendiri setiap kali saya menghadapi situasi yang sulit

SELFLEADERSIP, SELFCARE (SELF MANAGEMENT)

Self leadesrhip berada pada ranah kognitif, emosional, sedangkan **self care** berada pada ranah t indakan (*action*). Self care untuk penyakit hipertensi dan diabetes mellitus dapat sama dandapat berbeda self leadershi dibangaun dari 3 teori : control management,

cgnitve social tehroy (bandura: self efficacy) dan teori positive psychology: Self motivation

Self care penyakit adalah tindakan untuk menghidari komplikasi dari adanya penyakit yang dideritanya**. Self care penyakit diabetes** terkait aktifitas pencegahan prediktor komplokasi kardiovaskuler (stroke, jantung, ginjal, retinopati, katarak,dan tindakaj supaya menjadi sehat dalam kehidupan, sehinga self care yang dianjurkan adalah melakukan: 1. Makan Makanan Sehat,,2. Aktif secara fisik, 3. Minum Obat, 4. Memonitor gula darah dan Blood Pressure, 5. Mengatasi stress (*Cope with stress*), 6. Menurunkan resiko (Batasi alkohoh, .Berhenti merokok mengurag obesitas)

PIRANTI KEPEMIMPINAN DIRI

Ada 9 Dimensi untuk menilai kepemimpinan diri sendiri yang yanhg sesuai., digunakan menurut ASLQ-Assessment Self Leadership Questiojer; (Houghton et al., 2012).

instruksi:

Bacalah setiap item berikut dengan cermat, dan cobalah untuk memutuskan seberapa benar pernyataan tersebut dalam menggambarkan Seseorang.

Skor: 1 = Sama sekali tidak akurat, 2 = Agak akurat, 3 = Sedikit akurat, 4 = Sebagian besar akurat, 5 = Benar-benar akurat

Pernyataan:

1. Saya menetapkan tujuan khusus untuk kinerja saya sendiri.(set goal setting: 5 pertanyaan)
2. Saya membuat poin untuk melacak seberapa baik yang saya lakukan di tempat kerja.
3. Saya bekerja untuk mencapai tujuan tertentu yang telah saya tetapkan untuk diri saya sendiri.
4. Saya memvisualisasikan diri saya berhasil melakukan tugas sebelum saya melakukannya. Self-talk (3 items)
5. Kadang-kadang saya membayangkan dalam pikiran saya kinerja yang sukses sebelum saya benar-benar melakukan tugas.
6. Ketika saya telah berhasil menyelesaikan suatu tugas, saya sering menghadiahi diri saya sendiri dengan sesuatu yang saya sukai.(Focusing thoughts on natural rewards (5 items)
7. Kadang-kadang saya berbicara kepada diri sendiri (dengan suara keras atau di dalam kepala saya) untuk mengatasi situasi sulit.
8. Saya mencoba mengevaluasi secara mental keakuratan keyakinan saya sendiri tentang situasi yang bermasalah dengan saya.(Evaluating beliefs and assumptions (4 items)
9. Saya memikirkan keyakinan dan asumsi saya sendiri setiap kali saya menghadapi situasi yang sulit

PENGAMBILAN KEPUTUSAN

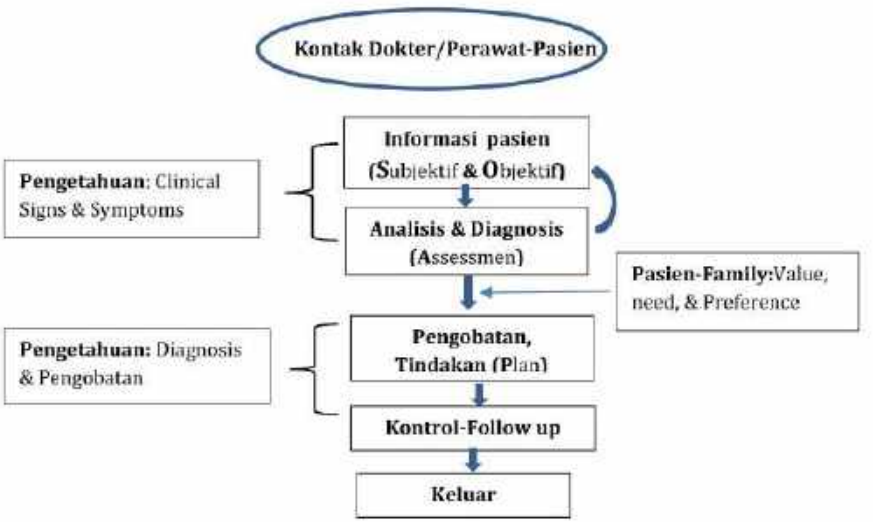
BAB 8

Keputusan (*Decision*). Pilihan yang dibuat tentang sesuatu setelah memikirkannya: hasil dari memutuskan. Pengambilan keputusan: proses kognitif yang menghasilkan pemilihan rangkaian tindakan di antara beberapa skenario alternatif

Pengambilan Keputusan (*decision making*) adalah proses membuat pilihan dengan mengidentifikasi keputusan, mengumpulkan informasi, dan menilai resolusi alternatif.

PROSES PENGAMBILAN KEPUTUSAN

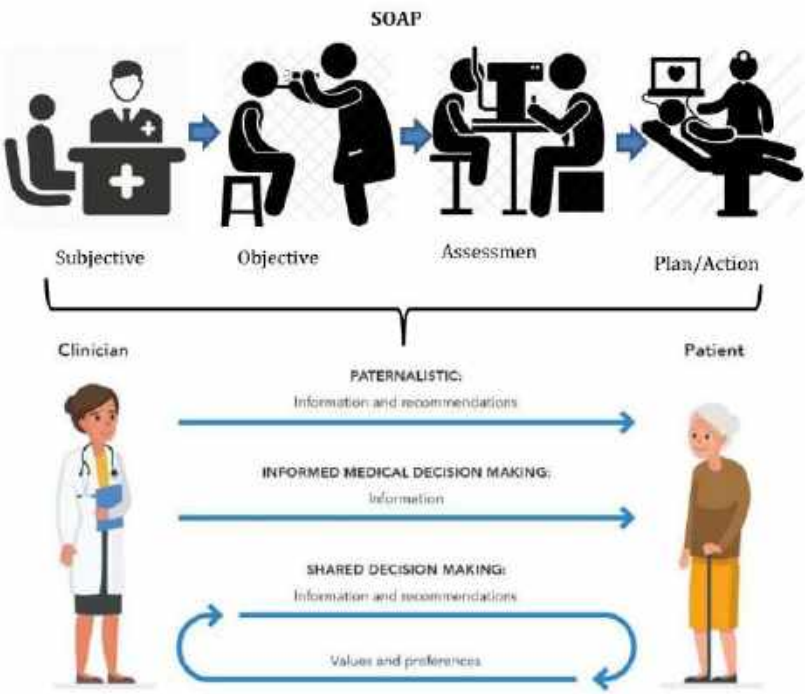
Sebagai *intercept* dari Tujuan pengobatan dan preferesni pasien; Kontek bio-psiko-soial: Bukti klinis dan keahlian dokter. Alur Proses Keputusan di mulai dengan:



Gambar 8.1 Alur Proses Layanan pasien(SOAP)

Ada dua persektiff dalam pertimbangan pengambilan keputusan: dari klinikus, perawat dan dari pasien. Dari klinisi sebagai ahli dalam pengobatan: Diagnosis penyakit, etiologi, Prognosis, Pengobatan, hasil yang di prediksi. Sedangkan dari pasien: Pengalaman sakit, lingkungan keluarga/social, sikap terhadap risiko kejadian sakit, keparahan dan nilai yang diantisipasi serta harapan hasil pengobatan

Pengambilan Keputusan yang benar, layak dan baik, akan meningkatan kepuasan pasien; kepatuhan yang lebih baik terhadap rencana pengobatan; keterlibatan pengobatan yang lebih besar dan lebih berkualitas.



Gambar 8. 2 Proses Pelayanan dan Pengambilan Keputusan

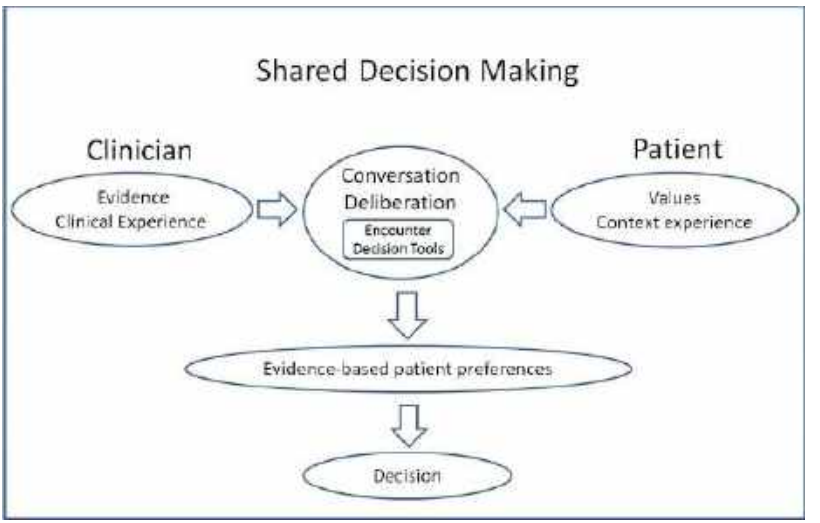
langkah Pengambilan Keputusan

1. Identifikasi Tujuan dan preferensi pasien dan keluarga (*Patient and family's goals and preference*)
2. Bagaimana hubungan Kontext Biologis, psikologis dan sosiologis *(Biological. Psychological and sociological context)*
3. Bukti klinis dan keahlian (*Clinical evidence and expertise*) diagnosis dan pengobatan
4. Di mulai dengan proses SOAP (Subjective, Objective,

Assessment, Plan). **S**ubjective proses mengidentifikasi status demografi, keluhan pasien (symptom). **O**bjective adalah pemeriksaan fisik pasien (*sign*). dan Assessment adalah pemeriksaaan tambahan ,penunjang. (laboratorium) da *Plan* adalah tindakan setelah diagnosis ditegakan.

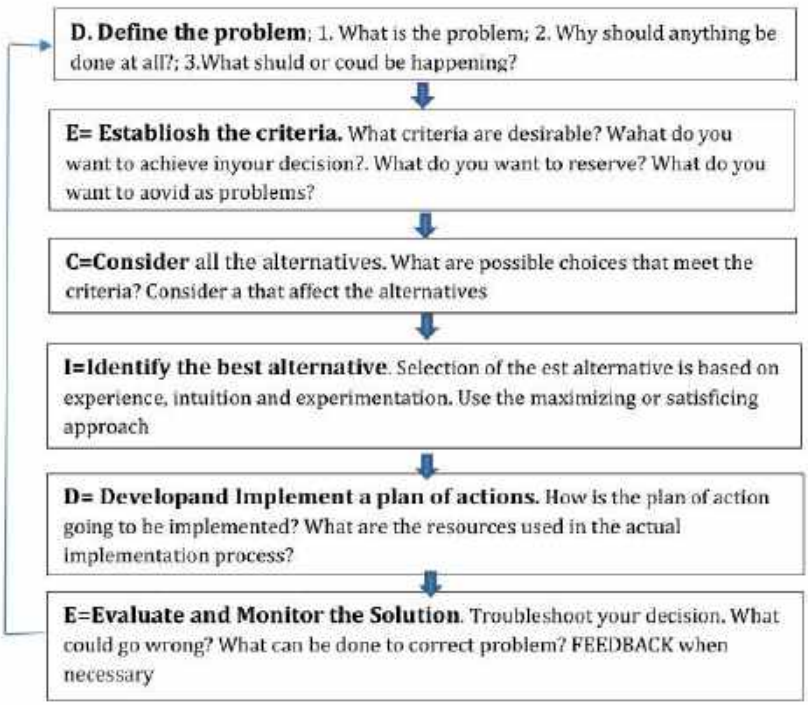
5. Dalam setiap proses pelayanan/perawatan perlu ada keputusan yang harus di ambil dokter/perawat dengan pasien. Metoda/cara pengambilan keputusan dapat bersifat Informatif, Paternalistik (opini dokter, perawat) dan berbagi (shared atau dialog: opini dan informatif)

Share Decision Making (SDM)



Sumber. Tamhane S.T., et. Al.,2015

DECIDE.adalah term dari:



MAFAAT SDM

Pengambilan keputusan bersama terjadi ketika penyedia layanan kesehatan dan pasien bekerja sama untuk membuat keputusan perawatan kesehatan yang terbaik bagi pasien. Keputusan optimal memperhitungkan informasi berbasis bukti tentang pilihan yang tersedia, pengetahuan dan pengalaman penyedia, dan nilai-nilai dan preferensi pasien.Baik profesional perawatan kesehatan maupun pasien mendapat manfaat dari penggunaan pengambilan keputusan bersama.

Menyediakan Pengambilan Keputusan Bersama berbasis bukti telah ditunjukkan untuk memberikan:

Manfaat bagi pasien

1. Meningkatkan pengetahuan pasien, pengalaman pasien dalam perawatan
2. Mengurangi kepasifan pasien dalam pengambilan keputusan medis.
3. Memberikan persepsi yang lebih realistis tentang hasil pengobatan
4. Meningkatkan kesepakatan antara nilai-nilai pasien dan pilihan pengobatan yang dipilih
5. Meningkatkan kepatuhan pengobatan diabetes dan kontrol glikemik yang lebih baik
6. Dapat meningkatkan kepuasan pasien dengan perawatan dan kepatuhan self care
7. Semua informasi di atas tentang kondisi kesehatan untuk memungkinkan pasien mempertimbangkan apa yang penting bagi mereka
8. Peningkatan kualitas perawatan yang diberikan.

Manfaat bagi Profesional Perawatan Kesehatan:

1. Meningkatkan kualitas perawatan pasien
2. Pelayanan berbasis bukti
3. Pelayanan yang lebih efisien dan efektif, timely, focus pasien

LANGKAH EFEKTIF PENGAMBILAN KEPUTUSAN **(Emanuel Emanuel. 1992, Elwyn, Edwards, Wensing .2003)**

Pengambilan keputusan adalah proses membuat pilihan dengan mengidentifikasi keputusan, mengumpulkan informasi, dan menilai resolusi alternatif dst. Menggunakan proses pengambilan keputusan selangkah demi selangkah dapat membantu Anda membuat lebih disengaja, bijaksana keputusan dengan mengatur informasi yang relevan dan menentukan alternatif. Pendekatan ini meningkatkan kemungkinan Anda akan memilih yang paling memuaskan alternatif mungkin. Tujuh langka efektif pengambilan keputusan;

Langkah 1: Identifikasi keputusan (*Identify the decision***)**

Anda menyadari bahwa Anda perlu membuat keputusan. Mencoba untuk dengan jelas menentukan sifat dari keputusan yang Anda harus buat. Langkah pertama ini sangat penting.

Langkah 2: Kumpulkan informasi yang relevan (*Gather information***)**

Kumpulkan beberapa informasi terkait sebelum Anda membuat keputusan Anda: informasi apa yang dibutuhkan, yang terbaik sumber informasi, dan cara mendapatkannya. Langkah ini melibatkan "pekerjaan" internal dan eksternal. Beberapa informasi bersifat internal: Anda akan mencarinya melalui suatu proses dari penilaian diri. Informasi lainnya adalah eksternal: Anda akan menemukannya secara online, di buku, dari orang

lain, dan dari sumber lain.

Langkah 3: Identifikasi alternatif (*Identify Alternatives***)**

Saat mengumpulkan informasi, ada kemungkinan akan mengidentifikasi beberapa kemungkinan jalur tindakan, atau alternatif. Karena itu juga dapat menggunakan imajinasi Anda dan tambahan informasi untuk membangun alternatif baru. Dalam langkah ini, Anda akan membuat daftar semua alternatif yang mungkin dan diinginkan.

Langkah 4: Timbang buktinya (*Weigh the evidence***)**

Gambarkan informasi dan emosi Anda untuk membayangkan bagaimana jadinya jika Anda melakukan masing-masing alternatif sampai akhir. Evaluasi apakah kebutuhan diidentifikasi pada Langkah 1 akan dipenuhi atau diselesaikan melalui penggunaan setiap alternatif. Saat Anda melewati ini proses internal yang sulit, Anda akan mulai menyukai tertentu alternatif: yang tampaknya memiliki tingkat yang lebih tinggi potensi untuk mencapai tujuan Anda. Terakhir, letakkan alternatif dalam urutan prioritas, berdasarkan Anda sendiri sistem nilai.

Langkah 5: Pilih di antara alternatif (*Choose among alternatuives*)

Setelah menimbang semua bukti, saatnya siap untuk memilih alternatif yang tampaknya menjadi yang terbaik untukmu. Anda bahkan dapat memilih kombinasi dari alternatif. Pilihan Anda di Langkah 5 kemungkinan besar adalah sama atau mirip dengan alternatif yang Anda tempatkan bagian atas daftar Anda di akhir Langkah 4.

Langkah 6: Ambil Tindakan (***Take action***)

Anda sekarang siap untuk mengambil beberapa tindakan positif dengan mulai menerapkan alternatif yang dipilih

Langkah 7: Tinjau keputusan yang telah dibuat & konsekuensinya (*Review your decision*)

Pada langkah terakhir ini, pertimbangkan hasil keputusan dan mengevaluasi apakah telah menyelesaikan kebutuhan atau tidak pada mengidentifikasi keputusan pada Langkah 1. Jika keputusan belum terpenuhi kebutuhan yang teridentifikasi, Anda mungkin ingin mengu langinya langkah-langkah proses untuk membuat keputusan baru. Untuk misalnya, Anda mungkin ingin mengumpulkan lebih detail atau informasi yang agak berbeda atau jelajahi tambahan alternatif.

Tiga Model Pengambilan Keputusan dokter-pasien (Emanuel Emanuel. 1992)

Tabel 8.1 Tiga model Pengambilan Keputusan (ADA: American Diabetes Association)

Peran (Role)	**Informatif Otonomi**	**Partisipatif**	**Paternalistik**
Nilai pasien:	Didefinisikan, ditetapkan, dan diketahui pasien	Terbuka untuk pengembangan dan revisi melalui diskusi moral	Tujuan dan dibagikan oleh dokter dan pasien

Kewajiban dokter	Memberikan informasi faktual yang relevan dan mengimplementasikan intervensi yang dipilih pasien	Menjelaskan dan menafsirkan relevansi, menghargai nilai pasien serta menginformasikan pasien dan menerap kan kesadaran pasien intervensi yang dipilih Mengajari dan membujuk pasien tentang nilai-nilai yang paling dikagumi serta menginformasikan pasien dan menerapkan pilihan pasien intervensi	Mempromosikan kesejahteraan pasien atas keputusan dokter dengan tetap kebebasan pasien dari preferensi pasien saat ini
Konsepsi Otonomi pasien	Pilihan, dan kontrol atas, perawatan medis dserahkan pada keputusan pasien	Pemahaman diri yang relevan dengan perawatan medis Pengembangan diri, moral relevan untuk perawatan medis. Tonmi pasien terkait self care yang isa dilakukan pasien	Menyetujui nilai-nilai objektif Paternalitik lebih pada focus kepatuh pengobatan, termasuk self care pasien
Konsepsi peran dokter	Ahli kompetensi teknik	Konsuler atau penasehat Teman dan guru	Pater (orant ta)/ Wali.

Pengambil keputusan	Dokter; dominan dari self, relative., non realtive	Dokter; self, relative., non relative tidak jelas Dokter= self, relative., non relative (kolaborasi)	Dokter > dominan dalam pengambilan keputusan

Sumber: Emanuel Emanuel. 1992. The Physician-Patient Relationship. JAMA., Vol. 267. No.16

	Variabel	Indikator	Cara Mengukur	Skala statistik
1	**Nilai pasien**	A. Pasien memahami sakitnya B. Perlu penjelasan rencana perawatan C. Terbuka dan bisa didiskusikan D. Pasien pasif	Kuesioner 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Neutral 4. Setuju 5. Sangat setuju	
2	**Kewajiban Dokter**	A. Memberi informasi factual Kesehatan pasien dan rencana pengobatan B. Menjelaskan, mempersuasi C. Mengajari perawatan D. Mempromosiskan akan hasil perawatan	Kuesioner 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Neutral 4. Setuju 5. Sangat setuju	

3	**Otonomi pasien**	A. Dapat memilih, Mengkontrol perawatan medis	Kuesioner 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Neutral 4. Setuju 5. Sangat setuju	
		B. Memahami pilihan pengobatan		
		C. Mengembangan diri moral pasien		
		D. Menmyetujui rencana klijisi		
4	**Peran Klinisi**	A. Dokter terampil	Kuesioner 1. Sangat tidak setuju 2. Tidak setuju 3. Neutral 4. Setuju 5. Sangat setuju	
		B. Dokter sebagai penasehat konsultan		
		C. Doktern berperilaku sebnagai teman dan guru		
		D. Dokter bertindak sebagai bapak, Wali		

A: Informatif. **B:** Interpretif **C:** Share **D:** Paternalistik

ADA (American Diabetes Association). Mengelompokan model pengambilan keputuisan menjadi: partinalismk, Partisipatif dan autonomous**. Pengelompokan ini analog dengan ide** Emanuel Emanuel. 1992

Paternalisme medis terjadi ketika penyedia layanan kesehatan membuat keputusan tanpa memperhatikan hak pasien untuk menentukan nasib sendiri. Dalam beberapa dekade terakhir, telah terjadi pergeseran dari praktik paternalistik ke pengambilan keputusan Bersama (share decision making). Partisipasi). Paternalisme

adalah praktik seseorang atau lembaga otoritas yang membuat keputusan untuk seseorang atau beberapa orang tanpa sepengetahuan atau persetujuan mereka dengan keyakinan bahwa itu adalah kepentingan terbaik mereka. **Paternalistik**: 1. Peran pasif bagi pasien ; 2. Bekerja dengan baik ketika pasien memiliki informasi yang terbatas dan masalah akut. Mekanisme: penyedia perawatan lebih dominan, informasi dan anjuran atau opini dokter lebih mudah dipatuhi *(**Compliance**)*.

Efek yang tidak diinginkan dari paternalisme termasuk penolakan kebebasan untuk membuat keputusan untuk diri sendiri dan berada dalam posisi inferioritas yang dirasakan. Kelompok yang cenderung mengalami paternalisme termasuk orang tua, cacat, atau sakit parah.

Otonomi mengacu pada **hak seseorang** untuk membuat keputusan sendiri.

Partisipatif (share decition making). Praktek pengambilan keputusan bersama melibatkan keahlian medis dokter dan memperhatikan otonomi pasien. Pengambilan keputusan bersama telah terbukti mengarah pada kepatuhan pasien yang lebih besar terhadap pengobatan dan hasil kesehatan yang lebih baik. Setelah pasien mendapatkan informasi tentang sakit, informasi pengontrolan gula darah, informasi diet (anjuran dan yang dihindari), maka keputasan partisipatif terutamka dikaitkan dengan peningkatan **control/pengendalian diabetes.** Dalam hal ini memerlukan keteribatan pasien mengelolaan diri (self management:. Makan Makanan

Sehat, Aktif secara fisik, Minum Obat , Memonitor gula darah dan Blood Pressure, 5. Mengatasi stress (Cope with stress), menurang risiko keparahan/komplikasi (Batasi alkohoh,.Berhenti merokok. Model partisipatif analog dengan komunikatif interakif dalam pemasaran jasa Kesehatan

Namun, pengambilan keputusan bersama tidak selalu efektif. Pilihan pasien terkadang tidak sesuai dengan keputusan dokter. Seorang pasien dapat menyangkal atau kurang memahami tentang suatu kondisi atau pengobatannya. Seorang pasien dapat meminta pengobatan yang tidak praktis, atau bahkan merugikan, yang tidak dapat disetujui oleh dokter untuk meresepkannya. Dalam keadaan seperti ini ketika pengambilan keputusan bersama tidak demi kepentingan terbaik pasien, praktik paternalisme selektif dianggap perlu. Istilah paternalisme selektif mengacu pada pengambilan keputusan yang lebih didasarkan pada keahlian dokter daripada keterlibatan pasien dalam situasi di mana pengambilan keputusan bersama tidak praktis atau tidak mungkin dilakukan.

SDM adalah prediktor paling penting dari kepuasan pasien dengan pengambilan keputusan dan adopsi teknologi kesehatan baru. Oleh karena itu, komunikasi yang lebih baik antara dokter dan pasien dianjurkan untuk meningkatkan SDM mereka, meningkatkan kepuasan pasien dan membantu adopsi teknologi baru. Melatih penyedia layanan kesehatan dan mengajarkan keterampilan komunikasi dalam bekerja dengan pasien

pada tahap awal difusi teknologi diperlukan.

Pengambilan keputusan bersama (SDM) **adalah proses kolaboratif** dimana pasien dan dokter bekerja sama dalam dialog deliberatif. Tujuan dari **dialog** ini adalah untuk mengidentifikasi pilihan manajemen yang masuk akal yang paling sesuai dan mengatasi situasi unik pasien. SDM mendukung terjemahan penelitian yang berpusat pada pasien ke dalam praktik. SDM juga membantu **menerapkan prinsip inti kedokteran berbasis bukti**: bukti diperlukan tetapi tidak pernah cukup untuk membuat keputusan klinis, karena pertimbangan nilai dan konteks pasien juga diperlukan. Percakapan SDM dibangun di atas kemitraan antara pasien dan dokter, menarik bukti yang berkaitan dengan pilihan pengobatan yang berbeda, dan mempertimbangkan pilihan berdasarkan nilai, preferensi, dan konteks pasien. SDM sesuai untuk perawatan diabetes karena perawatan diabetes sering memerlukan pertimbangan pilihan manajemen yang berbeda dalam hal yang penting bagi pasien, seperti cara mereka menempatkan tuntutan signifikan pada kehidupan dan kehidupan pasien. Dalam dekade terakhir, SDM telah terbukti layak dan berguna untuk berbagi bukti dengan pasien dan untuk melibatkan pasien dalam membuat keputusan dengan dokter mereka. Kebijakan perawatan kesehatan dan klinis menganjurkan SDM, tetapi kebijakan ini belum berdampak pada perawatan diabetes. Dalam makalah ini, kami menjelaskan apa itu SDM, dampaknya yang diketahui pada perawatan diabetes, dan pekerjaan yang

diperlukan untuk menerapkan pendekatan yang berpusat pada pasien ini dalam perawatan jutaan pasien dengan diabetes.

- Seringkali ada garis tipis antara bertindak demi kepentingan terbaik pasien dan menghormati hak otonomi pasien

Penerapan Share Decision Making (SDM)

Adalah **proses komunikasi, kolaboratif** dan **konsensus** antara pasien dan dokter, yang mana melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan, menyediakan pilihan informasi untuk pengobatan, memfasilitasi penggabungan preferensi dan nilai pasien ke dalam proses pengambilan keputusan medis. Ada lebih dari satu pilihan yang masuk akal secara medis (kondisi sensitif preferensi), Tidak ada pilihan yang memiliki keuntungan jelas dalam hal hasil Kesehatan dan Setiap pilihan memiliki manfaat dan bahaya yang dinilai orang secara berbeda

American Diabetes Association

Menggunakan proses pengambilan keputusan selangkah demi selangkah (komuiikasi, kolabotrasi dankonsens dokter-pasien) dapat membantu dokter membuat lebih disengaja, keputusan yang bijak dengan mengatur informasi yang relevan dan menentukan alternatif. Pendekatan ini meningkatkan kemungkinan dokter akan memilih yang paling memuaskan dari alternatif keputusan bagi dokter-pasien (WinWin).

The SHARE Approach: A Model for Shared Decision making

Pendekatan SHARE adalah proses lima langkah untuk pengambilan keputusan bersama yang mencakup mengeksplorasi dan membandingkan manfaat, bahaya, dan risiko dari setiap opsi melalui dialog yang bermakna tentang apa yang paling penting bagi pasien. Menggunakan Pendekatan SHARE membangun hubungan saling percaya dan langgeng antara profesional perawatan kesehatan dan pasien.

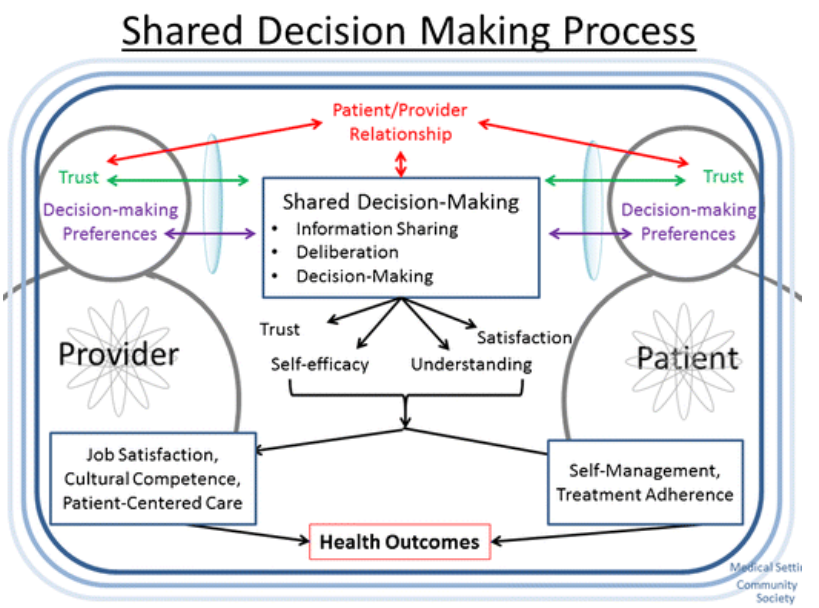
PRINSIP SHARE (Kepanjangan dari):

- **S** eeking your **patient's participation** (Mencari partisipasi pasien)
- **H** elp your patient explore and compare treatment options (Bantu pasien Anda menjelajahi dan membandingkan pilihan pengobatan)
- ***A*** *ssess your patient's values and preferences* (Mengukur nilai dan preferensi pasien)
- ***R*** *each a decision with your patients* (Raih keputusan

dengan pasien)

E valuate your patoient'sdecision (Evaluasi keputusan pasien)

Pengambilan keputusan bersama terjadi ketika penyedia layanan kesehatan dan pasien bekerja sama untuk membuat keputusan perawatan kesehatan yang terbaik bagi pasien. Keputusan optimal memperhitungkan informasi berbasis bukti tentang pilihan yang tersedia, pengetahuan dan pengalaman penyedia, dan nilai-nilai dan preferensi pasien. Baik profesional perawatan kesehatan maupun pasien mendapat manfaat dari penggunaan pengambilan keputusan bersama.



The American Diabetes Association (ADA) merekomendasikan penggunaan pengambilan keputusan

bersama (SDM) untuk meningkatkan hasil kesehatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup terkait kesehatan. Elemen SDM telah terbukti meningkatkan kepatuhan dengan mengurangi kecemasan pasien dan meningkatkan hubungan pasien/dokter.

Pengambilan Keputusan Bersama-SDM (Tamhane et.al., 2015)

Co-creation dapat dilihat sebagai cara berpikir baru tentang konsep ekonomis "nilai". C0 creation me nggambarkannya sebagai pandangan "yang berpusat pada nilai konsumen" yang bertentangan dengan pandangan "berpusat pada perusahaan" tradisional.

PIRANTI DECISION MAKING (*TOOLS)*

Pengambilan Keputusana adalah sebuah proses kognitif yang menghasilkan pencarian tindakan di antara beberapa skenario alternatif.

Ada 5 langkah dalam proses pengambilan keputusan

1. Mengidentifikasi keputusan yang akan diambil
2. Mengidentifikasi kemungkinan pilihan keputusan
3. Memproses informasi
4. Menerapkan keputusan terpilih
5. Mengevaluasi keputusan

NB: Angka 1 adalah informasi dasar untuk pengambnilan keputUsan. Angka 2 samapai 5 adalah modelm proses pengamnilan keputusan dan evaluasi outcome keputusan

Petunjuk: Mengukur keterlibatan pasien dalam Pengambilan Keputusan Klinisi (Elwyn, Edwards, Wensing, et al.2003)

Skor 1. Strongly Disagree 2. Disagree 3. Neutral
4. Agree 5. Strongly Agree

Indikator Pengambilan Keputusan

1. Klinisi (dokter, perawat) mengidentifikasi perlunya proses pengambilan keputusan (*The clinician identifies needing a decision process*) (Langkah awal untuk Decision Making)
2. Klinisi menyatakan bahwa ada lebih dari satu cara untuk menangani masalah yang teridentifikasi *(The*

clinician states that there is more than one way to deal with an identified problem)

3. Klinisi membuat daftar pilihan termasuk pilihan tidak melakukan tindakan jika memungkinkan *(The clinician lists options including the choice of no action if feasible)*
4. Klinisi menjelaskan Pro dan kontra dari pilihan kepada pasien (tidak mengambil tindakan adalah pilihan)(The clinician explains The pros and cons of options to the patient (taking no action is an option)
5. Klinisi memeriksa format informasi pilihan pasien (kata-kata/angka/tampilan visual) *The clinician checks the patient's preferred information format (words/ number/visual display)*
6. Klinisi mengeksplorasi harapan (atau ide) pasien tentang bagaimana masalah harus dikelola. *The clinician explores the patient's expectation (or idea) about how the problem(s) are to be managed)*
7. Klinisi mengeksplorasi kekhawatiran (ketakutan) pasien tentang bagaimana masalah tersebut harus dikelola. *(The Clinician explores the patient's concern (fear) about how the problem(s) are to be managed)*
8. Klinisi memeriksa bahwa pasien telah memahami informasinya. *(The clinician checks that the patient has understood the information)*
9. Klinisi memberikan kesempatan kepada pasien untuk bertanya. *(The clinician provides opportunities for the patient to ask question)*

10. Klinisi menanyakan tingkat keterlibatan pasien dalam pengambilan keputusan. *(The clinician asks for the patient's preferred level of involvement in decision making)*
11. Kesempatan untuk menentukan keputusan disediakan. *(An opportunity for determining a decision is provided)*
12. Pengaturan dibuat untuk meninjau keputusan (atau penetapan) *(Arrangements are made to review the decision (or the determent)*

NB. 1. Dengan analisis faktor akan di temukan group yang membangun faktor tersebut

2. Menentukan skor nilai, bila model pengambilan keputusan sudah di tentukan. Nilai mean tertinggi menunjukan mode lkeputusan yang digunakan

HUBUNGAN ANTAR MANUSIA

BAB 9

I. PENDAHULUAN

Inti dari hubungan dalam organisasi adalah komunikasi. Komunikasi bisa terjadi antara manajer dengan pelanggan, manajer dengan karyawan dan karyawan dengan pelanggan. Pemasaran interaktif lebih banyak membahas komunIkasi interaktif saat terjadi kontak pelanggan dengan orang pihak Rumah Sakit atau Puskesmas. Komunikasi dokter/Perawat dan pasien dalam upaya penyembuhan pasien, lebih dikenal sebagai **komunikasi terapeutik**

Peristiwa masuk Rumah Sakit sudah menimbulkan stress, apalagi ditambah dengan komunikasi tidak efektif antara pasien dan tenaga kesehatan. Pasien dalam Komunikasi terapeutik berada posisi lebih rendah. Bahasa medis dan kesehatan sering tidak dipahami oleh pasien.

Komunikasi interaktif bisa terjadi pada manajemen dengan karyawan maupun pasien. Demikian pula antara karyawan dengan pasien. Lingkup kajian Pemasaran interaktif adalah pada komunikasi karyawan dan pasien dengan menggunakan konsep pemasaran

Komunikasi interaktif juga harus mempertimbangkan Etika-Moral yang mengatur hubungan hak dan kewajiban tenaga kesehatan dan pasien

2. TUJUAN KOMUNIKIASI INTERAKTIF

Teori Elton Mayo tentang hubungan manusia dalam manajemen, ia menyatakan bahwa karyawan lebih dimotivasi oleh faktor relasional seperti persahabatan dan perhatian daripada faktor lingkungan seperti kelembaban, pencahayaan, imbalan uang, dan supervisi atasan. Penerapan komunikasi interaktif dalam praktek layanan kesehatan, lebih dikenal sebagai Komunikasi terapeutik. Yaitu komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan penyembuahn pasien.

Tujuan Komunikasi terapeutik

1. Membantu pasien dalam memperbaiki dan mengendalikan emosi, sehingga membantu percepatan penyembuhan dari upaya medis. Membantu pasien untuk memperjelas dan

mengurangi beban perasaan dan pikiran serta dapat mengambil tindakan untuk mengubah situasi yang ada bilka pasien percaya pada hal yang diperlukan

2. Mengurangi keraguan, membantu dalam hal mengambil tindakan yang efektif dan mempertahankan kekuatan egonya
3. Mempengaruhi orang lain, lingkungan fisik dan dirinya sendiri
4. Komunikasi terapeutik memberikan pelayanan prima *(service excellence* atau tanpa cacat), sehingga dicapai kesembuhan dan kepuasan pasien

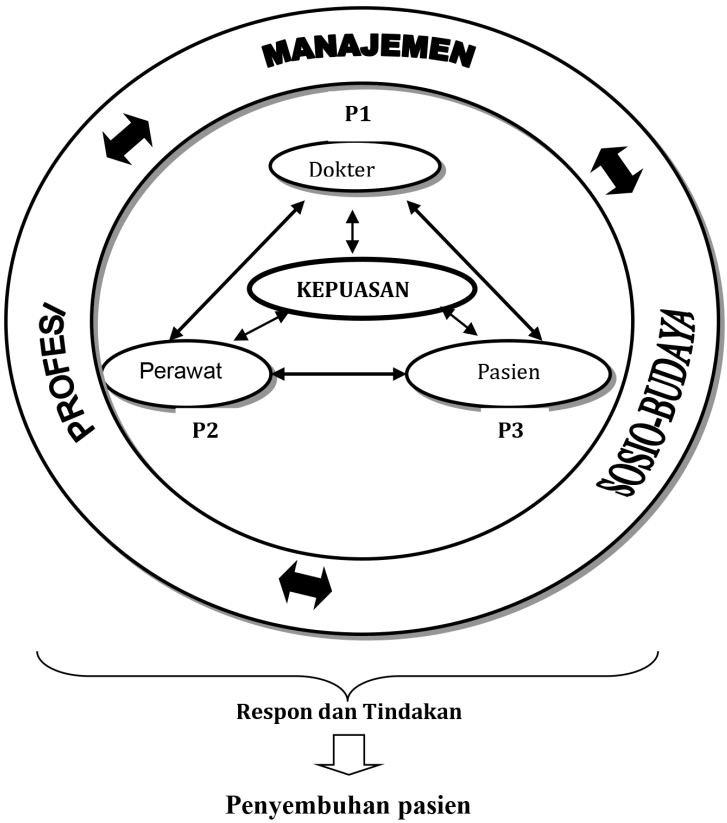
Manajer dan supervisor harus dilatih untuk menjadi pendengar dan komunikator /pewawancara yang efektif untuk memahami dan mengatasi masalah pribadi dan sosial pekerja. Selain itu, mereka harus menggunakan keterampilan ini setiap saat. Berikut ini adalah teori manajemen Elton Mayo dan resep terkait yang berasal dari studi Hawthorn experiment dan Philadelphia:

1. Masalah industry, terutama disebabkan oleh faktor manusia dan sosial. Hubungan Manusia adalah cara utama untuk menyelesaikan masalah industri (tetapi efisiensi teknis melalui Manajemen Ilmiah juga penting).
2. Aturan dan prosedur tempat kerja mempengaruhi sikap pekerja. Sikap pekerja menentukan karakteristik dan aturan informal dalam kelompok sosial tempat kerja.
3. Interaksi dengan atasan dan rekan kerja dapat

menyebabkan stres dan kelelahan.

4. Jika sikap kelompok negatif, aturan informal dapat mendahului aturan formal, yang pada gilirannya berdampak negatif pada produksi.
5. Kurangnya perhatian yang diberikan kepada pekerja dapat mengakibatkan produksi yang kurang. Pekerja harus diberi perhatian yang cukup oleh manajer dan supervisor.
6. Kepuasan kerja, dinamika kelompok, dan sikap individu dan kelompok ter hadap pekerjaan semuanya memiliki pengaruh kuat terhadap motivasi dan produktivitas (tetapi kondisi kerja fisik dan insentif masih relevan dan penting).
7. Peningkatan komunikasi dan kerjasama meningkatkan **kohesi kelompok**.
8. Kepuasan kerja, motivasi, dan produktivitas lebih bergantung pada pengakuan, keterlibatan, dan kerja sama daripada kondisi kerja fisik. Untuk meningkatkan kepuasan kerja, motivasi, dan produktivitas, karyawan harus diberikan:
   a. Kesempatan untuk mendiskusikan masalah pribadi dan yang berhubungan dengan pekerjaan mereka;
   b. Kesempatan untuk menyampaikan pendapat;
   c. Peluang untuk interaksi sosial dan pembangunan tim;
   d. Lebih banyak kebebasan untuk menentukan kondisi kerja mereka sendiri; dan

e. Kemampuan untuk menetapkan standar output mereka sendiri.



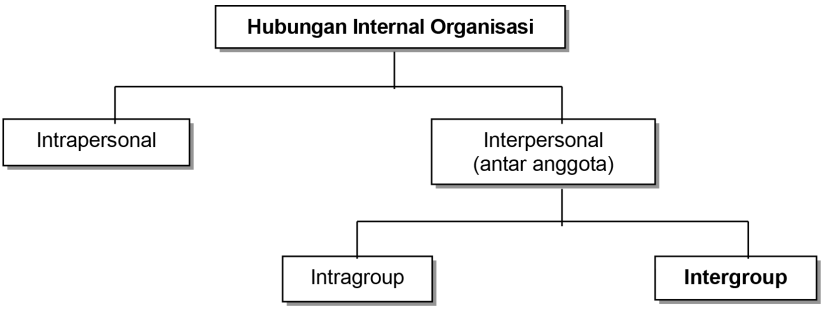
Gambar 9.1 Konsep Kepuasan (3P) pada Komunikasi terapeutik

Macam Hubungan

Hubungan Internal Organisasi

Hubungan diantara anggota organisasi adalah hubungan interpersonal. Hubungan ini dipengaruhi oleh perilaku individu, kelompok dan perilaku

oirganisasi.



Hubungan Intrapersonal adalah hubungan faktor internal individu yang mempengaruhi perilaku individu tersebut. Faktor intrapersonal tersebut adalah motivasi,

Hubungan interpersonal mencakup hubungan antar faktor internal individu sebagai anggota kelompok, sehingga membentuk perilaku kelompok. Hubungan dalam kelompok muncul dalam konsep kepemimpinan, pengambilan keputusan.

Hubungan interpersonal antar anggota atau dan antar kelompok membangun model hubungan organisasi. Hubungan kelompok dan organisasi akan membentuk struktur organisasi. Hubungan struktur dan manajemen akan membangun dan pengembangan organisasi

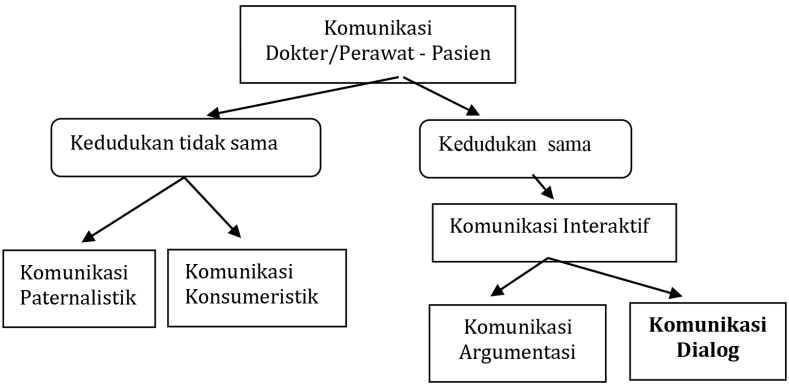
Hubungan Penyedia Perawatan dan Pasien-Keluarga

Prinsip teori Human Relation (Elton Mayo, 1924; Patric Ward, 20-21)

1. Teori Hubungan Manusia dicirikan oleh pergeseran penekanan dari Tugas ke Pekerjaan
2. Melampaui kontribusi fisik untuk memasukkan aspek kreatif, kognitif dan emosional pekerja
3. Berdasarkan komunikasi dialog (dua arah)
4. Hubungan sosial adalah inti dari perilaku organisasi—efektivitas bergantung pada kesejahteraan sosial pekerja
5. Penyedia perawatan dan pasien mengomunikasikan pendapat, keluhan, saran dan perasaan untuk meningkatkan kepuasan dan hasil perawatan

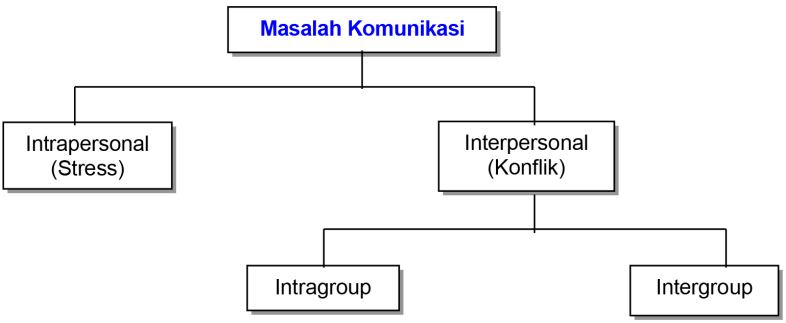
Dari uraian diatas jelas terlihat bahwa suatu proses komunikasi - dalam konteks hubungan personal – tidak dapat terjadi secara searah (one way communication) , melainkan dua arah(*two way*), timbal balik antara dua pribadi yang terlibat di dalamnya

Kedudukan komunikator dan komunikan di satu saat, bisa komunikan menjadi komunikator di saat lain. Mereka saling mempengaruhi proses interaktis dalam menyelesaikan masalah bersama.



3. Problematika hubungan

Hubungan yang tidak dikehendaki akan menimbulkan masalah dalam tingkat individu (***stress***) dan antar individu/kelompok yang disebut **konflik.**



Konflik intrapersonal melibatkan ketidaksesuaian emosi bagi individu ketika keahlian, kepentingan, tujuan dan nilai nilai digelar untuk memenuhi pekerjaan, tugas yang jauh dari menyenangkan. Konflik intrapersonal dikenal sebagai stress, dan mengarah pada akibat individu, yang dapat merintangi kehidupan sehari hari dan mengehentikan kegiatan beberapa orang

Konflik interpersonal lebih dikaitkan dengan manajemen konflik, karena konflik ini lebih melibatkan banyak orang.

Komunikasi interaktif

Peran mitra atau **oposan** dalam komunikasi bisa;

- Dependent : melakukan tindakan atas pelimpahan tugas dari orang lain. Kedudukan satu dan yang lain berbeda
- Interdependent : melakukan tindakan secara bersama sama. Karena pekerjaan tersebut tidak bisa diselesaikan sendiri, diselesiakan bersama agar efisisen dan efektif
- Independent : melakukan pekerjaan berdasarkan kompetensi diri sendiri atau pekerjaaan mandiri antar mitra

Proses hubungan:

1. Hubungan setara atau model relasi. Hubungan saling percaya, menghormati keputusan, hubunganyang "win Win solution"
2. Hubungan tidak setara:
    a) terjadi bila salah satu dari mereka yang berkomunikasi tidak mamiliki kedudukan yang sama.
    b) instruksi: Pasien mengikuti instruksi dokter atau perawat (paternalistic)
    c) Hubungan ini disebut à Aktif pasif

Komunikasi dalam pelayanan

RSIA (Rumah Sakit Ibu dan Anak) memberikan imbalan pada Bidan dan memberikan nilai lebih pada ibu hamil dengan harapan Bidan lebih komitmen (merasakan memiliki RSIA dan bertindak atas nama RSIA), sedangkan Ibu hamil akan memberikan energi bagi kehidupan RSIA

Bidan memberikan pelayanan bermutu dan terpadu pada ibu hamil dan komitmen pada RSIA dengan harapan ibu hamil akan loyal dan menjadi advokator (orang yang membela kita dan senang merujuk bila ada orang lain yang membutuhkan layanan kita) pada masyarakat lain untuk datang ke RSIA dengan memanfaatkan Bidan

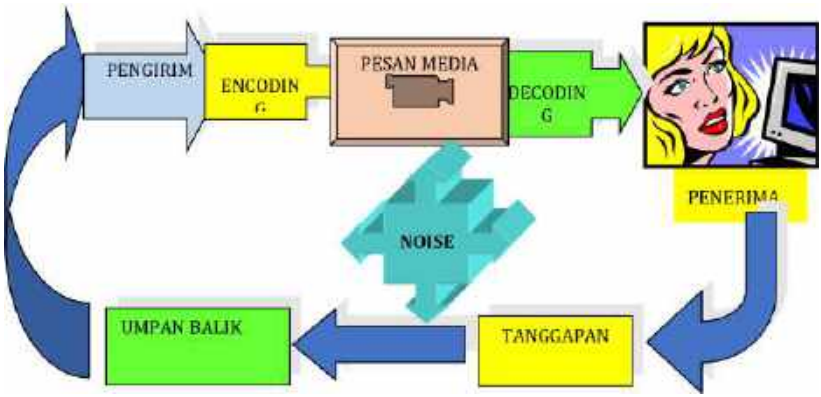
Ibu hamil akan loyal dan bersedia menjadi advokator apabila Bidan dan RSIA bisa memenuhi harapan dan memberikan pelayanan yang bermutu yang memuaskan

MODEL KOMUNIKASI

- **Model dasar komunikasi**

  Terdiri dari beberapa dimensi, dimulai dari penirim pesan, pengkodean pesan, media penyampaian pesan, pemahaman pesan dan tanggapan oleh penerima pesan., dilanjutkan umpan balik. Dalam penkomunikasaian pesan sampai penerimaan pesan, dapat terjadi kesenjangan/penyimpangah isi pesan, yang disebut "noise". Dalam mengkomunikasi ide, pesan rumah sakit dapat di sampikan ke pasien dengan beberapa media/saluran komunikasi: komunikasi langsung tatap muka., melalui intermediatE customer

(tokoh masyarakat, keluarga), komunikasi melalui web (*digital, content marketing)*.



Gambar 9.2 Model Dasar Komunikasi

KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Untuk memenuhi kebutuhan pasien dengan baik, rumah sakit (medis, perawat) harus mempelajari prinsip-prinsip komunikasi terapeutik, yang didefinisikan sebagai strategi komunikasi yang mendukung **perasaan sejahtera pasien.**

Istilah ini mudah diingat jika Anda ingat bahwa sesuatu yang bersifat terapeutik dilakukan untuk membantu seseorang mengatasi suatu situasi dan pada akhirnya merasa lebih bahagia dan lebih santai.

Tujuan dari komunikasi terapeutik adalah untuk membantu pasien merasa diperhatikan dan dipahami serta membangun hubungan di mana pasien merasa bebas untuk mengungkapkan kekhawatirannya. Danrumaj sakit merespon kekawatirannya secara peduli dan empati

Ada beberapa hal yang menjadi dasar berjalannya komunikasi interaktif menjadi efektif dan efisien;

1. Keyakinan → adanya kebenaran, manfaat yang bisa dirasakan/diperoleh
2. Sikap menerima → juga dapat diterima → sehingga terjadi **Dialog** (intensitas dan totalitas pribadi)
3. Menghargai (*respect*) → mau mendengarkan dan mau menyelesaikan (empati)
4. Kejujuran (*honesty*) → Kerelaan dan keterbukaan
5. Mengerti → Memahami moral, tujuan, yang dirasakan mitra, menangkap dan memahami isi pembicaraan, nilai hidup yang dihayati mitra dialog, kebutuhan dan masalah mitra serta posisi masing masing
6. Empati → Menempati diri pada posisi pihak lain
7. Aku + Kau = Kita

PRAKTEK KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Ada beberapa praktek komunikasi terapeutik, anrata lain:

1. Komunikasi Paternalistik (*Father knows best*)

   Komunikasi vertikal di mana tenaga kesehatan lebih dominan dari pasien

2. Komunikasi Interaktif (*Mutual Horizontal Communication*)

   Komunikasi di mana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama kuat dan saling mempengaruhi. Dalam pengambilan keputusan

disebut pengambilan keputusan partisipastif atau "*shared decition making*"

3. Komunikasi *horisontal default*

   Komunikasi di mana tenaga kesehatan dan pasien mempunyai kedudukan yang sama lemahnya

4. Komunikasi Konsumeristik

   Komunikasi di mana kedudukan pasien lebih dominan dari tenaga Kesehatan. Komunikasi konsumeristik analog dengan pengambilan keputusan automomous pasien.

MEKANISME KOMUNIKASI INTERAKTIF

Dimulai dengan membangun "trust" kemudian dialog pada minitk tujuan komunikasi.

1. Komunikasi Klise

   Kata "Klise" , artinya sudah biasa atau suatu kebiasaan. Komunikasi klise merupakan bentuk komunikasi personal yang bersifat kebiasaan dan tidak mengutamakan intensitas emosional, sehingga memberikan kesan komunikasi basa basi. Komunuikasi ini lebih mengutamakan faktor luar (performance), namun hanya dapat terjadi kalau subyek subyek yang terlibat di dalamnya sudah terbiasa dengan situasi yang memungkinkan terjadinya komunikasi klise semacam ini. Jadi faktor kebiasaan yang menjadi modal dasar komunikasi klise. Contoh : Selamat pagi, Assalamu alaikum, selamat sore, selamat jalan, selamat tidur, "hati hati di jalan", Masakan mama

enak. Komunikasi ini menunjukan kedekatan subyek

2. Komunikasi Objektif

   Kalau komunmikasi klise lebih bersifat komunikasi internal emosional, komunikasi obyektif lebih bersifat eksternal. Komunikasi ini lebih cenderung mengambil obyek atau sesuatu yang disetujui oleh kedua belah pihak.

   Contoh: Grumpi, Ngrasani, Keluhan penyakit

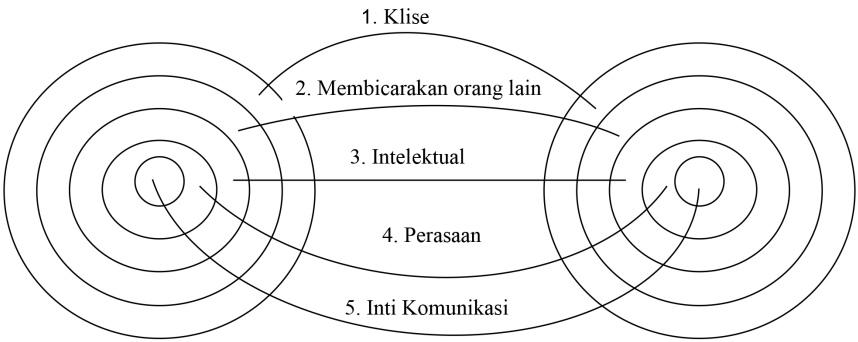
3. Komunikasi Argumentatif

   Komunikasi yang didasari oleh hal hal yang bersifat rasional. Komunikasi bisa mengarah pada perdebatan dan negosiasi. Komunikasi argumentasi yang didukung informasi dan fakta akan menjadi komujikasi dialogyang "wij win solution". Bukan perbedatan

4. Komunikasi Dialogal

   Komunkasi yang berfokus pada relasi emosional, artinya aspek yang ditonjolkan dalam komunikasi adalah hubungan yang mengacu pada perasaan. Dalam komunikasi ini masing masing subyek tidak saja memahami dan mengerti apa yang dikomunikasikan, tetapi lebih-lebih mengerti perasaan mitra dialog. Persyaratan komunikassi dialogal adalah setiap peserta harus diterima sebagai subyek-subyek, tidak boleh subyek-obyek.

Komunikasi dialogal tidak terjadi dengan sendirinya, melainkan melalui proses pembinaan dan penyempurnaan terus menerus. Masing masing subyek harus mnenyadari bahwa setiap orang atau individu mempunyai kewajiban untuk saling menyempurnakan hubungan interaktif.



Tingkat Komunikasi

PENERAPAN KOMUNIKASI TERAPEUTIK

Komunikasi terapeutik adalah komunikasi yang direncanakan secara sadar, bertujuan dan kegiatannya dipusatkan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik adalah komunikasi profesional yang mengarah pada tujuan penyembuahn pasien.

Prinsip:

- Saling memberikan pengertian kedua belah pihak untuk saling menerima, saling percaya dan saling menghargai
- Ada unsur belajar bersama, sharing pengalaman
- Saling membutuhkan untuk mencapai tujuan
- Ada unsur take and give atau Win Win solution,

saling membantu, tukar menukar emosi, persaaan dan pikiran, serta meyadari peran masing masing
- Menciptakan suasana untuk saling terbuka, bebas dari rasa takut, dan jujur
- Empati

Komunikasi terapeutik	Komunikasi sosial
1. Terjadi antara dokter, perawat dengan pasien 2. Sifat komunikasi lebih akrap, karena me miliki tujuan, berfokus pada pasien yang membutuhkan bantuan 3. Dokter, perawat secara aktif mendengar kan, penuh perhatian (**empati**) dan memberi tanggapan (**responsif)** kepada pasien dengan menunjukan sikap mau menerima, mendengarkan dan memahami (**respect**) sehingga dapat mendorong pasien untuk berbicara secara terbuka tentang dirinya. Selain itu membantu pasien untuk melihat dan memperhatikan apa yang tidak disadari sebelumnya	1. Terjadi di setiap hari antara orang perorang baik dalam pergaulaqn maupun dalam lingkungan kerja 2. Komunikasi bersifat dangkal karena bisa tidak memiliki tujuan 3. Lebih banyak terjadi dalam pekerjaan, aktivitas social dan lain lain 4. Dapat direncanakan, tetapi juga dapat tidak direncanakan

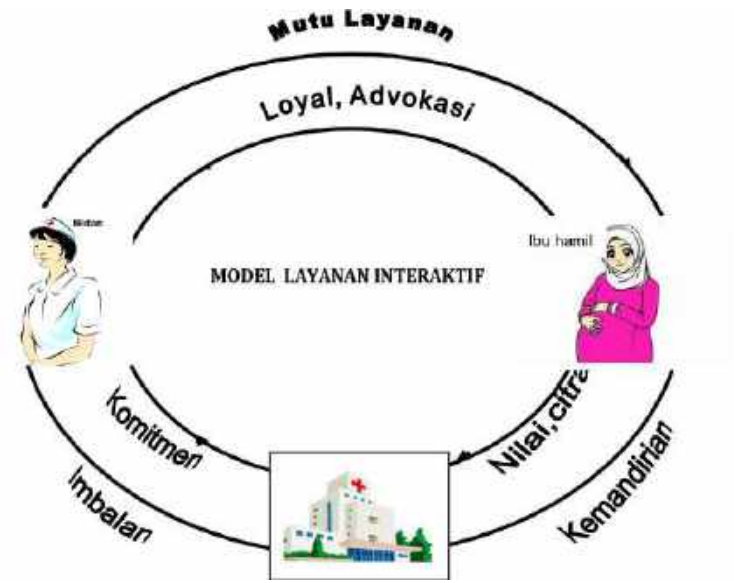
Responsif

Responsif adalah sikap dan perilaku tanggap bila pasine membutuhkan

*S*ecara formal, komunikasi berarti pengiriman dan penerimaan pesan, berita atau amanat, rencana tindakan, harapan antara dua orang atau lebih dengan cara yang tepat, sehingga pesan yang dimaksud dapat dipahami atau dimengerti. Di sini terlihat adanya hubungan timbal balik antara dua orang atau lebih untuk memahami

sesuatu. Komunikai juga dapat dipakai untuk bertukar pikiran atau berbicara dari hati ke hati.

MODEL LAYANAN INTERAKTIF



Bidan memberikan jaminan pelayanan yang berkualitas. Pelayanan berkualitas memebrikan jaminan pasien untuk loyal dan menjadai advocator. Loyalitas adalah peristiwa terulangnya penggunaan fasilitas yang sama. Advokator adalah orang yang mempromosikan, menganjurkan dan mendorong untuk menggunakan fasilitas yang pernah dia gunakan.

Imbalan adalah sistem pemberian kompensasi (imbalan finansial dan non finansial) oleh organisasi kepada karyawannya, sehingga menimbulkana kepuasan

karyawan dan akhirnya karyawan akan memberikan pelayanan yang bermutu.

Citra adalah reputasi, merek yang bernilai baik dibenak pasien, sehingga bila sauatu saat membutuhkan perawatan, dia akan mau mnggunakanulang. Pemberian "Gift" setelah melahirkan.

Kualitas adalah tingkat kempurnaan dari jasa dalam memenuhi kebutuhan pasien (harapan)

Komitmen adalah keterikatan karyawan untuk mendahulukan atau mengatas namakan kepentingan organisasi diatas kepentingan diri sendiri

10 Keterampilan Komunikasi Teratas dalam Keperawatan

1. Komunikasi Nonverbal
2. Mendengarkan Aktif
3. Hubungan Pribadi
4. Menginspirasi Kepercayaan
5. Tunjukkan Kasih Sayang
6. Kesadaran Budaya
7. Edukasi Pasien
8. Komunikasi Tertulis
9. Keterampilan Presentasi
10. Komunikasi Verbal

Teknik komunikasi teraputik

Tabel 9.2 Teknik Komunikasi Teraputik

Technique	Reason to use	Examples
Affirm desired behaviors	Let your patient know that you're aware of her efforts. This recognition acknowledgment is not framed as a compliment because a compliment for doing a basic task (like going to the bathroom by herself) can be perceived as condescending.	"I see you're wearing the blouse your daughter brought yesterday."
1. Ask for clarification	You're not confident you understand your patient correctly due to certain ambiguous words, gestures, or body language	"I'm not sure I got that. What did you mean by 'everything is different now?'"
3. Ask open-ended questions	Helps you capture your patient's thoughts and perceptions while also assessing his attitude, awareness, and thinking abilities.	"Tell me more about that." "How do you cope with that?"
4. Confront	You've established trust with your patient, and now you observe him saying or doing something inconsistent with an attitude, belief, or behavior he expressed earlier. Gently help him see the contradiction so you can help him align what he's doing with what the results he wants.	"Mr. Jones, you said you wanted to get back to your family as fast as possible, but you've been in bed all morning. Will you be ready to walk the hallway in the next half hour?"

5. Encourage formulation of an action plan	Your patient needs to break a bad habit or create a good habit.	"What are some steps you think you could take to help you limit the number of donuts you eat?"
6. Focus	Your patient is jumping from topic to topic without closure on anything. You need her to focus on one key area so you can capture critical details and so she isn't overwhelmed by everything at once.	"You've brought up several good points. Let's get back to what you said about sometimes forgetting if you took your medicine."
7. Give information	Builds trust, reduces patient anxiety, and improves patient cooperation and safety because she understands what's happening and why it's happening and is therefore more likely to comply.	"After the surgery, you'll have a drainage tube in your neck. You'll need to change the surrounding bandage every 6 hours, then come back in three days to have it removed."
8. Make broad opening remarks	Gives your patient the freedom to talk about what she wants to talk about. She has some control over circumstances and is not just a problem to be fixed.	"What's on your mind today?" "Where should we start?"
9. Offer your time and presence	Builds trust by demonstrating you care about and are interested in your patient.	"Is it ok if I sit with you until patient transport arrives?"
10. Place events in sequence	You need to understand what may have caused specific symptoms, and your patient should become aware of connections between his actions and his symptoms.	"Did you experience the light-headedness before or after you got up to leave the theater?"

11. Reflect	Pasien Anda meminta nasihat, dan Anda menunjukkan rasa hormat terhadap penilaiannya dan mendorong akuntabilitas diri dengan mengajukan pertanyaan kembali.	Pasien: "Apakah menurut Anda saya harus memberi tahu dokter keluarga saya?" Anda: "Apakah Anda pikir Anda harus melakukannya?"
12. Restate, paraphrase	Assures your patient you heard and understood what he said.	Patient: "This food tastes like cardboard." You: "Not enough flavor for you?"
13. Share thoughts and observations	Shows your patient you are paying attention and encourages her to share more information.	"*That* must have been unpleasant." "You seem more tired today."
14. Suggest comparisons	You need to convert a patient's vague or abstract experience into something understandable.	"Does it feel like pins and needles pressing against your fingertips, or more like a pencil eraser?"
15. Summarize	You or your patient provided a lot of information. You need to confirm a shared understanding and bring closure to the discussion so you can document accurately.	"Ok, so we agreed you'll press the call button next time you either feel that pain in your arm or feel like it's more difficult to breathe."
16. Use active listening	Builds trust by showing your patient that what she's saying is important to you. She knows you are paying attention and feels like it's safe to keep going. It also contributes to mental and emotional healing.	Make and hold eye contact. Turn to face your patient. Nod in agreement. Don't multitask. "Ok, I'm with you." "Oh my."

17. **Use silence**	Your patient needs time to collect and organize his thoughts and decide what to say next.	

Dimensi Perilaku/kegiatan Komunikasi terapeutik, adalah ;

1. *Attending Skill* (penampilan fisik pemberi perawatan ketika berkomunikasi dengan pasien) yang dikenal sebagai SOLER.
2. *Respect*
3. *Empati*
4. *Responsiveness*

Ke empat dimensi ini saling terkait, sulit dipisahkan secara diskrit.

1. Attending Skill

Attending Skill adalah penampilan fisik perawat ketika berkomunikasi dengan pasien. Perawat hadir secara utuh (fisik dan psikologis) saat melakukan komunikasi terapeutik Sikap fisik perawat atau penampilan berkomunikasi disebut sebagai *attending skill*. *Attending Skill* perawat di-indetifikasi dalam lima cara komunikasi *(SOLER):*

a. ***Squarely*** (berhadapan), artinya dari posisi penampilan fisik menunjukan siap untuk melayani pasien, menghadap pasien

b. ***Open posture***, artinya menunjukan sikap terbuka. Misal : tidak melipat kaki atau tangan dalam

komunikasi

c. ***Lean*** (membungkuk kearah pasien), artinya penampilan fisik yang ingin menunjukan keinginan untuk mengatakan atau mendengar sesuatu
d. ***Eye contact*** (mempertahankan kontak mata). Kontak mata yang menunjukan bahwa kita menghargai pasien dan tetap ingin berkomunikasi
e. ***Relaxed*** artinya pemberi perawatan dapat mengkontrol keseimbangan antara ketegangan dan relaksasi dalam memberi respon dan tindakan pada pasien. Gunakan bahasa yang mudah dipahami

2. *Respect*

Respek adalah sikap dan perilaku hormat petugas kesehatan terhadap pelanggan (pasien dan keluarga)

3. Empati

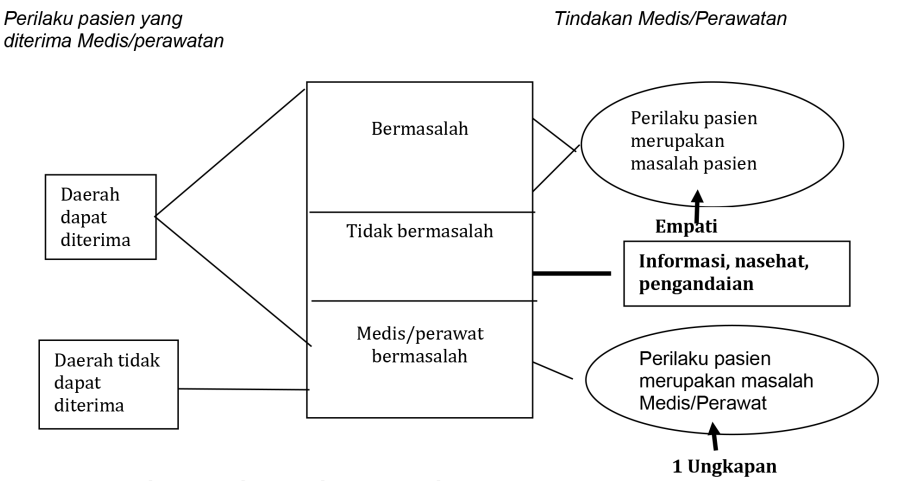
Empati adalah sikap dan perilaku petugas kesehatan mau mendengarkan dan mau membantu untuk menyelesaikan persoalan pasien, pelanggan

4. Responsiveness

Responsiness adalah sikap dan perilaku tanggap (*timely*: cepat,tepat) bila pasien membutuhkan

Analisis hasil

Hasil analisis di bedakan dari dua sudut pandanga;dari sudut pandang pasien dan pemberilayanan. Hasil analis selanjutnya digunakan untuk solusi jalan penyelesaian



Pola Komunikasi Medis, Perawat dan Pasien

Ada perilaku pasien yang menjadi masalah pasien, tetapi ada juga perilaku pasien yang menjadi masalah pada petugas kesehatan. Bila masalah perilaku ada di pasien dan disadari maka petugas kesehatan dapat melakukan empati, tetapi bila masalah perilaku ada di pasien dan tidak disadari maka petugas kesehatan memberikan informasi agar pasien menyadari.

Bila perilaku pasien tidak diterima oleh petugas atau menjadi masalah petugas, maka petugas dapat memberikan ungkapan atau tamsil (perumpamaan) agar apa yang disampaikan bisa berkenan pada pasien secara

tidak langsung. Misal: saya sangat bahagia bila anda mau minum obat

PUSTAKA

Mukti. 2001. Analisis Hubungan Komunikasi Terapeutik dengan Kepuasan Pasien rawat Inap dalam Upaya Meningkatkan Kemampuan Perawat di Rumah Sakit Budi Mulia Surabaya. Pascasarjan Unair

Supriyanto S., Ernawaty. 2010. Pemasaran Interaktif dalam Pelayanan Jasa. PT. ANDI , Yogjakarta

Supriyanto.S. 2013. Filsafat Ilmu. Sari Pustaka., Jakarta

Supriyanto S., Ernawaty. 2022. Pemasaran Jasa Kesehatan. PT. Rajawali., Jakarta.

BALANCED SCORECARD Di Rumah Sakit

BAB 10

1. PEDAHULUAN

Balanced scorecard (BSC) dalam perawatan kesehatan adalah alat penting bagi organisasi yang ingin meningkatkan kinerja mereka. Dengan menyelaraskan aktivitas semua departemen, meningkatkan transparansi dan akuntabilitas, dan menyederhanakan manajemen kinerja, BSC dapat membantu organisasi layanan kesehatan untuk memberikan perawatan berkualitas tinggi dan hemat biaya.

Namun, perlu dicatat bahwa ada beberapa kritik yang diajukan tentang BSC. Kritik tersebut antara lain:

a. Dibutuhkan terlalu banyak waktu untuk menerapkan BSC dalam perawatan kesehatan
b Tidak selalu dipahami oleh staf kesehatan
c. BSC seimbang dalam perawatan kesehatan gagal

memperhitungkan perubahan industri yang tiba-tiba, seperti peraturan baru.

d. Terlalu fokus pada internal organisasi dan tidak fokus pada faktor eksternal

Kritik ini mungkin tampak valid, tetapi hanya berlaku ketika balanced scorecard dipandang sebagai kerangka pelaporan daripada kerangka manajemen dan pergeseran budaya. Namun, jika diterapkan dengan benar, kritik di atas tidak berlaku. Sebaliknya, para pemimpin dapat berharap untuk menuai manfaat dari penerapan kartu skor berimbang dalam perawatan kesehatan.

Manfaat BSC

Dengan BSC membuat strategi anda menjadi kegiatan nyata. Beberapa manfaat dalam melaksanakan BSC ialah

a. Menyelaraskan ***Key Performance Indicators*** (KPI) dengan strategi di semua tingkat organisasi, tidak hanya strategis, tetapi juga di tingkat operasional dan individu;

b. Meningkatkan proses perawatan rumah sakit menuju strategi;Memberikan gambaran yang komprehensif tentang kinerja proses pelayanan kepada manajemen;

a. Memastikan perencanaan strategis yang terintegrasi; Mengubah strategi menjadi tindakan dan perilaku yang diinginkan, bisa focus pada hal hal yang penting, Untuk menyelaraskan prioritas dan harapan pelanggan dengan pelanggan.

b. Dapat memfasilitasi budaya kerya tinggi dan terbuka; Mendorong anda mendefinisikan ukuran kinerja, mengkomunikasikan tujuan7. strategi dengan target dan rencana operasional.

c. Untuk memberikan kualitas dengan sumber daya yang lebih sedikit.

d. Untuk menghilangkan upaya-upaya non-nilai tambah. (*non added value*); Untuk melacak kemajuan.

e. Untuk mengevaluasi perubahan proses layanan; Dapat memberikan informasi dini bila organisasi akan menjadi tidak sehat;. Untuk terus meningkatkan mutu proses pelayanan; Untuk meningkatkan akuntabilitas

2. PERKEMBANGAN BALANCED SCORECARD (BSC)

Sebelum tahun 1990-an kinerja bisnis hanya diukur dari perspektif keuangan, yang merupakan ukuran kinerja jangka pendek bisnis. Akhirnya banyak usaha bisnis hancur. Setelah tahun 1990-an maka dicari ukuran kinerja di masa dating. David P Norton selain kinerja dari perspektif keuangan masih diperlukan kinerja non keuangan yang merupakan kinerja jangka panjang. Satu ukuran kinerja yang berupa kinerja perspektif keuangan dan ditambah 3 ukuran kinerja non keuangan yaitu ukuran kinerja dari perspektif proses bisnis, perspektif pelanggan dan perspektif pembelajaran serta pertumbuhan Sumberdaya Manusia. Empat ukuran kinerja tersebut dikenal dengan nama *Balanced Scorcard*

(BSC).

Untuk mempertahankan keunggulan kompetitif yang berkelanjutan di era informasi, unit-unit bisnis strategis harus memperluas basis aset tidak berwujud dan tema-tema mereka di mana kinerja diukur dan ditingkatkan secara terus menerus. *Balance scorecard* memberikan kerangka kerja yang komprehensif untuk mengimplementasikan rencana strategis dengan menjabarkan strategi organisasi ke dalam satu set indikator kinerja utama

Kaplan dan Norton 1997 telah mengembangkan alat ukur kinerja yang tidak hanya memperhatikan kinerja keuangan, tetapi juga memperhatikan kinerja bukan keuangan (kinerja proses bisnis internal, kinerja pelanggan, kinerja inovatif dan pembelajaran). Ke empat ukuran kinerja yang berbeda tersebut dikenal dengan sebutan Balance Scorecard (BSC), di mana 4 perspektif atau ukuran kinerja tersebut saling berinteraksi, inter-relasi dan interdependensi, secara terpadu dan saling mendukung.

Filosofi BSC ialah menciptakan adanya keseimbangan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, antara ukuran keuangan dan bukan keuangan, antara indikator ketinggalan (*lagging*) dan indikator kepemimpinan (*leading*), dan antara perspektif kinerja internal dan eksternal. Definition BSC: *The Balanced Scorecard is a management tool that provides stakeholders with a comprehensive measure of how the organization is progressing towards the achievement of its strategic goals*.

Oleh karena itu, kemampuan organisasi kesehatan untuk memobilitasi dan menyediakan asset yang intangible telah menjadi tuntutan saat ini, bila organisasi ingin tetap hidup dan berkembang. Untuk itu beberapa ukuran kinerja yang harus dikerjakan oleh organisasi ialah

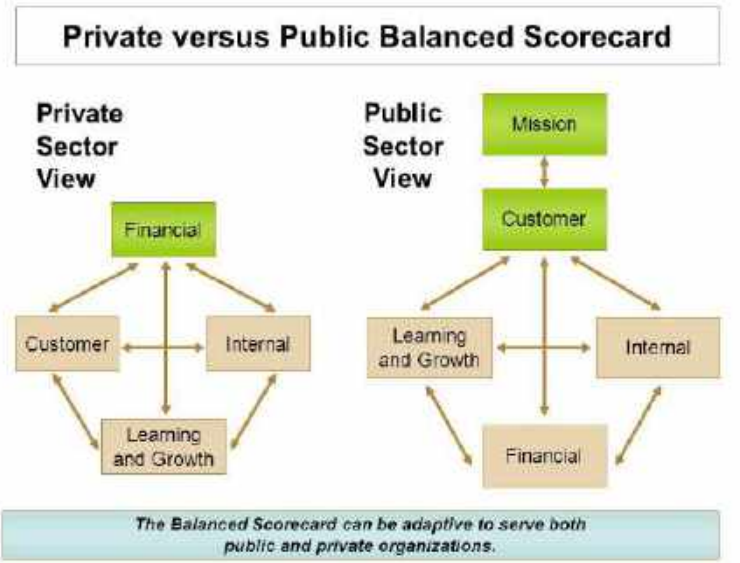
- Berorientasi pada hubungan pelanggan (*customer relationship*)
- Pelayanan yang selalu inovatif (*shared service*)
- Memiliki sumber daya manusia yang kompeten dan terampil (*individual employee skill/competency*)
- Dan akhirnya memiliki keuangan yang sehat, memiliki sistem informasi, khususnya "data base" pasar

2.1 Tujuan BSC untuk Rumah Sakit

Rumah Sakit menggunakan scorecard untuk:

- memperjelas dan memperbarui strategi;
- mengkomunikasikan strategi di seluruh perusahaan;
- menyelaraskan tujuan unit dan individu dengan strategi;
- menghubungkan tujuan strategis dengan target jangka panjang dan anggaran tahunan;
- mengidentifikasi dan menyelaraskan inisiatif strategis; dan
- melakukan tinjauan kinerja secara berkala untuk mempelajari dan meningkatkan strategi.

Orientasi BSC untuk rumah sakit "private" dan "pulic"



BSC dapat digunakan unutk kinerja rumah sakit swasta, maunpun public.

BSC Ruah Sakit provate focus pada Proses isis iternal dan eanggan, sedangkan pulik leih berorientasi learning & Growth

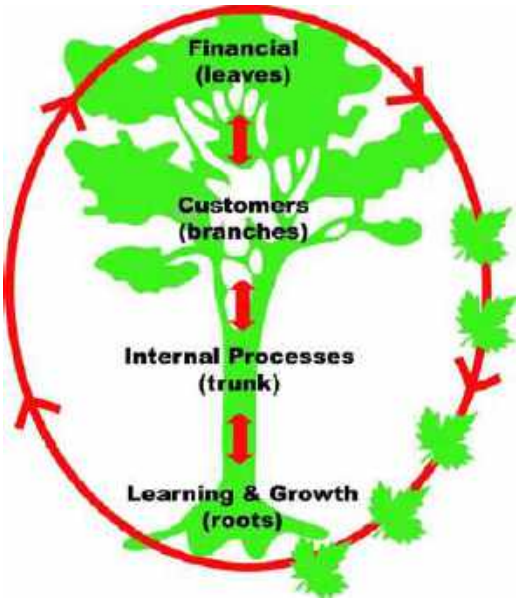
Komponen (Perspektif) BSC

Ada sejumlah komponenyangmembangunBSC, yang mana 4 komponentesrsebut saling ber iteraksi dalam "keseimbangan". Keseimbangan atau ekuilibrium antara empat domain atau perspektif historis yang dianggap saling terkait dalam hal strategi dan kinerja BSCadalah:

1. Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan
2. Perspektif Proses Internal

3. Perspektif Pelanggan
4. Perspektif Keuangan

Analogi Paul Niven tentang Balanced Scorecard digambarkan seperti pohon.



Gambar 10.1: Analogi Perspektif BSC (Niven P.R, 2003)

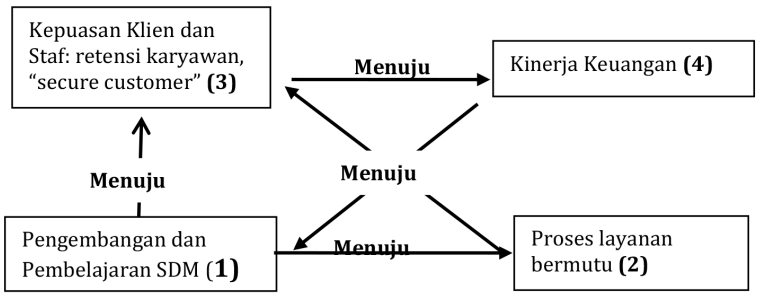
Perspektif Pembelajaran dan Pertumbuhan adalah akar. Batang adalah perspektif Proses Internal. Pelanggan adalah cabang, dan daun adalah perspektif Keuangan. Setiap perspektif saling bergantung pada yang di bawah maupun di atas. Ini adalah siklus pembaruan dan pertumbuhan yang berkelanjutan. Daun (keuangan) jatuh untuk menyuburkan tanah dan sistem akar, yang merangsang pertumbuhan di seluruh organisasi. Dalam analogi ini, pembelajaran dan pertumbuhan adalah

fondasi di mana semua perspektif lain dibangun.

Sebagai contoh, jika sebuah rumah sakit menilai kepuasan pasien dan menemukan pasien tidak puas (Perspektif Pelanggan), salah satu strategi mungkin adalah pelaksanaan pelatihan karyawan di bidang layanan pelanggan (Perspektif Pembelajaran & Pertumbuhan). Pelatihan menyebabkan peningkatan layanan pelanggan melalui pengurangan waktu tunggu di ruang gawat darurat (Perspektif Proses Internal) pada akhirnya dapat meningkatkan pemanfaatan (Perspektif Keuangan). Untuk jelasnya dapat di lihat orientasi penggunaana BSC untuk rumah sakit privat dan publik

Asumsi BSC sebagai strategi bisnis

Sistematika proses yang berkesiambungan dan keterkaitan 4 komponen BSC dapat di pelajari pada Gb 10.3. Asumsi BSC perlu dioperasionalkan dalam wujud sikap dan perilaku organisasi. Pada perspektif pembelajaran dan inovasi, maka sumber daya manusia adalah asset kami yang sangat penting. Pada perspektif proses pelayanan; maka staf komitmen untuk pro-aktif dalam melayani masyarakat secara tepat guna dan berhasil guna. Pada perspektif finansial; maka staf harus bertanggung-jawab kepada "*shareholders*" (manajemen, pemilik dan karyawan) rumah sakit. Pada perspektif pelanggan, maka kepuasan pelanggan merupakan kunci masa depan rumah sakit



Gambar 10.2 Asumsi Dasar dalam *Balanced Scorecard*

Selain manfaat yang disebutkan di atas, balanced scorecard di fasilitas kesehatan membantu untuk:

a. **Menyelaraskan kegiatan semua departemen di fasilitas**

Pemimpin dapat menggunakan balanced scorecard untuk menyelaraskan berbagai kegiatan departemen di fasilitas kesehatan satu sama lain. Dengan menciptakan bahasa dan kerangka kerja yang sama, balanced scorecard memastikan semua orang bekerja menuju tujuan yang sama. Format balanced scorecard juga memungkinkan para pemimpin untuk melihat bagaimana tujuan mereka saling terkait dengan tujuan departemen lain, dan menyoroti peluang kolaborasi potensial.

b. Meningkatkan transparansi dan akuntabilitas

Di fasilitas kesehatan yang besar, karyawan tidak selalu memahami bagaimana peran dan tanggung jawab mereka berkontribusi pada keberhasilan organisasi. Lebih buruk lagi, beberapa fasilitas kesehatan gagal mengomunikasikan strategi dan tujuan organisasi

kepada anggota staf mereka, yang hanya mempersulit pencapaian tujuan.

Scorecard berimbang dalam perawatan kesehatan dapat membantu meningkatkan transparansi dan akuntabilitas di fasilitas perawatan jangka panjang dengan menyediakan cara yang jelas bagi pengasuh untuk melacak kemajuan mereka dan mengidentifikasi area perbaikan. Ketika tim memahami tujuan organisasi dan bagaimana tindakan mereka berkontribusi pada tujuan ini, mereka lebih mungkin untuk meminta pertanggungjawaban. Selain itu, dengan menggunakan balanced scorecard, para pemimpin dapat mengkomunikasikan strategi organisasi kepada tim, yang penting untuk membangun tim di fasilitas perawatan jangka panjang.

c. **Sederhanakan manajemen dan pengukuran kinerja**

Salah satu tantangan utama yang dihadapi organisasi kesehatan besar adalah data besar. Dengan begitu banyak data yang dikumpulkan, mungkin sulit untuk mengetahui apa yang harus dilacak dan bagaimana menggunakan data secara efektif untuk meningkatkan kinerja. Balanced scorecard dalam perawatan kesehatan menyederhanakan manajemen kinerja dengan mengidentifikasi indikator utama yang paling penting untuk setiap area bisnis dan berfokus pada area di mana data akan memiliki dampak terbesar.

Selain itu, balanced scorecard memberikan cara yang jelas dan ringkas untuk mengukur kemajuan, yang

sangat penting dalam organisasi perawatan kesehatan di mana para pemimpin perlu mengidentifikasi area perbaikan dan dengan cepat mengambil tindakan korektif.

Prinsip *"Balance" BSC*

Salah satu alasan Balanced Scorecard begitu sukses adalah karena pendekatannya yang seimbang. Ke empat ukuran kinerja (empat perspektif dalam BSC) yang berbeda tersebut saling berinteraksi, inter-relasi dan interdependensi, secara terpadu dan saling mendukung. Filosofi BSC ialah menciptakan adanya keseimbangan tujuan jangka panjang dan jangka pendek, antara ukuran keuangan dan bukan keuangan, antara indikator ketinggalan (*lagging*) dan indikator kepemimpinan (leading), dan antara perspektif kinerja internal dan eksternal. Balance ini meliputi:

1. Keseimbangan antara indikator kesuksesan finansial dan non-finansial
2. Keseimbangan antara konstituen internal dan eksternal organisasi
3. Keseimbangan antara lag dan indikator kinerja utama

   a. **Keseimbangan *Short term and Long term Goals***

b. **Keseimbangan Finansial dan Non Finansial**

c. **Prinsip *Alignment to Vission, Staregy, Action with Objectives***

Konstituen internal adalah karyawan sedangkan konstituen eksternal adalah kelompok dokter atau perusahaan asuransi. Indikator lain umumnya mewakili kinerja masa lalu dan mencakup kepuasan atau pendapatan pelanggan. Meskipun langkah-langkah ini objektif dan dapat diakses, mereka tidak memiliki kekuatan prediktif. Indikator utama adalah penggerak kinerja yang mengarah pada pencapaian indikator ketertinggalan dan sering kali mencakup pengukuran

proses dan aktivitas. Misalnya, waktu tunggu ER mungkin merupakan indikator utama kepuasan pasien. Sebuah Balanced Scorecard harus berisi berbagai ukuran yang berbeda.

4. PENGGUNAAN BALANCED SCORECARD DI RUMAH SAKIT

Seperti yang dinyatakan sebelumnya, pendekatan Balanced Scorecard yang dimodifikasi diperlukan untuk rumah sakit di negara-negara berkembang karena keterbatasan infrastruktur dalam hal teknologi informasi, waktu, keahlian staf, sumber daya untuk membayar konsultan, biaya berkelanjutan, kepraktisan, dan kebermaknaan tindakan yang ada. Sub bab berikutnya akan fokus pada asumsi dan prinsip dasar yang diperlukan dalam memodifikasi proses, komponen aktual dari proses Balanced Scorecard yang dimodifikasi, dan indikator kinerja yang disarankan yang dapat dimasukkan ke dalam Balanced Scorecard rumah sakit. Contoh model Balanced Scorecard yang dijelaskan dalam publikasi dan diadaptasi dari Kaplan dan Norton, 1992. 200.,2004.

4.1 Asumsi Dasar

Bagaimana rumah sakit mengetahui bahwa strateginya memperhatikan semua aspek kinerja? Apakah mereka terlalu menekankan manajemen pengeluaran versus menghasilkan pendapatan? Apakah mereka memenuhi kebutuhan semua pelanggan, termasuk

pasien, dokter, dan masyarakat luas? Apakah proses internal ditingkatkan untuk mendukung tujuan kualitas dan kepuasan pasien? Apakah sumber daya diterapkan untuk mengisi kesenjangan dalam keterampilan dan pengetahuan di antara staf?

Rumah sakit memiliki banyak inisiatif yang berjalan secara bersamaan, dan sulit untuk mengetahui kemajuannya (persen penyelesaian) setiap saat. Bahkan jika rumah sakit terus bergerak ke arah yang benar. Bagi rumah sakit yang ingin menggunakan Balanced Scorecard sebagai pendekatan manajemen kinerja, beberapa prasyarat yang diperlukan adalah:

1. Rencana strategis yang didukung oleh Direksi.
2. Akuntabilitas untuk implementasi harus diserahkan kepada Administrasi oleh Direksi, yang mempertahankan kepentingan dan pengawasan tanpa pengelolaan mikro.
3. Individu dan departemen harus diberikan sumber daya dan dukungan yang memadai dan menyetujui untuk bertanggung jawab terhadap pencapaian hasil BSC.
4. Ukuran keberhasilan yang dapat dicapai agar tidak ambigu harus dipilih.
5. Mekanisme pelaporan dan pemantauan harus dapat diakses, teratur, dan mudah digunakan.
6. Prosesnya harus sederhana, terjangkau dan dapat dicapai dengan sumber daya yang ada.

Asumsi-asumsi dasar BSC perlu dioperasionalkan dalam wujud sikap dan perilaku organisasi. Pada perspektif pembelajaran dan inovasi, maka sumber daya manusia adalah asset yang sangat penting. Pada perspektif proses pelayanan; maka komitmen staf untuk pro-aktif dalam melayani masyarakat secara tepat guna dan berhasil guna. Pada perspektif finansial; maka staf harus bertanggung-jawab kepada "*shateholders*" (manajemen, pemilik, karyawan, konsumen, dan masyarakat) rumah sakit. Pada perspektif pelanggan, maka kepuasan pelanggan merupakan kunci masa depan rumah sakit.

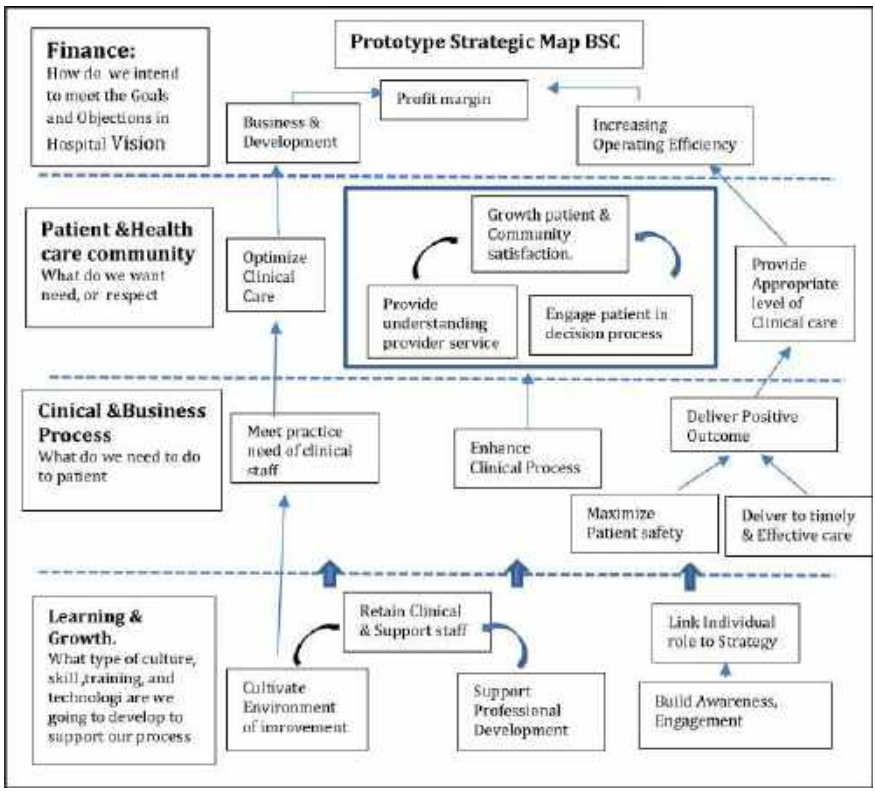
4.2 Strategy Map dalam BSC

Salah satu elemen yang paling kuat dalam metodologi BSC adalah penggunaan pemetaan strategi untuk memvisualisasikan dan mengkomunikasikan bagaimana nilai dibuat oleh organisasi. Peta strategi adalah grafik sederhana yang menunjukkan hubungan logis, sebab-akibat antara tujuan strategis (ditampilkan sebagai kotak pada peta). Secara umum, meningkatkan kinerja dalam tujuan yang ditemukan dalam perspektif Kapasitas Organisasi (baris bawah) memungkinkan organisasi untuk meningkatkan perspektif Proses Internal (baris berikutnya), yang, pada gilirannya, memungkinkan organisasi untuk menciptakan hasil yang diinginkan dalam Pelanggan. dan Perspektif keuangan (dua baris teratas).

Strategic Objective adalah aktivitas yang dijalankan secara terus menerus untuk meningkatkan bisnis organisasi agar sukses. *Stratetgic objective* dijabarkan dalam ***strategic Maps***. Selanjutnya dijabarkan dalam indikator yang dapat diukur (measures: KPI,s*: Key performance Indicators*), ditetapkan target pencapaian dan rencana kerja (inisiatif)

Gambar 10.3 Detail Kerangka Kerja Strategy Map

Untuk memerikan gambaran yang lebih jelas lihat Gb. 10.4.



Gambar 10.4 Strategy Map Rumah Sakit

Tujuan penting dalam memilih ukuran khusus untuk *scorecards* adalah untuk mengidentifikasi ukuran yang paling baik mengkomunikasikan arti dari sebuah strategi. Ada beberapa ukuran BSC, yang Kaplan dan Norton telah identifikasi pada **Indikator Kinerja Utama (*Key Performance Indicator*).** Untuk setiap tujuan pada peta strategi, setidaknya satu ukuran atau *Key Performance Indicator* (KPI) akan diidentifikasi dan dilacak dari waktu

ke waktu. KPI menunjukkan kemajuan menuju hasil yang diinginkan. KPI strategis memantau implementasi dan efektivitas strategi organisasi, menentukan kesenjangan antara kinerja aktual dan target dan menentukan efektivitas organisasi dan efisiensi operasional.

KPI yang bagus:

- Berikan cara objektif untuk melihat apakah strategi berhasil
- Tawarkan perbandingan yang mengukur tingkat perubahan kinerja dari waktu ke waktu
- Fokus perhatian karyawan pada hal yang paling penting untuk sukses
- Memungkinkan pengukuran prestasi, bukan hanya pekerjaan yang dilakukan
- Sediakan bahasa yang umum untuk komunikasi
- Membantu mengurangi ketidakpastian yang tidak terlihat
- Ukuran dantarget serta strategiiisiatif sudah harus dimunculkan

Key Performance Indicators

Komponen BSC, dijabarkan dalam bentuk indikator kinerja kunci :

1. Pembelajaran & Pertumbuhan

   Tujuan: *Improve Skill, Capacity Staff, Engagement*.

   1.1 Humancapital: *Nursing Staff Turnover* (Perputaran Staf Perawat), b. *Staff Turnover* (Perputaran staf), c. Indeks Loyalitas Staf; d. Ratio tenaga dengan

skill tertentu / total. Hal ini terkait dengan beban kerja;Rata rata pelatihan yang didapat Staff engagement index Budaya Organisasi

1.2 Infra-struktur & Teknologi

2. Proses Klinis & Bisnis (Proses Internal);Efisiensi proses dan efektivitas hasil layanan

2.1 Perspektif Proses Layanan (Internal Process)
Manajemen mengidenitifikasi pelanggan dan segmen pasar sasaran, di mana rumah sakit bersaing. Inti dari perspektif proses bisnis dalam layanan kesehatan adalah mutu layanan, kepuasan dan loyalitas, serta efisiensi layanan. Tujuan strategi adalah:

2.1.1 **Mutu layanan** (Technical, interpersonal komunikasi, amenity). Key performance indicators:

a. Rumah Sakit

1) Tunjangan Kontrak (Tunjangan Kontrak)
2) Beban Piutang Tak Tertagih (Beban Piutang Tak Tertagih)
3) Hari Bersih di A/R (Lama Piutang Tertagih)
4) A/R yang belum ditagih (Piutang yang belum ditagih)
5) MD Engagement Index (Indeks Keterlibatan dokter)
6) Rerata Umur Bisnis

b. Perspektf Pasien

1) Kepuasan, loyalitas (retensi pelanggan, advokasi): Rawat Jalan, Rawat Inap
2) Waktu tunggu, Courtesy & Respect (Kesopanan & Rasa Hormat)
3) Keterlibatan Pasien
4) Jumlah kunjungan rawat jalan, IGD
5) Jumlah pasien baru/ total kunjungan
6) Jumlah pelanggan yang meninggalkan (*loss*)
7) Nilai pelanggan (*customer value*)
8) Jumlah keluhan (*complaint*)

2.1.2 **Efisiensi dengan indikator (measurement: KPI;s)**

- BOR (efisensi tempat tidur)
- Tariff (*reasonable & affordable*)

2.2 Ukuran customer

Tujuan: Lower wait Time, Better loyaty

Manajemen mengidenitifikasi hasil dari *'learning & Growth"* karyawan dalam tujuan strategi pelanggan.dengan KPI's

a. Kepuasan karyawan
b. Loyalitas (Retensi karyawan, Retensi pasien, akuisisi pelanggan
c. Produktivitas karyawan
d. Market share
e. Profitabilitas Pelanggan

f. *Cross selling, Service recovery*

Langkah-langkah yang harus dikembangkan untuk masing-masing perspektif yang disepakati. Dalam proses untuk mengidentifikasi pengukuran, lihat Tabel 10.4 untuk pertanyaan yang diajukan dalam proses mengidentifikasi pengukuran. Tidak diragukan lagi akan ada lebih banyak ukuran daripada sumber daya untuk mengumpulkan data, jadi penting untuk mempersempit ukuran-ukuran ini menjadi beberapa yang kritikal yaitu:

a. terkait dengan strategi,
b. mudah dipahami,
c. dapat dihubungkan bersama dalam rantai sebab dan akibat,
d. dapat sering diperbarui,
e. dapat diakses,
f. menggambarkan gambaran sebenarnya dari proses atau peristiwa yang Anda coba tangkap,
g. tahan terhadap tindakan terkait tanggal,
h. bersifat kuantitatif, dan
i. fungsional.

Setelah ukuran diidentifikasi, tim harus meluangkan waktu untuk menyempurnakan ukuran, menetapkan kepemilikan, dan mengidentifikasi persyaratan data. Ini akan menjadi saat yang tepat untuk mengumpulkan umpan balik karyawan tentang ukuran-ukuran untuk memastikan mereka praktis dan mewakili hubungan sebab-akibat (cause-effect). Setelah konsensus tentang ukuran diperoleh, tim Balanced Scorecard dapat

menetapkan target untuk ukuran tersebut.

Ada sejumlah tindakan yang mungkin dipilih oleh rumah sakit. Dengan menggunakan strategy map dan empat perspektif Pembelajaran & Pertumbuhan (Pembelajaran & Pengetahuan), Proses Klinis & Bisnis (Proses Internal), Komunitas dan Penyedia (Pelanggan), dan Keuangan, ukuran-ukuran ini mencakup:

4. Ukuran Keuangan

Mengukur kemampulabaan (*profitability*) dan nilai pasar (*market value*) di antara rumah sakit, dengan indikator seberapa baik rumah sakit memuaskan klien, karyawan dan manajemen. Pertanyaan yang muncul adalah apakah implementasi rencana tindakan (*initiative*) memberikan kontribusi terhadap perbaikan laba; KPI's:

a. Profitabilitas
b. Operating profit margin (Margin Laba Operasi)
c. Days Cash on Hand (Uang Tunai Harian)
d. Total asset; Pendapatan/ Total aset
e. Pendapatan/karyawan
f. Profit/total asset
g. Biaya Per Hari Pasien
h. Tingkat pengembalian investasi (ROI)
i. ROCE (return on capital employed), Cost Recovery Rate
j. EVA (economic value added)

LANGKAH PENERAPAN BSC

BSC adalah kinerja operasional dalam organisasi, sehingga sistematika Langkah juga mengikuti Perencanaan Operasional Kinerja. Ada 5 langkah porses utama penyusunan BSC:1.Persiapan (Analisis situasi); Perencanaan; Imlementasi; integrasi orgnaisasi, Evaluasi dan Laporan (Kaplan dan Norton., 1996)

1. Penilaian kesiapan

Sebelum mencoba menerapkan proses Balanced Scorecard di organisasi mana pun, kuncinya adalah **komitment** kepemimpinan (administrator/CEO, manajer departemen, dewan direksi, dan kepemimpinan staf medis), komunikasi, dan berperan sebagai"juara"prosesHal ini disebabkan ukuran kinerja bergantung pada strategi masa depan yang diidentifikasi oleh organisasi. Faktor lain termasuk kebutuhan untuk mengembangkan sistem manajemen kinerja, sumber daya keuangan yang tersedia, keterlibatan individu kunci yang mengelola sistem pengumpulan data, dan ketersediaan waktu staf.

Gambar 10. 5 Tahapan-Tahapan Penyusunan BSC

1.1 Analisis Situasi

Tabel 10.1 Analisis Situasi Kesiapan BSC

Pertanyaan	Perspektif untuk Ditanyakan
Pertumbuhan dan pembelajaran	Elemen infrastruktur organisasi mana yang diperlukan jika kita ingin mencapai proses dan tujuan pelanggan? Keterampilan dan kompetensi apa yang dibutuhkan karyawan kita sekarang? Keterampilan dan kompetensi apa yang akan dibutuhkan di tahun-tahun mendatang?

	Apakah karyawan kami memiliki akses ke informasi yang mereka butuhkan untuk membantu mencapai hasil pelanggan kami? Apakah iklim organisasi kita kondusif untuk sukses? Apakah kita memiliki budaya yang kuat dan keselarasan tujuan?
Proses internal	Untuk terus menambah nilai bagi pelanggan dan klien kita, pada proses apa kita harus unggul? Setelah menganalisis tren saat ini, proses mana yang diharapkan dapat kita kembangkan dan unggulkan di masa mendatang?
Perspektif Customer	Siapa target pelanggan Anda? Bagaimana kita "menambah nilai" bagi pelanggan kita? Layanan atau produk apa yang dibutuhkan dan diharapkan pelanggan dari kami?
Perspektif Keuangan	Apakah layanan kami dikirimkan dengan harga yang baik? Bagaimana kami dapat mempertahankan tingkat layanan saat ini sambil tetap berada dalam anggaran kami? Peluang apa yang kita miliki untuk meningkatkan pendapatan?

Pertanyaan-pertanyaan pada Tabel 10.4 harus menghasilkan diskusi yang merangsang selama berjam-jam. Fasilitator yang baik akan membantu mengidentifikasi

1.2 Komitment Stakeholders (Penilaian kesiapan)

Salah satu area pertama, setelah terbentuk komitmen, maka yang harus dipertimbangkan organisasi adalah menentukan nilai dan kebutuhan untuk menerapkan proses Balanced Scorecard. Pertimbangkan tindakan kita sebagai sebuah kelompok dan beri peringkat pengukuran sebagai berikut:1.Tidak ada nilai pada tujuan ini, 2. Beberapa bantuan untuk tujuan ini, 3. Cukup membantu dalam tujuan ini, 4. Sangat berharga untuk tujuan ini

Seberapa baik kinerja kita diukur:

1. Terjemahkan strategi bisnis ke dalam tindakan nyata?
2. Sejajarkan departemen dengan tujuan bersama?
3. Sepenuhnya mencerminkan apa yang menjadi perhatian pemangku kepentingan?
4. Memberikan pengaruh untuk menciptakan perubahan?
5. Menyeimbangkan indikator leading dan lagging?
6. Menyeimbangkan indikator strategis dan operasional?
7. Meningkatkan indikator strategis dan operasional?
8. Tingkatkan kemampuan Anda untuk bersaing di masa depan?
9. Mendorong peningkatan dalam cara pekerjaan dilakukan?
10. Sertakan tolok ukur internal dan eksternal untuk menilai kinerja?

Skor kurang dari 18 (kurang dari nilai rerata 2) menunjukkan tindakan kita berisiko gagal dalam pekerjaan. Karena itu erlu bantuan ahli diluiar rumahsakit. Skor 18-27 (Rerata 3) menunjukkan ada nilai solid dalam ukuran, tetapi juga ruang (tenggangwaktu) untuk perbaikan. Skor lebih dari 27 menunjukkan ukuran yang terbaik. Rumah sakoit siap menerapkanBSC

Berikut ini adalah cara sederhana untuk menilai apakah suatu fasilitas dapat menjadi kandidat yang baik untuk penerapan Balanced Scorecard (diadaptasi dari Niven). Ini adalah contoh bagaimana kita dapat menggunakannya di fasilitas.

Tabel 10.2: Daftar Pertanyaan Untuk Suatu Fasilitas dapat Menerapkan BSC (Simulasi)

Kriteria	Skor	Bobot	Total Skor	Rasional
Komitmen Leader	8	0,3	2.4	
Strategi didefinisikan	3	0,25	0.75	
Kebutuhan	8	0,15	1.2	
Sumber Daya (komputer…)	4	0,15	0.6	
Dukungan Partisipan	4	0,10	0.4	
Ketersediaan Data	3	0,05	0.15	
Total	30	1	5.5	

Skor adalah nilai yang diberikan pada setipa kriteria oleh tim BSC; skor mualia dari nilai 0 -10. Hasil perklaianskor danBobot mengahsilakn Total

Skor. Idealnya Total Skor adalah 10. Hasil penilaian: > 8 adalah siap lebih 6-8= cukup; Kurang dari 6 kurang siap

1.3 Keterlibatan Satkeholdes internal rumah sakit

Mendapatkan dukungan dan komitmen pemimpin, dan seluru staf tidaklah mudah. Kebanyakan administrator memiliki segudang tuntutan yang bersaing untuk waktu dan perhatian mereka dan sering menghilangkan ide-ide dan kegiatan yang tampaknya tidak penting.

1.4 Edukasi Pemangku Kepentingan Internal & Eksternal

Sangat penting bahwa siapa pun yang memulai proses memiliki pemahaman yang baik tentang konsep dan teori Balanced Scorecard, dan dapat mengomunikasikannya dengan jelas kepada semua pimpinan (CEO, tim administrasi senior, dokter, manajer departemen, dan dewan direksi). Anggota pimpinan perlu memahami konsep ini dan bersiap untuk mendidik orang lain Kunci keberhasilan implementasi bergantung pada komunikasi yang jelas kepada semua orang di departemennya, peran mereka masing-masing dalam mencapai ukuran kinerja tertentu dan mendapatkan dukungan dan komitmen di seluruh organisasi.

Selain administrator rumah sakit, diperlukan seorang individu untuk mengoordinasikan penerapan Balanced Scorecard yaitu seseorang yang terorganisir

dengan baik dan berorientasi pada detail. Individu ini akan berperan sebagai anggota aktif tim. Tabel 10.3 berikut menjelaskan peran dan tanggung jawab.

Setelah tim dibentuk, tinjauan misi, visi, nilai, dan strategi organisasi harus diselesaikan. Sangat penting bahwa strategi organisasi menjadi terkini dan relevan. Jika elemen-elemen ini tidak ada atau jika belum diperbarui dalam satu tahun terakhir ini, maka upaya harus dilakukan untuk memperbaruinya. Hal ini dapat dicapai oleh seorang fasilitator yang terampil di suatu retret. Biasanya tim pimpinan fasilitas, manajer departemen, staf medis, dan anggota dewan pengurus berpartisipasi. Konsensus isi misi, visi, nilai-nilai, dan rencana strategis harus dicapai.

Kaplan dan Norton menyarankan bahwa setelah strategi inti organisasi ditetapkan, "strategy map" dibuat. Sebuah strategy map mewakili bagaimana organisasi menciptakan nilai dan secara visual menunjukkan tujuan rinci di masing-masing dari empat perspektif yang diperlukan untuk sukses. Baik Kaplan maupun Norton dan Paul Niven telah banyak menulis tentang proses strategy mapping dan bagaimana melakukannya.

Sebuah strategy map didasarkan pada prinsip-prinsip berikut:

- Strategi menyeimbangkan kekuatan yang kontradiktif (misalnya berinvestasi dalam aset

tidak berwujud untuk pertumbuhan pendapatan jangka panjang bertentangan dengan cut cost untuk kinerja keuangan jangka pendek)

- Strategi didasarkan pada value proposition dari pelanggan yang berbeda (misalnya artikulasi yang jelas dari segmen pelanggan yang ditargetkan (pasien, staf medis) dan berapa biayanya untuk menyenangkan mereka
- Nilai diciptakan melalui proses bisnis internal (misalnya manajemen operasi, manajemen pelanggan, inovasi, peraturan dan sosial)
- Strategi terdiri dari tema-tema yang saling melengkapi secara simultan (misalnya, setiap perbaikan proses internal memberikan manfaat pada titik waktu yang berbeda)
- Penyelarasan strategis menentukan nilai aset tidak berwujud (misalnya pembelajaran dan pertumbuhan terdiri dari modal manusia, modal informasi, dan modal organisasi)

Tabel 10.3: Peran dan Tanggung Jawab Individu dalam BSC

Peran	Tanggungjawab
Administrasi Rumah Sakit	• Mengasumsikan kepemilikan utama untuk proyek Balanced Scorecard • Memberikan informasi latar belakang kepada tim tentang strategi dan metodologi

	• Menjaga komunikasi dengan administrasi dan manajemen • Mengkomitmenkan sumber daya (baik manusia maupun keuangan) kepada tim • Memberikan dukungan dan antusiasme untuk Balanced Scorecard di seluruh organisasi
Koordinator BSC	• Mengkoordinasikan rapat; merencanakan, melacak, dan melaporkan hasil tim ke semua audiens • Memberikan kepemimpinan yang bijaksana tentang metodologi Balanced Scorecard kepada tim • Memastikan bahwa semua materi latar belakang yang relevan tersedia untuk tim • Memberikan umpan balik kepada sponsor eksekutif (pemimpin bersama) dan manajemen • Memfasilitasi pengembangan tim yang efektif melalui pembinaan dan dukungan
Anggota Tim	• Memberikan pengetahuan ahli tentang unit bisnis atau operasi fungsional • Menginformasikan dan mempengaruhi rekan kerja dan rekan kerja masing-masing • Bertindak sebagai duta Balanced Scorecard dalam unit atau departemen mereka • Bertindak demi kepentingan terbaik bisnis secara keseluruhan

2. PERENCANAAN

Tabel 10.4: Penerapan Strategi Map

Perspektif	Tujuan	Pengukuran	Target	Inisiatif
Keuangan	Keuangan sehat	Laporan Akuntansi: Income Statement, Balanced Sheet; Laporan Laba-Rugi	110-120%	Meningkatkan efisiesni, CRR
Pelanggan	*Secure customer*	Loyal: Very satisfied, retensi, Advocate	10-15%	Kepuasan & Loyalitas
Pelayanan	Mutu	Akreditasi Insiden, nosocomial, Mortalitas		Efisiensi & Efektivitas
Learning & Growth	*Training Off/On*			Produktivitas

Ada lima langkah yang dapat dilakukan oleh rumah sakit untuk memastikan bahwa kartu skor seimbang berhasil diterapkan dan bahwa ukuran kualitas dalam keperawatan diamati:

1. BSC dan KPI

Sebagai contoh terminologi yang mungkin membingungkan, mari kita lihat"balanced scorecard"dan"KPI scorecard". Kedua kata ini tidak memiliki arti yang sama."KPI" adalah singkatan dari indikator kinerja utama, yang merupakan

bagian dari balanced scorecard. ″Balanced scorecard″adalah nama dari keseluruhan strategi. “KPI”adalah metrik yang digunakan untuk membantu mengimplementasikannya.

Untuk menghindari kebingungan dan menggunakan istilah-istilah ini dengan tepat, penting bagi setiap orang di organisasi untuk menyetujui arti dari balanced scorecard, KPI, dan terminologi membingungkan lainnya yang mungkin digunakan oleh layanan kesehatan (seperti perbedaan antara EHR jangka panjang dan EMR).

2. Mengetahui tujuan dan hasil yang diharapkan

Balanced scorecard dirancang untuk membantu organisasi mencapai tujuannya. Penting bagi setiap orang dalam organisasi untuk memahami apa tujuan tersebut dan bagaimana balanced scorecard akan membantu mencapainya.

Misalnya, jika tujuannya adalah untuk meningkatkan kepuasan pasien, maka balanced scorecard harus dirancang dengan mempertimbangkan hal tersebut. Ini harus mencakup langkah-langkah yang akan meningkatkan kepuasan pasien, seperti menurunkan waktu tunggu dan meningkatkan keramahan dan kebersihan staf.

Namun, jika tujuannya adalah untuk meningkatkan kinerja keuangan, maka scorecard seimbang harus dibuat untuk memasukkan langkah-langkah yang akan membantu meningkatkan kinerja keuangan,

seperti pertumbuhan pendapatan, pengurangan biaya, dan profitabilitas.

3. **Keterlibatan dan Komitmen Staf pada tujuan bersama**

   Scorecard seimbang dalam perawatan kesehatan adalah tentang strategi dan eksekusi untuk mencapai tujuan yang ditetapkan. Ini berarti bahwa semua staf harus dilibatkan selama pembuatan strategi, karena setiap peran individu memiliki peran untuk dimainkan.

   Ini berarti bahwa staf harus:

   a. Setuju dengan visi perusahaan
   b. Tentukan strategi (tantangan yang dihadapi organisasi dan solusi potensial)
   c. Jelaskan strategi secara rinci (peran apa yang dimainkan setiap staf kesehatan)

4. **Tambahkan KPI dan Rencana Aksi**

   Setelah strategi dibuat, saatnya menambahkan KPI dan rencana aksi. KPI harus spesifik, terukur, dapat dicapai, relevan, dan terikat waktu (SMART). Mereka juga harus selaras dengan tujuan organisasi.

   Rencana aksi adalah peta jalan yang merinci bagaimana balanced scorecard akan diterapkan. Ini harus mencakup siapa yang bertanggung jawab untuk setiap tugas, tanggal penyelesaian, dan anggaran yang dialokasikan untuk tugas tersebut.

5. **Periksa apakah ada pergeseran budaya**

Setelah penerapan balanced scorecard dalam perawatan kesehatan, para pemimpin harus memperhatikan pergeseran budaya di fasilitas mereka. Mereka harus melihat fokus yang lebih besar pada kualitas perawatan dan kerja tim, dan staf harus merasa lebih termotivasi dan diberdayakan untuk membuat keputusan.

Jika para pemimpin tidak melihat pergeseran ini, kemungkinan besar balanced scorecard belum diterapkan dengan baik. Jika ini masalahnya, mereka mungkin perlu kembali ke papan gambar untuk memastikan bahwa kartu skor seimbang dalam perawatan kesehatan diterapkan dengan benar untuk tujuan organisasi yang ingin dicapai.

Bila digunakan dengan benar, BSC dalam rumah sakit dapat menjadi alat yang ampuh untuk perencanaan dan manajemen strategis, karena memungkinkan para pemimpin dan pengambil keputusan untuk:

a. **Menyelaraskan rencana strategis mereka dengan aktivitas bisnis**: Pemimpin dapat menentukan dan melacak kemajuan menuju tujuan dengan memantau indikator kinerja utama di masing-masing dari empat bidang utama yang disebutkan di atas.
b. **Dapatkan gambaran umum tentang pelaksanaan rencana strategis mereka**: Dengan melacak kemajuan di keempat area kartu skor seimbang

utama, pembuat keputusan dapat mengidentifikasi area di mana kinerja tertinggal dan mengambil tindakan korektif.

3. Penerapan BSC

Rencana yang diartikulasikan dengan jelas harus mengidentifikasi misi, visi, nilai, strategi, dan ukuran organisasi. Rencana ini juga harus mengidentifikasi infrastruktur teknologi informasi di dalam fasilitas serta kekuatan dan keterbatasannya. Analisis risiko harus mengeluarkan biaya modifikasi apa pun yang diperlukan dalam infrastruktur TI untuk memungkinkan mereka yang bertanggung jawab atas pengumpulan dan pelaporan data menjalankan fungsinya.

Beberapa rumah sakit mungkin memiliki sumber daya yang diperlukan untuk membeli perangkat lunak Balanced Scorecard yang ada. Ada sejumlah vendor yang menjual sistem perangkat lunak lengkap yang menyediakan struktur yang dibutuhkan untuk menyelesaikan seluruh proses Balanced Scorecard. Jika sistem perangkat lunak yang dikemas diinginkan, permintaan proposal harus dikembangkan, termasuk demonstrasi produk di tempat, informasi rinci tentang pelatihan dan dukungan, dan jaminan bahwa perangkat lunak tersebut kompatibel dengan sistem TI yang ada. Penulis laporan Gartner "Menimbang Pilihan - Perangkat Lunak Balanced Scorecard", Bernard Marr dan Andy Neely, telah menulis buku baru berjudul Mengotomatiskan scorecard: Laporan Perangkat Lunak Balanced Scorecard.

Laporan ini dibuat setiap tahun dan terakhir diperbarui di akhir tahun 2003 dengan tujuan untuk membantu organisasi melalui pemilihan perangkat lunak. Buku ini telah dirancang untuk memandu organisasi melalui proses pemilihan solusi perangkat lunak yang tepat dengan menawarkan kerangka kerja keputusan, serta evaluasi terperinci dari semua produk perangkat lunak utama BSC yang tersedia hari ini. Selain itu, OS Microsoft 2003 dilaporkan menyertakan program perangkat lunak BSC tertentu, yang dijadwalkan untuk dirilis pada akhir Mei 2004 dengan biaya kurang dari $1.000.

Jika rumah sakit tidak memiliki sumber daya untuk membeli perangkat lunak siap pakai, data dapat dikumpulkan, dimasukkan, dianalisis, dan dilaporkan menggunakan perangkat lunak perkantoran standar seperti Microsoft Office. Pelatihan penggunaan semua aplikasi Microsoft (Word, Excel, Access, Powerpoint) biasanya tersedia baik melalui Internet, melalui vendor lokal yang disertifikasi untuk mengajarkan aplikasi perangkat lunak Microsoft, atau melalui community college.

Scorecard dapat dibangun langsung dari strategy map. Scorecard dapat berupa tabel atau grafik yang menunjukkan kinerja sebelumnya, target, dan kinerja saat ini. Scorecard yang dirancang dengan baik memberikan perhatian pada level target dan alarm (atau peringatan), aturan konsolidasi data, menentukan grafik dan laporan, mengimpor data pengukuran historis, dan membuat laporan. Laporan dapat dibuat untuk tujuan manajemen,

staf medis, dewan pengurus, atau ketiganya. Laporan manajemen dapat mencakup semua data dalam bentuk grafik untuk keempat perspektif. Laporan staf medis mungkin hanya mencakup data yang terkait dengan proses klinis (kepuasan pasien, cost per discharge, dll.). Laporan ke dewan pengurus mungkin tidak mencakup semua detail yang akan dimiliki oleh laporan manajemen. Tim Balanced Scorecard dapat membantu merancang dan menyempurnakan scorecard dan laporan yang akan keluar dari proses pengumpulan data. Gambar 10. 7 berisi contoh proses penerapan Balanced Scorecard yang disederhanakan.

4 Integrasi Organisasi

Aspek terpenting dari fase integrasi organisasi adalah komunikasi. Semua anggota tim Balanced Scorecard serta semua karyawan, staf medis, dan anggota dewan pengurus harus memiliki pemahaman yang jelas tentang **struktur Balanced Scorecard, memahami peran, tanggung jawab, dan kontribusi mereka terhadap tujuan** bersama organisasi. Masing masing staff, yang bertanggung jawab untuk mengumpulkan data, memasukkan data, menganalisis data, membuat laporan , dan mengkomunikasikan hasilnya kepada berbagai pemangku kepentingan. Salah satu manfaat dari proses ini adalah identifikasi laporan dan tindakan yang mungkin tidak lagi diperlukan. Aspek lain dari fase ini adalah apa yang disebut Niven sebagai “cascading” atau proses pengembangann scorecard yang selaras di seluruh

organisasi. Setiap tingkat organisasi akan mengembangkan scorecard berdasarkan tujuan dan ukuran yang dapat dipengaruhinya. Cascading memungkinkan setiap karyawan untuk menunjukkan kontribusi untuk tujuan organisasi secara keseluruhan.

5 Evaluasi dan Pelaporan

Evaluasi hasil penerpanan BSC

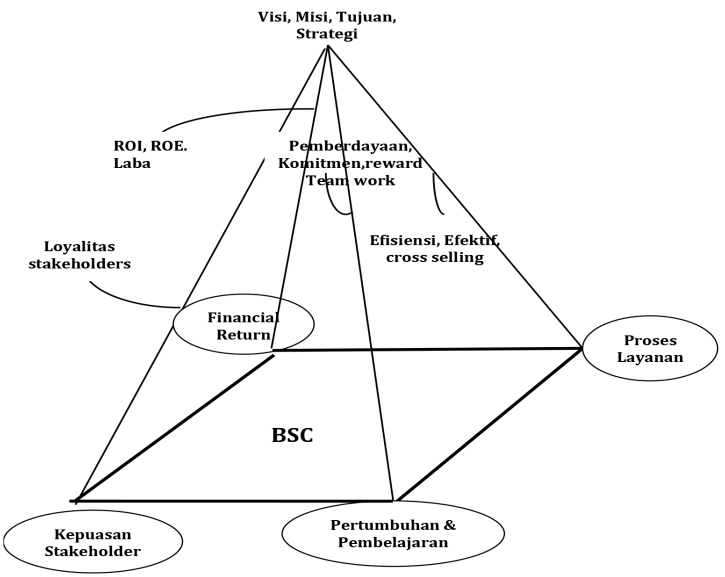
Fase terakhir sedang berlangsung dan mencakup pembaruan data, analisis, dan pelaporan secara teratur dalam proses rutin; penyempurnaan nilai ukuran; analisis hasil; dan penyempurnaan model. Setelah memiliki beberapa kuartal data yang dikumpulkan, tindakan dapat dianalisis untuk menentukan apakah mereka benar-benar terkait dengan strategi yang diidentifikasi. Fase ini memerlukan tinjauan objektif terhadap proses yang perlu ditetapkan untuk memastikan bahwa proses tersebut memberikan informasi yang akurat untuk dijadikan dasar keputusan. Proses penyempurnaan ini harus berlanjut sepanjang kehidupan organisasi karena perubahan tidak dapat dihindari.

APLIKASI BSC

1. Sebagai sistem manajemen untuk menyelaraskan staf medis, keperawatan dan penunjang dan administarsi untuk berfokus pelanggan.
2. Mengkomunikasi visi, misi, strategi di mana dapat dimengerti dan dilaksanakan oleh seluruh anggota organisasi.

3. BSC juga dapat digunakan sebagai alat navigasi, setiap aktivitas dan penggunaan sumber daya untuk mengimplentasiakan strategi.
4. BSC menyediakan kerangka pikir yang logik dan arsitektur untuk mengembangkan orgnisasi baru yang terkait dengan unit pelayanan, pembelajaran sumber daya manusia, yang berfokus pelanggan.
5. BSC adalah **suatu cara / alat komunikasi** suatu strategi organisasi kepada para manajer di seluruh organisasi rumah sakit.

MODEL INTERAKSI 4 PERSPEKTIF (Growth proses, financial return dan Kepuasan)



Gambar 10.5 Model BSC dari Penulis

SISTEM INFORMASI RUMAH SAKIT

BAB 11

(Hospital Information System)

PENDAHULUAN

Sistem informasi rumah sakit sering terdiri dari satu atau beberapa komponen perangkat lunak dengan ekstensi khusus-khusus, serta berbagai macam sub-sistem dalam spesialisasi medis dari pasar multi-vendor. Nama implementasi khusus misalnya sistem informasi laboratorium (LIS), Sistem Manajemen Kebijakan dan Prosedur, sistem informasi radiologi (RIS) atau sistem pengarsipan dan komunikasi gambar (PACS).

Sistem informasi rumah sakit (HIS: : *Hospital Information System*), juga dikenal dengan term SIM RS adalah elemen informatika kesehatan yang berfokus terutama pada kebutuhan administrasi rumah sakit. Dalam implementasi, HIS adalah sistem informasi yang komprehensif dan terintegrasi yang dirancang untuk mengelola semua aspek operasi rumah sakit, seperti

masalah medis, administrasi (tata usaha), keuangan, dan hukum serta pemrosesan layanan yang sesuai. Sistem informasi rumah sakit juga dikenal sebagai perangkat lunak manajemen rumah sakit (HMS) atau sistem manajemen rumah sakit.(Permenkes no.82 Thaun2013. tentangSIM RS

HIS menyediakan sumber informasi umum tentang riwayat kesehatan pasien, dan penjadwalkan waktu dokter. Sistem harus menyimpan data di tempat yang aman dan mengontrol siapa yang dapat mencapai data dalam keadaan tertentu. Sistem ini meningkatkan kemampuan profesional perawatan kesehatan untuk mengoordinasikan perawatan dengan memberikan informasi kesehatan pasien dan riwayat kunjungan di tempat dan waktu yang dibutuhkan. Informasi tes laboratorium pasien, juga mencakup hasil visual seperti sinar-X, yang dapat dicapai oleh para profesional. HIS menyediakan komunikasi internal dan eksternal di antara penyedia layanan kesehatan. Perangkat portabel seperti smartphone dan komputer tablet dapat digunakan di samping tempat tidur.

HIS atau SIRS adalah Metode formal dalam penyediaan informasi yang akurat dan tepat waktu kepada manajemen yang diperlukan untuk mempermudah proses pengambilan keputusan dan membuat organisasi dapat

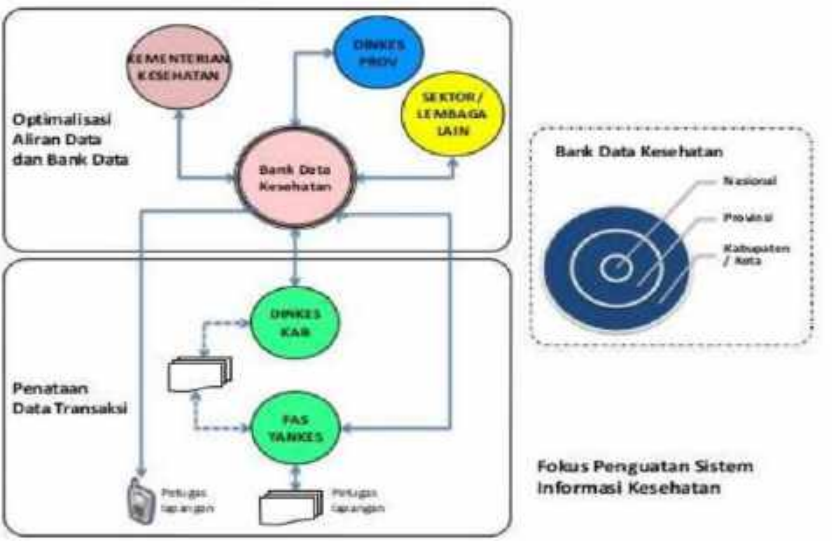
melakukan fungsi perencanaan,pengendalian dan operasi secara efektif. Sistem menyediakan informasi, masa lalu, kini dan proyeksi masa depan serta mengetahui peristiwa yang terjadi di dalam organisasi dan di luar organisasi.

1. Pengumpulan data
2. Analisis data, pengklasifikasian, penyotiran, penghitungan dan pengakhiran
3. Penyimpanan data
4. Penyiapan dokumen

Permenkes No 82 Th 2013. SIMRS

Sistem Informasi Kesehatan (**SIK**) adalah seperangkat tatanan yang meliputi data, informasi, indikator, prosedur, teknologi, perangkat, dan sumber daya manusia yang saling berkaitan dan dikelola secara terpadu untuk mengarahkan tindakan atau keputusan yang berguna dalam mendukung pembangunan kesehatan

Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit yang selanjutnya disingkat **SIM RS** atau Hospital Information ystem (**HIS**) adalah suatu sistem teknologi informasi komunikasi yang memproses dan mengintegrasikan seluruh alur proses pelayanan Rumah Sakit dalam bentuk jaringan koordinasi, pelaporan dan prosedur administrasi untuk memperoleh informasi secara tepat dan akurat, dan merupakan bagian dari Sistem Informasi Kesehatan.



INPUT:

1. Memahamai fungsi dan tugas layanan Kesehatan
2. Dukunan Operasioanal yang dibutuhkan: a. Tenaga Kerja, b. Sarana parasarana (*hardware* dan *soft ware), c.* Keuangan
3. Terpadu dengan system pengelolaan manajemen rumah sakit

PRINSIP:

1. SIMR yang digunakan harus mudah di perhunakan oleh petugas (*user friendly*)
2. SIRS yang dikembangkan sedapat mungkin menekan seminimal mungkin perubahan, karena keterbatasan

kemampuan pengguna, untuk melakukan adaptasi dengan sistem yang baru

3. Pengembangan diarahkan pada sub-sistem yang mempuyai dampak yang kuat terhadap pengembangan SIRS

Lingkup kajian informasi bagi Rumah Sakit:

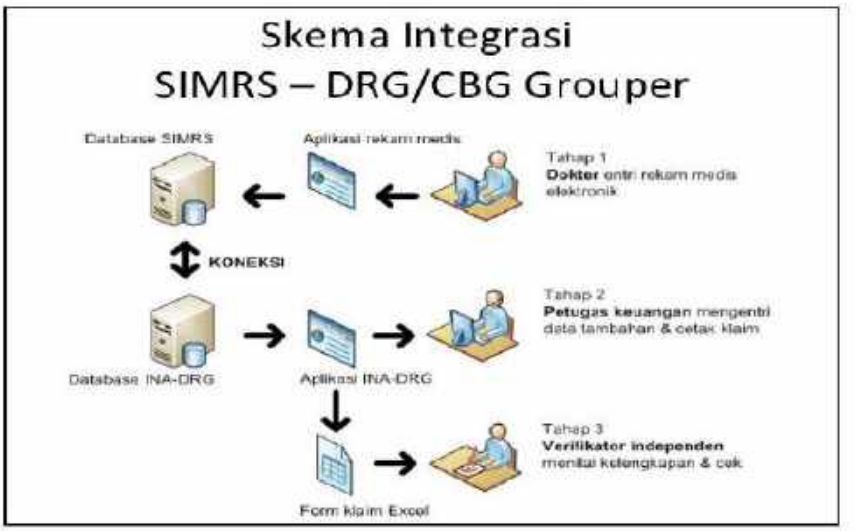
1. Jaminan Mutu Medis (*Medical Quality Assurance*)
2. Pengendalian Biaya dan Peningkatan Produktivitas
3. Analisis Utilisasi dan Estimasi Permintaan
4. Perencanaan dan Evaluasi Program
5. Penyederhanaan Pelaporan Internal dan Eksternal
6. Penelitian Klinis
7. Pendidikan

Manajemen Klinis

- Tampilan ringkasan longitudinal yang koheren
- Entri Pesanan Dokter Terkomputerisasi (CPOE)
- Layar komprehensif dan representasi grafis vitals
- Templat dokumentasi klinis yang dapat ditentukan pengguna
- Sistem pendukung keputusan klinis dengan diagnosis dan prosedur berkode
- Rekam, perbarui, dan arsipkan catatan medis elektronik
- Integrasi dengan basis data MIMS

SIRS YANG DIHARAPKAN:

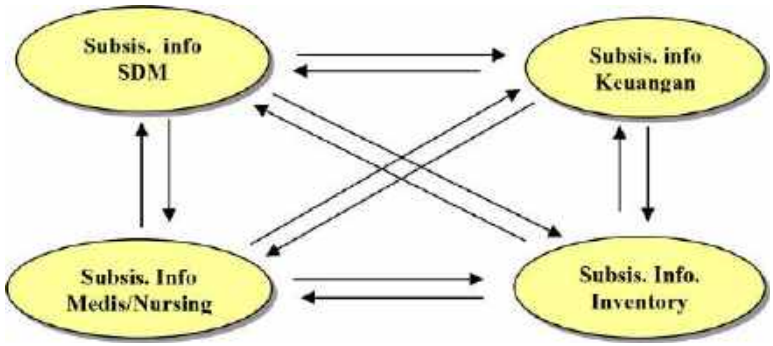
Segi Modul dan Operasional	• Modul lengkap dan terintegrasi • Modul sesuai dengan standar pelayanan RS • Kemudahan pengoperasian • Kemudahan membuat laporan
Segi Manajerial	• Kecepatan dan Akurasi • Terintegrasi dan Terkendali • Efektif dan Efisien
Segi Organisasi	• Meningkatkan Kinerja dan Pelayanan • Memudahkan Koordinasi Antar Unit • Meningkatkan Kemampuan SDM



Kompnen SI-RS

Sistem informasi rumah sakit (SIM RS) terdiri dari komponen atau subsistem

1. Subsistem informasi sumberdaya manusia
2. Subsistem informasi inventory (logistik)
3. Subsistem keuangan
4. Subsistem informasi Medis dan Keperawatan



1. Subsistem informasi sumber daya manusia

a. Subsistem informasi personel
b. Subsistem informasi pengembangan SDM
c. Subsistem informasi penggajian

Subsistem informasi inventory (Logitik: barang atau non SDM)

a. Subsistem informasi inventaris
b. Informasi barang habis pakai (ATK, Laboratorium, Radiologi, farmasi)
c. Informasi pemeliharaan barang

Subsistem informasi Keuangan

a. Subsistem informasi Pendapatan Rawat Inap (Billing)
b. Subsistem informasi pendapatan Rawat Darurat (Billing)

c. Subsistem informasi pendapatan Rawat Jalan (Billing)
d. Sub system Informasi Akuntansi dan Manajemen

Subsistem informasi Medis dan Keperawatan

a. Subsistem informasi Medik di Rawat Jalan
b. Subsistem informasi Medik di Rawat Inap
c. Subsistem informasi Medik di Gawat Darurat
d. Subsistem informasi Medik di Pelayanan Penunjang
e. Subsistem Asuhan Keperawatan
f. Subsistem Informasi Gizi

TUJUAN SI RS

Transformasi operasional Rumah Sakit dan memberikan peningkatan perawagan pasien. SIM RS menawarkan peningkatan perawatan pasien sambil mencapai efisiensi operasional dan memaksimalkan pendapatan Sistem Informasi Rumah Sakit. SIM RS adalah solusi modern yang memungkinkan fasilitas medis untuk mengatasi tantangan terbesar dalam pemberian layanan kesehatan saat ini.SIM RS memungkinkan rumah sakit untuk;

1. Kelola semua departemen, pasien, dan staf dengan mudah
2. Meningkatkan pengalaman pasien
3. Pastikan kebocoran pendapatan berkurang dan pencurian stok
4. Operasi penagihan dan paperless yang efisien

5. Ambil keputusan yang lebih baik dengan fitur pelaporan lanjutan

TUJUAN dan MANFAAT SIRS

Tujuan SIRS antara lain:

1. SIRS atau HIS bertujuan meningkatkan **efisiensi, efektivitas, profesionalisme, kinerja, serta akses dan mutu pelayanan Rumah Sakit**
2. SIM RS adalah *platform web-native*, terintegrasi, multi-fasilitas, multi-bahasa dan skalabel. Ini dapat dikonfigurasi untuk memenuhi semua kebutuhan informasi dan komunikasi dari departemen administrasi, operasional dan klinis dari rumah sakit dan jaringan menengah hingga sangat besar untuk peningkatan keperawatan pasien
3. SIM RS Menawarkan peningkatan perawatan pasien sambil mencapai efisiensi operasional dan memaksimalkan pendapatan
4. SIM RS adalah solusi modern yang memungkinkan fasilitas medis mengatasi tantangan terbesar dalam pemberian layanan kesehatan saat ini. HIS memungkinkan rumah sakit untuk Kelola hunian dan pemeliharaan tempat tidur
5. Kelola semua departemen, pasien, dan staf dengan mudah
6. Meningkatkan pengalaman pasien dengan mengurangi waktu tunggu dan meminima kan penundaan tindakan

7. Pastikan kebocoran pendapatan berkurang dan pencurian stok. Aktifkan transfer catatan langsung, tingkatkan alur kerja pasien
8. Penagihan yang efisien dan operasi tanpa kertas (transfer via e-banking)
9. Ambil keputusan yang lebih baik dengan fitur pelaporan lanjutan, untuk mengelola penerimaan, transfer, dan pemulangan serta koordinasi informasi gawat darurat.

Manfaat

Manfaat potensial dari sistem informasi rumah sakit meliputi:

- Administrasi keuangan, diet pasien, teknik, dan distribusi bantuan medis yang efisien dan akurat. Ini membantu untuk melihat gambaran luas dari pertumbuhan rumah sakit
- Peningkatan pemantauan penggunaan obat, dan studi efektivitas. Ini mengarah pada pengurangan interaksi obat yang merugikan sambil mempromosikan pemanfaatan farmasi yang lebih tepat.
- Meningkatkan integritas informasi, mengurangi kesalahan transkripsi, dan mengurangi duplikasi entri informasi.
- Perangkat lunak rumah sakit mudah digunakan dan menghilangkan kesalahan yang disebabkan oleh tulisan tangan. Sistem komputer teknologi baru memberikan kinerja sempurna untuk menarik informasi dari server atau server cloud.

LINGKUP KAJIAN INFORMASI BAGI RUMAH SAKIT

PROSES LAYANAN RUMAH SAKIT

1. Pelayanan utama (*front office*)

a. Data yangdimasukan dalam rawat akan digunakan padamproses,dan pulang
b. Selama proses perawatan, pasien akan menggunakan sumber daya, mendapatakan layanan dan tindakan dari unit rawat seperti: Farmasi, laboratorioum, Radiologi, Gizi, Bedah Invasive, Diagnostc non invasive dan lainnya
c. Unit tersebut mendapat order dari/pesanan dari dokter (resep untuk Farmasi, formulir Lab, dan sejenisnya) dan perawat pada proses layanan rumah sakit
d. Jadi dokter dan perawat sebagai aktor/SDM inti pada proses layanan rumah sakit. Karena itu nit system layanan adalah komunjikasi di antara mereka

Model Aplikasi SI RS

2. Estimasi Permintaan

- Data historis pemanfaatan layanan kesehatan
- Data demografi
- Proyeksi komunitas

3. Alokasi Sumber Daya

- Data angkatan kerja
- Informasi keuangan
- Informasi modal
- Prakiraan permintaan jangka pendek

4. Kinerja dan Kontrol Kualitas

- Ukuran keluaran (statistik program)
- Data Kontrol Kualitas
- Pengambilan sampel dan pengukuran kerja
- Audit Medis

5. Evaluasi Dampak Program

- Perubahan indikator masalah, langsung dan tidak langsung
- Analisis Biaya Manfaat
- Perubahan kemampuan masyarakat untuk memberikan layanan

KRITERIA INFORMASI

Kriteria untuk informasi yang bermanfaat didasarkan pada 1) mutu informasi, 2) ketepatan waktu, 3) jumlahnya dinamis sesuai dengan kebutuhan rumha sakit dan 4) relevansi untuk manajemen,5) Aman dalam penggunaan, 6). Sesuai dengan atiran hukum yang berlaku., 7) Komputer merupakan cara yang efektif dan efisien untuk mengumpulkan, menyimpan, mengorganisasikan dan mendistribusikan informasi dalam jumlah besar.

Ada beberapa sistem informasi komputer, antara lain 1) *Decision Support System* (DSS) dan *Expert System*. Masalah lain adalah keamanan, kerahasian data dan informasi.

SIRS dan KOMPUTER

Sejumlah masalah manusia mungkin muncul ketika SIM yang menggunakankomputer di implementasikan. Masalah ini kemungkinan berkembang bila

- SIM mengganggu batas batas departemen yang sudah terbentuk,
- bila mengganggu sistem komunikasi informal,
- bila orang menolak sistem,
- bila budaya organisasi tidak mendukung dan
- bila perubahan di implementasikan tanpa partisipasi dari manajer dan karyawan.

SUBSISTEM INFORMASI MEDIS DAN KEPERAWATAN

Dalam Permenkes No. 269 tahun 2008 Bab II pasal 2 disebutkan bahwa: (1) Rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. Ayat (1) menunjukkan bahwa rekam medis dapat dan boleh dibuat secara elektronik

Terdiri dari.

- Subsistem informasi Medik di Rawat Jalan
- Subsistem informasi Medik di Rawat INAP
- Subsistem informasi Medik di Gawat darurat
- Subsistem informasi Medik di Pelayanan Penunjang
- Subsistem Asuhan Keperawatan
- Subsistem Informasi Gizi

REKAM MEDIS

Pengertian

Penjelassan ps 46 ayat (1)UU No.29 Tahun 2004, Ps 46 ayat (1) tentang praktek kedokteran disebutkan yang dimaksud Rekam Medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Yang dimaksud dengan petugas adalah dokter atau dokter gigi atau tenaga kesehatan lain yang memberikan pelayanan kesehatan

kepada pasien (Depkes RI, 2006)

Menurut PERMENKES No: 269/MENKES/PER/III/2008 yang dimaksud rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen antara lain identitas pasien, hasil pemeriksaan, pengobatan yang telah diberikan, serta tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Catatan merupakan tulisan-tulisan yang dibuat oleh dokter atau dokter gigi mengenai tindakan-tindakan yang dilakukan kepada pasien dalam rangka palayanan kesehatan

Rekam medis mempunyai pengertian yang sangat luas , tidak hanya sekedar kegiatan pencatatan suatu instansi/unit kegiatan. Uraian tugas unit rekam medis di mulai dari saat diterimanya pasien oleh tenaga kesehatan (dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan lainnya) yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Selain informasi tentang pencatatan kegiatan kepada pasien , tugas petugas rekam medis juga meliputi pengelolaan berkas (penyimpanan, pengeluaran).

Rekam medis memuat informasi yang memadai, mencukupi untuk mengidentifikasi pasien, mendukung diagnosis, justifikasi/dasar pembenaran pengobatan, mendokumentasikan pemeriksaan dan hasil pengobatan. dan meningkatkan kesinambungan pelayanan diantara para praktisi pelayanan kesehatan (telaah Rekam Medis untuk Akreditasi)

TUJUAN dan FUNGSI SIRS-REKAM MEDIS

Tujuan

Tujuan rekam medis Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya ketertiban administrasi dalam rangka upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit (menyediakan informasi yang akurat dan adekuat dari pasien,mengenai kehidupan dan riwayat kesehatan pasien)

Fungsi dan Manfaat (outcome:Hasil)

SIM Rumah sakit dapat digunakan dengan beberapa kepentingan (Mc Gibony), yakni A-L-F-R-E-D-S. Juga tersirat dalam Permenkes R.I, No.269/Menkes/Per/III/2008.

- **A** dministration
- **L** egal
- **F** inancial
- **R** esearch
- **E** ducation
- **D** ocument
- **S** ervice

A. (*Administration*), yaitu rekam medis dapat dijadikan sebagai informasi kondisi kesehatan pasien dalam pengambilan keputusan manajemen, dokter, doker gigi, perawatan dalam pengambilan keputusan pengelolaan pasien.Nilai administrasi, menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan keperawatan

dalam mencapai tujuan pemeliharaan perawatan kesehatan. Dasar pemelharaan kesehatan dan pengobatan pasien.

L (*Legal*). rekam medis dapat dijadikan bukti otentik dalam kasus peradilan dalam bidang kedokteran. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan sebagai tanda bukti untuk menegakan keadilan. Bahan pembuktian dalam perkara humum. Berkas RM juga dapat dihunakan untuk kepentingan legal (adalah tuntutan) dan kepentingan asuransi.

F (*Financial*),yaitu rekam medis dapat dijadikan sebagi bukti pengganian biaya pelayanan yang telah diberikan rumah sakt kepada pasien. Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data/informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan. Kaitan RM dengan keuangan sangat erat dalam hal pengobatan, tindakan apa saja yang diberikan akepada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit. Oleh karena itu penggunaan sistem teknologi komputer dalam proses [penyelenggaraan rekam medis sangat diharapkan sekali untuk diterapkan pada setiap instansi perawatan kesehatan. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan

R (*Research*), yaitu rekam medis dapa diguanakan sebgai bahan peneltian para dokter dalam menangai suatu kasusu penyakit. Suatu berkas RM mempunyai nilai penelitian , karena isi RMmenyangkut data dan informasi yang dapat digunakan sebagai aspek pendukung penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan bidang keseahatan. Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan.

E (*Education*) yaitu rekam medis dapat dijadikan bahan referensi bagi para terdidik dalam pendidikan dokter, dokter spesialis. **RM** mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data dan informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan medis yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan, referensi pengajaran pendidikan akademik aupun profesi.

D (*Documentation*), yaitu rekam medis disimpan sebagai dokumen pengelolaan pasien, dan bersifat rahasia. **Aspek dokumentasi .**... mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan atau informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan rumah sakit. Antara lain:

- Sebagai alat komunikasi antara dokter, antara tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian di dalam proses pemberian pelayanan, pengobatan dan perawatan
- Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan,

perawatan

- Sebagai bukti tertulis semua tindakan dan perawatan pasien
- Sebagai bahan untuk peneltian, pendidikan dan evaluasi
- Melingdungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun tenaga kesehatan
- Sebagai dasar perhitungan biaya pelayanan
- Sebagai bahan pertanggung-jawaban dan laporan

S (*Service*). Meningkatkan mutu layanan. 1. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.Rumah Sakit

Dokumentasi Rekam Medis

Prinsip:

1. Integrasi dan korelasi dengan sub system yang lain. Misal: Aktivtas perawatan terpadu dengan sistem "Billing" Rumah Sakit, unutkkendali anggaran dan klaimasuransi
2. Penggabungan status pasien antar unit perawatan
   - Dalam operasi perawatan berkelanjutan, penting untuk mendokumentasikan kondisi dan riwayat perawatan setiap pasien. Identifikasi rekam medis sebagai informasi yang dilindungi dan rahasia. Tanggung jawab staf untuk menyediakan dan mendokumentasikan sumber daya pendidikan pasien
   - Untuk memastikan pasien menerima perawatan terbaik yang tersedia, informasi harus disampaikan

di antara semua anggota tim pengasuh interdisipliner. Terapkan pedoman charting elektronik

- Dokumentasi yang tepat selalu penting dalam pengaturan perawatan kesehatan.
- Informasi yang salah, atau tidak ada informasi sama sekali, dapat mengakibatkan cedera serius atau kematian pasien.
- Akibat hukum yang negatif sering kali dihindari karena dokumentasi yang tepat dan komunikasi yang tepat tentang informasi pasien.

Mengapa dokumentasi Rekam Medis penting?

Fungsi RM:

- Dokumentasi rekam medis diperlukan untuk mencatat fakta, temuan, dan pengamatan terkait tentang riwayat kesehatan pasien termasuk penyakit, pemeriksaan, tes, perawatan, dan hasil di masa lalu dan sekarang.
- Rekam medis mendokumentasikan perawatan pasien dan merupakan elemen penting yang berkontribusi pada perawatan berkualitas tinggi.
- Rekam medis yang didokumentasikan dengan tepat dapat mengurangi banyak kerumitan yang terkait dengan pemrosesan klaim.
- Rekam Medis dapat berfungsi sebagai dokumen hukum untuk memverifikasi perawatan yang diberikan

Rekam medis memfasilitasi:

- Kemampuan dokter dan profesional perawatan kesehatan lainnya untuk mengevaluasi dan merencanakan perawatan langsung pasien, dan untuk memantau perawatan kesehatannya dari waktu ke waktu.
- Komunikasi dan kesinambungan perawatan di antara dokter dan profesional kesehatan lain yang terlibat dalam perawatan pasien.
- Peninjauan dan pembayaran klaim yang akurat dan tepat waktu.
- Tinjauan pemanfaatan yang tepat (appropriate utilization review) dan evaluasi kualitas perawatan
- Data /informasi dapat digunakan untuk penelitian dan pendidikan.

Struktur RM

Isi RM (Permenkes No.269/MENKES/PER/III/2008 Rekam Medis)

Dibedakan menurut

1. Pasien rawat jalan
2. Pasien rawat inap
3. Gawat darurat
4. Pasien bencana

RAWAT JALAN

Isi RM Pasien RJ: Permenkes No.269/Menkes/Per/III/2008

a. Identitas Pasien
b. Tanggal dan waktu.
c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit).
d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medis.
e. Diagnosis
f. Rencana penatalaksanaan
g. Pengobatan dan atau tindakan
h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
i. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik dan
j. Persetujuan tindakan bila perlu.

Alur RM rawat jalan.

1. Pasien mendaftar ke tempat pendaftaran rawat jalan (TPPRJ)
2. Apabila pasien baru: Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan
3. Apabila pasien lama: pasien menyerahkan kartu pasien (kartu berobat) kepada petugas di TPPRJ
4. Di TPPRJ
   a. Pasien baru: Petugas TPPRJ terlebih dahulu meng-input identitas social dan untuk pasien lama mengiput antara lain:
      1) Nama pasien

2) Nomor Rekam Medis
3) Nomor Registrasi Medis
4) Poliklinik yang dituju
5) Keluhan yang dialami

b. Petugas TPPRJ membuat kartu berobat (kartu pasien) dan diberikan kepada pasien baru yang harap dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang
c. Pasien baru: Petugas akan menyiapkan berkas rekam medis pasien baru
d. Pasien kunjungan ulang (Lama) harps memperlihatajbn jartu berobat kepada petugas, selanjutnya petugas menyiapkan berkas rekam medis pasien lama tersebut
e. Apabila pasien lupa membawa kartu berobat , maka RM pasien lama dapat ditemukan dengan mengetahui nomor rekam medis pasien melalui pencarian KIUP (……) atau pada rumah sakit yang telah menggunakan sistem komputerisasi dengan menelusuri data base.
f. Berkas RM dikirimkan ke poliklinik oleh petugas RM yang telah diberi kewenangan unutk membawa berkas RM
g. Petugas poli mencatat pad abuku register pasien RJ antgar alain: tanggal kunjungan , nama paseinm nomor rekam medis, jenis kunjungan, tindakan pelayanan yang diberikan
h. Dokter pemeriksa mencatat riwayat penyakit, hasil pemeriksaan, diagnostic, terapi yang ada

relevansinya dengan penyakitnya, apa ada kartu RM (catatan dokter poli)

i. Petugas di poli membuat laporan/rekapitulasi harisn pasien RJ
j. Setelah pemberian p-elayanan kesehatan di poli selesai dilaksanakan, wetugas poli mengirimlkan selurh berkas RM , berikut rakapitulasinya harian rawat RJ ke Instalasi RM paling la,mbat 1 (satu) jam sebelum berakhir jam kerja
k. Petugas Instalasi RM memeriksa kelengkapan pegisisn RM dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan kelengkapannya
l. Petugas Instlasi RM mengolah rekam medis yang sudah lengkap, dimaksukan ke dalam kartu indeks operasi, dsb, sesuai dengan penyakitnya (filing)
m. Petugas membuiat rekapitulasi setiap akhir bulan, untuk membuat laporan dan statistic rumah sakit
n. Berkas rekam medis pasien disimpan berdasarkan nomor rekam medisnya (apabila menganut sistem desentralisasi) rekam medis pasien rawat jalan disimpian secara terpisah pada tempat penerimaan pasien.

RAWAT INAP

Isi RM Rawat Inap.

Berisi: Identitas pasien,: Tanggal dan waktu,; Hasil anamnesis sekurang kurang mencakup keluhan dan riwayat sakit,; hasil pemeriksaan fisik,; diagnosis,; rencana penatalaksanaan,; pengobatan dan/atau

tindakan,;persetujuan tindakan (*informed consent*) bila diperlukan,;Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan,; Ringkasan pulang(dsicharge summary),; Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertetntu yang memberikan pelayanan kesehatan,;Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertetntu,; untuk kasus gigi dilengkapai dengan odontgfam klinik

a. Identitas Pasien
b. Tanggal dan waktu.
c. Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit.
d. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
e. Diagnosis
f. Rencana penatalaksanaan
g. Pengobatan dan atau tindakan
h. Persetujuan tindakan bila perlu
i. Catatan obsservasi klinis dan hasil pengobatan
j. Ringkasan pulang (discharge summary)
k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan ksehatan.
l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.
m. Untuk kasus gigi dan dilengkapi dengan odontogram klinik

Isi RM pasien gawat darurat

Data pasien rawat inap yang harus dimasukkan dalam medical record sekurang-kurangnya antara lain:

a. Identitas Pasien
b. Kondisi saat pasien tiba di sarana pelayanan kesehatan
c. Identitas pengantar pasien
d. Tanggal dan waktu.
e. Hasil Anamnesis (sekurang-kurangnya keluhan, riwayat penyakit.
f. Hasil Pemeriksaan Fisik dan penunjang medis.
g. Diagnosis
h. Pengobatan dan/atau tindakan
i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
k. Sarana transportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan ke sarana pelayanan kesehatan lain dan
l. Pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu.

Isi RM pasien bencana

STRUKTUR & PENGELOLAAN RM

Komponen sistem

1. Alur Penerimaan rekam medis
2. Pengelolaan dan Sistem Penyimpanan rekam medis
3. Peminjaman/pengambilan berkas RM
4. Penyusutan dan pemusnahan Berkas RM

Alur Pengelolaan (penatalaksanaan) Rekam Medis

1. Penerimaan Rekam Medis (alur penerimaan pasien baru dan lama)
2. Pengolahan Berkas Rekam Medis
   a. Assembling (Penataan berkas Rekam Medis)
   b. Coding (Pemberian kode)
   c. **Indexing** (tabulasi)
   d. Labelling (
3. Sistem Penyimpanan RM ***(Filling System***)
4. Reporting

REKAM MEDIS ELEKTRONIK

Dasar hukum

1. Permenkes R.I . No. 1771 Tahun 2011: Tentang : Pelaporan
2. PMK No.82 Tahun 2013. Integrasi RM dengan SIRS
3. UU No.29 Th 2004. Praktek Kedokteran

4. UU no.44 Th 2009.: Tentang Rumah Sakit
5. PerMenKes R.I. No. 269/PER/MESKES/III/2008
6. UU No.**11** Tahun 2008., tentang ITE (Informasi dan Transaksi Elektronik).

RM Manual → RM Elektronik (Terintegrasi SIRS); atau RME sebagai subsitiusi RM Manual atau sebagai Komplement

Prinsip RME

1. *Privacy Or Confidentially data*
2. *Unique: integrasi dengan SIRS*
3. *Autheication (pin only given to one person: login dan password)*
4. *Availability* . Data dapat di akses setiap saat, menuer kebutuhan
5. *Access control*. Oleh manajemen
6. *Non Repudiation*. *Data bisa dirubah sesuai hak dan kebutuhan*

Keuntungan (*Advantages*) atau Manfaat RME

1. Produktivitas meningkat dan biaya menurun (Awal bisa tinggi: training, software,hardware dl)
2. Effisiensi dan meningkatan mutu layanabn
3. Menurunkan insiden (drugs safety:
4. Dapat untuk evalaausi pengobatn paisen akut, maupun kronis
5. Menngata short term prevention berdasarkan evidence base informasi tentang pasien

6. Pencegahan paien kronis dengan memanfatkan evidence patient base
7. Dokter mudah akses danhak kerahasian (login dan password)
8. Dokter dapat mengetahui biaya tansaksi per butir infomasi, tidakan yang akan dilakukan

PENGELOLAAN SISTEM DAN PENYIMPANAN R.M

a. Rekam medis pasien rawat jalan yang telah dilengkapi oleh dokter yang memeriksa harus segera dikirim ke unit rekam medis sebelum berakhirnya jam kerja.
b. Rekam medis rawat inap harus segera dikirim ke unit rekam media setelah pasien keluar rumah sakit paling lambat 2x24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar.
c. Berkas rekam medis yang belum lengkap dikembalikan keruang inap masing-masing untuk segera dilengkapi baik oleh dokter maupun perawat.
d. Rekam medis disimpan sebaik mungkisehingga apabila diperlukan kembali dapat ditemukan dengan cepat.
e. Rekam medis tidak boleh diketahui atau dilihat oleh orang yang tidak berwenang serta tidak boleh keluar dari rumah sakit kecuali oleh permintaan pengadilan.

*FILING SYSTEM (*Sistem Pengarsipan)

Rekam Medis - Sistem Penomoran dan Pengarsipan

Rekam medis di sebagian besar institusi perawatan kesehatan diajukan secara numerik sesuai dengan nomor rekam medis pasien. Di masa lalu, beberapa rumah sakit telah mengajukan catatan sesuai dengan nama pasien, nomor pulang, atau nomor kode diagnostik. Pengarsipan abjad dengan nama pasien lebih rumit dan memiliki lebih banyak kesalahan daripada pengarsipan numerik. Pengarsipan dengan nomor pemulangan dan nomor kode diagnostik umumnya tidak memuaskan karena catatan atau register penting lainnya di fasilitas hanya berkaitan dengan nomor rekam medis.

Sistem Penomoran Rekam Medis

Penomoran *family folder* yang digunakan terdiri dari huruf dan angka. Huruf diawal merupakan huruf awal dari nama kepala keluarga dan angka diakhir merupakan angka berdasarkan nomor buku bantu rumah sakit. Menurut DepKes RI (1997) penomoran keluarga (family folder) adalah Setelah berkas rekam medis kembali dari poliklinik atau UGD, berkas rekam medis akan dipilah dengan melihat nomor rekam medis, nama kepala keluarga, dan alamat yang tertera di formulir rawat jalan pasien. b. Kemudian formulir rekam medis) pasien tersebut akan dimasukan ke dalam amplopnya. Kemudian amplop (map berkas rekam medis) akan dikembalikan ke rak penyimpanan berkas rekam medis berdasarkan alamatnya.

Tiga jenis sistem penomoran saat ini digunakan di fasilitas pelayanan Kesehatan:serial, unit, dan unit serial.

1. **Penomoran serial**

   Dalam serial numbering pasien menerima nomor rekam medis baru setiap kali didaftarkan atau dirawat oleh rumah sakit. Jika dia terdaftar lima kali, dia memperoleh lima nomor rekam medis yang berbeda.

   Contoh : Pasien Rani, terdaftar di rumah sakit dan menerima nomor 13650. Ketika dia kembali untuk kontrol satu bulan setelah perawatan, dia terdaftar dengan nomor rekam medis 14020. Jika dia mengunjungi rumah sakit lagi pada tahun berikutnya, dia masih akan menerima nomor ketiga seperti 19560. Meskipun semua nomor rekam medis yang diberikan kepada pasien ini telah dicatat dalam sistem, catatan medisnya disimpan di banyak tempat sesuai dengan berapa kali ia dirawat di fasilitas tersebut.

2. **Penomoran satuan** (***Unit Numbering***)

   Mirip dengan sistem penomoran seri, sistem penomoran unit menyedia kan satu catatan, yang merupakan gabungan dari semua data yang dikumpulkan pada pasien tertentu, baik sebagai pasien rawat jalan, rawat inap atau pasien darurat.

   Pasien diberikan catatan medis pada kunjungan pertamanya, yang digunakan untuk semua kunjungan dan perawatan berikutnya. Seluruh perawatan medisnya dengan demikian tersedia dalam satu folder di bawah satu nomor rekam medis. Misalnya: Dengan

penomoran unit, setiap kali Rani tiba di rumah sakit untuk perawatan, dia akan menerima nomor pertama yang diberikan kepadanya –13650.

3. **Penomoran unit serial** (***Serial unit numbering***)

Sistem penomoran ini merupakan gabungan dari sistem penomoran seri dan unit. Meskipun setiap kali pasien terdaftar ia menerima nomor rekam medis baru, catatan sebelumnya terus dibawa ke depan dan diarsipkan dengan nomor terbaru yang dikeluarkan. Sebagai contoh: Ketika pasien Rani kembali untuk tindak lanjut satu bulan setelah perawatan, ia akan menerima nomor 14020, tetapi data pengobatan pasien rawat jalan, yang diajukan di bawah 13650, juga akan diajukan untuk diajukan dengan catatan medis lama yang dibuat selama hidupnya. kunjungan terakhir. Sebuah catatan unit dengan demikian dibuat.

Ketika catatan lama dibawa ke depan, kartu pelacak harus ditinggalkan di rak tempat catatan lama ditarik, untuk menunjukkan nomor baru di mana catatan itu sekarang disimpan. Kartu pelacak yang ditandai dengan catatan rujukan ke nomor baru adalah metode yang memuaskan untuk mencapai hal ini.

Penomoran tahunan

Dalam sistem penomoran tahunan, dua digit yang menunjukkan tahun ditambahkan ke akhir nomor seri. Penunjukan tahun berfungsi sebagai nomor kontrol dalam menonaktifkan rekam medis. Nomor urut bersama dengan tahun kalender juga memberikan data

langsung tentang jumlah pendaftaran atau kunjungan rumah sakit yang terjadi selama tahun tertentu.

Penomoran keluarga

Versi lain dari penomoran unit adalah sistem penomoran keluarga. Penomoran keluarga biasanya terdiri dari menempatkan dua digit tambahan, yang menunjukkan pemberian nomor kepada setiap individu dalam keluarga. Digit ini biasanya ditempatkan secara instan sebelum nomor rekam medis yang ditetapkan secara teratur. Pasangan nomor awalan memiliki urutan dan makna yang pasti, sebagai berikut:

- 01 = Kepala Keluarga (baik ibu atau ayah)
- 02 = pasangan
- 03 = anak-anak
- 04 = kerabat keluarga lainnya
- 05 = pelayan

Meskipun setiap pasien dari keluarganya diberikan catatan medis yang terpisah, informasi yang berkaitan dengan keluarga ini disimpan bersama di bawah satu nomor rekam medis sebagai "Nomor Keluarga".

Pengelolaan Pengarsipan Rekam Medis

1. Sentralisasi

Mengacu pada pengarsipan catatan pasien rawat jalan, rawat inap, dan pasien gawat darurat di satu lokasi. Ketika perawatan tindak lanjut berkelanjutan secara teratur disediakan oleh rumah sakit, sistem pengarsipan yang membuat catatan unit paling praktis. Catatan unit

disimpan di dalam departemen rekam medis.

2. Desentralisasi

- File terdesentralisasi dihasilkan ketika catatan pasien rawat jalan diarsipkan di bagian rekam medis, tetapi catatan pasien rawat inap dan gawat darurat disimpan di area perawatan pasien masing-masing.
- Kompleks medis besar yang terdiri dari beberapa unit perawatan kesehatan yang secara fisik terpisah satu sama lain mungkin perlu mengadopsi sistem terdesentralisasi untuk memudahkan pengambilan dan aksesibilitas catatan.
- Area file yang terdesentralisasi harus tetap berada di bawah kendali departemen rekam medis.

Terlepas dari apakah file terpusat atau terdesentralisasi, harus ada sentralisasi otoritas atas mereka. Satu orang, secara logis Manajer departemen rekam medis, harus diberi wewenang untuk menetapkan dan memelihara kendali atas semua prosedur pengarsipan dan penggunaan catatan.

Kualitas RM

RME berisi Status Kesehatan pasien dan riwayat pelayanan yang di terima. Beberapa sas/prinsip yang terkait mutu rekam medis , dapt disimpulkan

1. Ketepatan (*Accuracy*)

- Setiap rekam medis individu harus benar (*corret*).
- Informasi dalam rekam medis diandalkan untuk

akurasi sepanjang hidup pasien.

- Ketidakakuratan (baik *Omission* dan i atau kelalaian) menyebabkan saran medis yang tidak tepat diberikan karena kesalahan dan dapat mengakibatkan hasil perawatan kesehatan yang merugikan atau dalam proses hukum.

2. Relevansi (*Relevance*)

- Adalah penting bahwa rekam medis hanya berisi informasi yang relevan (hal khusus) dengan perawatan pasien
- Relevance kesehatan pasien (kondisi kesehatan).
- Pencantuman informasi yang tidak pantas dan tidak relevan dapat mengakibatkan tindakan hukum yang merugikan.

3. Kelengkapan (*Completeness*)

- Semua dokumentasi, termasuk yang berasal dari klinik, rumah sakit dan TLC, harus dimasukkan dalam rekam medis.
- Setiap dokumen harus bebas dari kelalaian (*Ommission &NCommission*)
- Dokumentasi dikirim ke CPRS yang menyimpan catatan lengkap untuk setiap pasien.
- Komisi Gabungan memerlukan tinjauan terus menerus terhadap dokumentasi rekam medis sepanjang tahun.

4. Ketepatan waktu (*Timeliness*)

Ada persyaratan waktu khusus untuk penyelesaian rekam medis:

- Riwayat dan Fisik – selesai dan ditandatangani dalam waktu 24 jam setelah masuk
- Catatan Pasca Operasi –ditulis segera setelah operasi
- Operative Note – didikte dan ditandatangani dalam waktu 24 jam setelah operasi /prosedur
- Rekam Medis – harus dilengkapi dalam waktu 7 hari setelah pulang atau kunjungan rawat jalan
- Rekammedsi dapat diakses sewaktuwaktu oleh yang mempuai kewenangan dengan Login dan Password

5. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

- Rekam medis bersifat rahasia dan dilindungi oleh otoritas Privacy Act tahun 1974,
- amandemennya dan HIPAA.
- Jangan meninggalkan informasi identitas pasien di layar komputer Anda atau terpapar di area kerja Anda.
- Rusak kertas yang berisi informasi pasien yang tidak relevan dengan dokumentasi medis.
- Jangan membicarakan pasien atau keluarga di lorong, lift, atau di tempat umum lainnya.
- Jangan memberikan informasi rekam medis tanpa persetujuan pasien.

6. Keterbacaan (*Legibility*)

- dokter mendapat penilaian buruk tentang catatan dan resep yang tidak dapat dibaca dan tidak terbaca. CPRS membuat rekam medis mudah dibaca.
- Kelalaian (Omission) yang tampaknya tidak disengaja dalam dokumentasi rekam medis dapat memiliki

konsekuensi yang mengerikan.

Area masalah dokter dan konsekuensinya:

1. Gagal menulis catatan:
    - Beberapa dokter berkeliling dan melewati ruang perawat meneriakkan perintah verbal dan tidak menempatkan catatan kemajuan. (15-20%)
    - bahkan riwayat atau fisik-pada grafik sampai beberapa hari kemudian, seringkali jauh setelah pasien dipulangkan.
2. Lupa menempatkan catatan operasi pada grafik sesaat setelah prosedur atau operasi dilakukan: (2025%)
    - Ahli bedah dapat mendiktekan catatan operasi, tetapi akan menulis catatan pasca operasi, sehingga ada dokumentasi pada grafik ketika pasien mendapatkan perawatan di tempat lain, yaitu ruang pemulihan, di unit medis, atau di rumah jika dipulangkan.
    - Ketika rumah sakit dipanggil untuk informasi tentang prosedur apa yang dilakukan dan ahli bedah tidak dapat dihubungi, tidak ada cara untuk mengetahuinya kecuali ada catatan tertulis pascaoperasi.
3. Tidak memasukkan waktu dan tanggal pembuatan catatan, baik tertulis atau didikte:
    - Dokter tidak dapat mempertahankan ketepatan waktu tindakan mereka jika mereka tidak memberi tahu siapa pun jam berapa tindakan itu dilakukan.
    - Jika nota tidak ditulis pada hari kebaktian, maka

nota harus diawali dengan "Catatan Keterlambatan kunjungan pada tanggal pelayanan".

4. Menggunakan frasa, "Berhasil" atau "Tidak Ada Perubahan." tidak memberi tahu siapa pun apa yang terjadi pada kunjungan itu.

   Tidak masuk akal untuk menagih dan berharap dibayar untuk layanan yang dijelaskan secara samar.

5. Tidak menuliskan dan mendapatkan pujian untuk hal-hal yang dilakukan pada putaran untuk pasien non-bedah

6. Penyedia melakukan evaluasi yang cukup ekstensif tetapi hanya mendikte sebagian kecil dari pengamatan yang dilakukan.
   - Gagal menyebutkan semua sistem organ yang diperiksa
   - Lupakan untuk menjelaskan bagaimana pasien menjawab pertanyaan tentang obat baru atau diagnosis baru
   - Gagal mencatat bahwa mereka berbicara dengan kerabat atau keluarga tentang temuan

7. Mengabaikan riwayat Anamnesis (keluhan pasien) dan Fisik yang benar pada setiap pasien.

8. Tidak menyebutkan diagnosis (atau dugaan diagnosis) saat memesan studi atau perawatan. Selalu sebutkan masalah yang sedang di evaluasi atau dirawat saat meresepkan obat (bahkan melalui telepon), mengirim pasien ke lab atau x-ray, atau memulai perawatan.

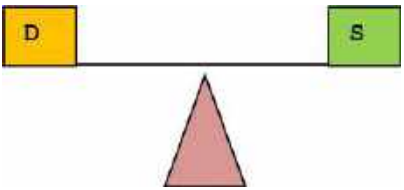
MANFAAT REKAM MEDIS (Pasal 13. Permenkes 269, 2008)

1. Pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien
2. Alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin kedokteran dan kedokteran gigi dan penegakan etika kedokteran dan kedokteran gigi
3. Keperluan pendidikan dan penelitian (harus mendapat persetujuan pasien atau ahli warisnya, jecuali unutk kepentingan negara)
4. Dasra membayar biaya pelayanan kesehatan dan
5. Satistik kesehatan rumah sakit

SISTEM SUMBERDAYA MANUSIA

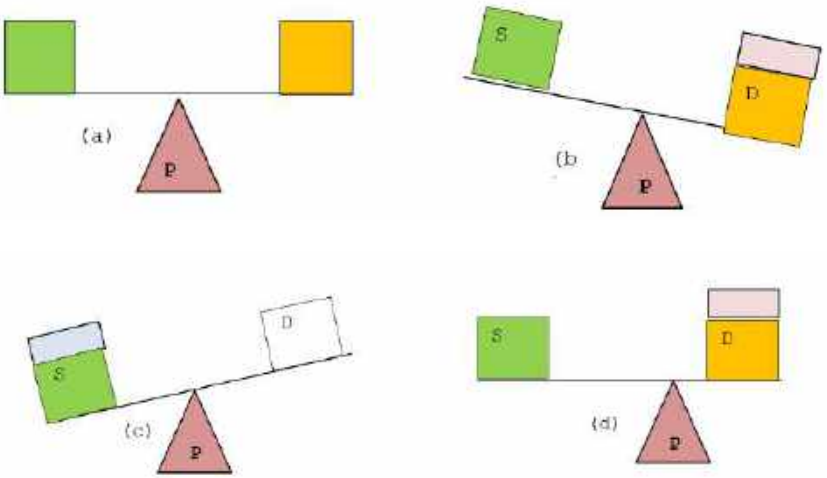
Penentuan kebutuhan (*Demand*) dengan mengacu pada standar SK Menkes R.I No. 262 /MenKes/PER/VII/1979. Ps 4 Yang didasarkan jumlah tempat tidur menurut klasifikasi rumah sakit Peraturan Menteri kesehatan RI tentang standarisasi ketenagaan. No. 262/ Men Kes/PER/VII/19779, ps 4. Sebagai dasar penentuan Supply SDM.

Didalam manajemen dikenal konsep segitiga trade off, yang terdiri dari kebutuhan (*need, demand*), Penawaran (*supply*) dan Produktivitas (*productivity*), Ketiga unsur ini akan dipertimbangkan secara simultan dan seimbang.



Gambar 11.5 Keadaan Keseimbangan Ideal

D = Demand (Kebutuhan)
S = Supply (Penawaran)
P = Produktivitas (Beban kerja)



Gambar 11.6 Berbagai kemungkinan kondisi S, D dan P

Keterangan:

D : Kebutuhan dan permintaan sumberdaya Manusia
S : Sumberdaya tersedia
P : Produktivitas, efisiensi dan efektivitas sumberdaya

Ada tiga variabel yang harus dipertimbangkan dalam penilaian sumberdaya Puskesmas, yaitu Jumlah kuantitas dan kualitas sumberdaya (S) dan kebutuhan sumberdaya Rumah Sakit/Puskesmas (D) dan Produktivitas (P)

Contoh :

Kasus 1

Sumberdaya manusia (Supply) cukup dan kebutuhan pelayanan (Demand) sedang, produktivitas cukup adalah keadaan yang ideal (Gb.a).

Kasus 2

Supply cukup, kebutuhan tinggi, produktivitas cukup (Gb.b) maka alternatif pemecahan adalah peningkatan produktivitas (efisiensi dan efektivitas) (Gb. d). Bila saat itu produktivitas sudah tinggi maka pemecahannya adalah penambahan sumberdaya manusia.

Kasus 3

Sumberdaya lebih dari cukup, kebutuhan pelayanan cukup, produktivitas cukup (Gb. c), maka alternatif pemecahan adalah meningkatkan kebutuhan atau mobilisasi tenaga untuk kegiatan lain yang membutuhkan.

Ratio TT dan Tenaga

Rumah sakit A dan B

TT : Medis	4-7 : 1
TT : Paramedis Perawatan	2 : 3-4
TT : Paramedis Non Perawatan	3 : 1
TT : Non Medis	1 : 1

Rumah sakit tipe C

TT : Medis	10 : 1
TT : Paramedis Perawatan	1 : 1
TT : Paramedis Non	5 : 1
TT : Non Medis	3 : 4

Rumah sakit tipe D

TT : Medis	15 : 1 (termasuk Drg)
TT : Paramedis Perawatan	2 : 1
TT : Paramedis Non Perawatan	6 : 1
TT : Non Medis	3 : 2

RASIO dengan Fasilitas

Berdasarkan fasilitas kesehatan yang tersedia, dengan menggunakan rumus:

Kebutuhan tenaga = jumlah fasilitas X standar tenaga untuk setiap fasilitas

Metode ini terutama digunakan untuk menentukan kebutuhan tenaga di RS, seperti kebutuhan tenaga dokter/ tempat tidur RS; kebutuhan tenaga perawat/ tt. ruang Bedah; kebutuhan tenaga/ alat CT-scan. Standar ratio berdasarkan studi banding atau hasil dari penelitian

Penentuan kebutuhan dengan mengacu pada standar SK Menkes R.I No. 262 /MenKes/PER/VII/1979. Ps 4 Yang didasarkan jumlah tempat tidur menurut klasifikasi rumah skait Peraturan Menteri kesehatan RI tenatang standarisasi ketenagaan. No. 262/ Men Kes/ PER/VII/19779, ps 4.

Rumah sakit A dan B

TT : Medis	4-7 : 1
TT : Paramedis Perawatan	2 : 3-4
TT : Paramedis Non Perawatan	3 : 1
TT : Non Medis	1 : 1

Rumah sakit tipe C

TT : Medis	10 : 1
TT : Paramedis	1 : 1
TT : Paramedis Non Perawatan	5 : 1
TT : Non Medis	3 : 4

Rumah sakit tipe D

TT : Medis	15 : 1 (termasuk Drg)
TT : Paramedis Perawatan	2 : 1

TT : Paramedis Non Perawatan	6 : 1
TT : Non Medis	3 : 2

2. PENAWARAN atau *SUPPLY*

Pada sisi penawaran, pada langkah pertama perlu diketahui karakteristik staf yang sekarang ada (misalnya dalam jumlah, umur, keterampilan, jenis kelamin, distribusi, dll). Selain itu perlu memperkirakan dari staf yang ada sekarang berapa banyak yang tetap tinggal dalam tahun depan dan beberapa tahun berikutnya.

Proyeksi suplai tenaga kesehatan di Indonesia

Untuk mengetahui proyeksi suplai, telah dilakukan survai penggunaan tenaga kesehatan di Puskesmas pada 27 propinsi. Analisis situasi dari data survai mencakup informasi tentang karakteristik tenaga, turn over rate, dan data lainnya. Dapat diketahui tingkat pemenuhan kebutuhan tenaga di masa datang(yang tetap, baru, dan yang keluar).

Dengan memperhatikan berbagai faktor berikut:

- kapasitas pelatihan masa datang
- tingkat kelulusan
- tingkat penyerapan tenaga lulusan
- tingkat kualitas yang dibutuhkan
- kemampuan pembiayaan di masa datang

maka proyeksi suplai ditentukan dengan rumus:

Proyeksi suplai = staf yang ada + proyeksi tenaga baru + proyeksi tenaga keluar

Pemecahan masalah defisit suplai dilakukan dengan bebrapa cara, antara lain:

- ◊ peningkatan produktivitas tenaga yang ada
- ◊ peningkatan kapasitas lembaga pendidikan tenaga kesehatan
- ◊ penggunaan tenaga substitusi, terutama dalam bidang perawatan
- ◊ *'crash training program'* untuk mengatasi gap tenaga jangka pendek.

3. PRODUKTIVITAS

Berdasarkan produktivitas atau beban kerja efektif yang dibutuhkan untuk mencapai target pelayanan *(service target)*. Kebutuhan tenaga ditentukan oleh pelayanan langsung tenaga kesehatan kepada klien individu atau kelompok, dan situasi yang membutuhkan pelayanan kesehatan *(critical action)*.

Digunakan rumus:

$$\text{Beban kerja} = \frac{\text{jumlah kasus yang dilayanani dalam periode tertenu (1 tahun)}}{\text{jumlah kasus yang dapat dilayani 1 tenaga dlm 1 tahun}}$$

Beban kerja adalah alokasi waktu untuk mengerjakan pekerjaan tertentu dalam periode waktu tertentu. Beban kerja diperoleh dengan melakukan analisi pekerjaan (jabatan) dari tenaga tersebut. Menurut Douglas, …… beban kerja seorang perawat untuk pasien rawat inap adalah : (1) self care : 1-2 jam/hari, (2) partial care : 3-4 jam/hari sehingga total beban kerja adalah 5-7 jam/hari.

Untuk melakukan analisis pekerjaan perlu dipahami:

1. Pengertian tujuan, fungsi, aktivitas, prosedur dan tugas tenaga tersebut
2. Menghitung waktu yang digunakan untuk fungsi, aktivitas, prosedur dan tugas tenaga tersebut yang meliputi tugas pokok, tugas tambahan, kegiatan penunjang pekerjaan dll

Kegiatan Perawat	Prt1 Waktu	Prt2 Waktu	Prt3 Waktu	Prt4 Waktu	Prt5 Waktu
Tugas pokok : 1. Menyiapkan status, peralatan dan suntik 2. Membersihkan ruangan 3. Memandikan pasien 2 kali/hari 4. Memeriksa suhu, nadi, tensi 3 kali/hari 5. Menyediakan makanan 3 kali rata rata per pasien 6. Menyuntik pasien rata rata 7. Perawtan intensif					

Tugas tambahan : 1. Turut visite dokter 2. Menyusun laporan 3. ……..					

Prt : perawat

Jumlah waktu menunjukan beban kerja masing masing perawat. Jumlah kumulatif waktu menunjukan alokasi waktu seluruh tenga perawat untuk pekerjaan perawat dan ini ekivalen dengan jumlah pasien yang dilayani perawat.

Metoda Perhitungan KebutuhanTenaga

Disajikan dua metode saja

1. *Formula GILLIES*

Metoda ini khusus menghitung kebutuhan tenaga keperawatan

$$\text{Jumlah tenaga} = \frac{A \times B \times 365}{(365 - \text{hari libur}) \times \text{Jam kerja perhari}} = \ldots$$

Keterangan :

- A = jumlah jam kerja tenaga keperawatn
- B = jumlah pasien rata rata per hari

RUMUS NINA

$$E = \frac{D}{1878} \qquad B = A \times TT \qquad C = B \times 365 \qquad D = B \times \frac{\text{BOR Aktual}}{\text{BOR ideal}}$$

A = Beban kerja efisien

TT = Tempat tidur

B = Jumlah rata rata jam perawatan dalam sehari

C = Jumlah jam perawatan dalam setahun

D = Jumlah perkiraan realitis jam perawatan yang dibutuhakn selama setahun

E = Kebutuhan tenaga

Hari kerja efektif perawat dalam 1 tahun
Jumlah hari dalam 1 tahun = 365 hari
Jumlah hari kerja non efektif dalam 1 tahun
Jumlah hari minggu 52 hari
Libur Nasional 12 hari
Cuti tahunan 12 hari
Jumlah hari efektif dalam 1 tahun (365 – 76) = 289 hari
Jumlah hari efektif per minggu (289 hari : 7) = 41 minggu

2. HASIL LOKAKARYA KEPERAWATAN

Metoda Lokarkarya Keperawatan (1989)

$$\text{Jumlah tenaga} = \frac{A \times 52 \times [C \times (TT \times BOR)]}{41 \text{ Minggu} \times 40 \text{ Jam}}$$

[C x (TT x BOR)] untuk

- Rawat Inap = 7 hari x TT x BOR + koreksi 25%
- Rawat Jalan = 6 hari x jumlah kunjungan
- Kamar Bedah/Operasi = 7 hari x Jumlah OK + koreksi 10%
- Kamar Bersalin = 7 hari x Jumlah kunjungan

Hasil kerja tim ini adalah jumlah total kebutuhan tenaga kesehatan sampai tahun 2000, yang diperinci dalam 5 tahapan mulai Pelita 3 sampai 6, dan tahun 2000. Dari analisis bahwa akan terjadi gap berupa defisit suplai tenaga paramedis dalam Pelita 3-5, ditentukan bahwa untuk mengatasi mismatch tersebut penekanan ditujukan untuk pengembangan tenaga perawatan.

Dengan semua informasi yang ada, perencana SDM dapat membuat perimbangan antara demand dan supply per tahun. Yang biasanya terjadi adalah ketidak seimbangan antara demand dan supply, sehingga perlu dilakukan intervensi.

Tabel 11.1 Fungsi HRD (Human Resources Development)

Fungsi	Prosedur	Aktivitas	Tugas (Task)
Penarikan (recruitment)	Panitia	Analisis Pekerjaan	Fungsi dan task (Tugas)
		Perencanaan SDM	Jumlah dan jenis
		Proses Penarikan	Saluran, Edaran

Seleksi	Panitia		Tes seleksi Tulis :
			Wawancara,
			referensi,
			Evaluasi medis
Pengembangan	Off/On The Job Training	Penilaian kinerja	PAS
		Konseling	
		Disiplin	
		Latihan	TNA
		Pengembangan manajemen	
		Organization Development	OD
Pemeliharaan	HRD	Pemberian kompensasi	Evaluasi Pekerjaan
			Pengupahan
			Program insentif
			Kompensasi pelengkap-tinger benefits
		Hubungan Perburuhan	Perundingan kolektif
			Perjanjian kerja
		Pelayanan Karyawan	Rekreasi
			Pelayanan On/ Off the Job
		Keamanan dan Kesehatan	
Penggunaan		Perencanaan Karier	Job Carier/Merit system
		Perluasan Pekerjaan	Job Enlargement
		Audit Personalia	Promosi/Demosi

Pengertian Disiplin

Kedisiplinan adalah kesadaran dan kesediaan serta tingkah laku seseorang menaati semua peraturan organisasi dan norma social yang berlaku. Kesadaran adalah sikap seseorang yang secara sukarela menaati semua peraturan dan sadar akan tugas dan tanggung jawabnya. Jadi dia akan mematuhi/mengerjakan semua tugasnya dengan baik, bukan paksaan. Sedangkan kesediaan diartikan sebagai sebagai suatu sikap, tingkah laku dan perbuatan seseorang sesuai dengan peraturan organisasi, baik yang tertulis maupun tidka tertulis

Macam Disilplin :

1. Disiplin Preventif,
2. Displin Korekjtif

Indikator Kedisiplinan :

1. Teladan pimpinan,
2. Sanksi hukuman,
3. Lain lain

Pendekatan :

1. Pendekatan Disiplin Positif,
2. Pendekatan displin progresif

PENGANGGARAN RUMAH SAKIT
(Budgeting)

BAB 12

Klasifikasi Biaya Umum Rumah Sakit

Menurut Statistika rumahsakit, biaya rumah sakit umum dikelompokkan menjadi delapan alkasi pengeluaran. Dan mereka terdiri dari sebagai berikut:

- **Upah atau tunjangan**
- **Biaya profesional**
- **Peralatan dan perlengkapan**
- **Obat resep**
- **Padat karya**
- **Tidak padat karya**
- **Asuransi**
- **Keperluan**

- You can break down average hospital costs into salary expenses, supply expenses, bad debt expenses, and

miscellaneous expenses. Labor costs account for about 49% of expenses, and they're the biggest expenses for hospitals. You can further divide salary costs into clinical, nursing, non-clinical, and physician costs.

What are the different types of hospital budgets?

- Generally, the various categories of hospital budgets contain the following: Wages and Benefits: A common use of a hospital budget is to track every employee's wage and benefits. Similar to payroll, this part notes the hospital employees' monthly income, average salary, and vacation or sick leave.

Cara Membuat Anggaran Rumah Sakit

Luangkan waktu untuk memeriksa sampel anggaran rumah sakit di atas terlebih dahulu. Jelajahi setiap template hingga Anda dapat segera mulai mengerjakan anggaran rumah sakit. Anda dapat mengunduh, mencetak, dan menyesuaikan anggaran Anda kapan saja. Dan untuk memastikan skema penganggaran rumah sakit Anda bekerja secara efektif, jangan lupa untuk mengikuti langkah-langkah sederhana ini:

Langkah 1: Identifikasi Sasaran Penganggaran Anda

Setiap rumah sakit memiliki tujuan dan tujuan penganggaran yang berbeda-beda. Dan mereka harus menjadi dasar Anda tentang cara menyesuaikan konten anggaran rumah sakit Anda. Dengan begitu, nantinya Anda akan tahu jenis anggaran apa yang harus dicantumkan dalam anggaran rumah sakit.

Juga, orang mempertimbangkan fungsi yang berbeda untuk anggaran rumah sakit mereka mungkin untuk proposal bisnis, Laporan Penilaian, atau untuk tujuan akuntansi saja

Langkah 2: Kategorikan Anggaran Rumah Sakit .

Anggaran rumah sakit diharapkan dirinci dengan mengkategorikan semua anggaran yang terlibat di rumah sakit atau fasilitas. Dan cara termudah untuk melakukannya adalah dengan mengikuti berbagai kategori anggaran rumah sakit standar, yang telah dibahas sebelumnya. Jadi mulailah membuat tabulasi lembar anggaran dari gaji, keuntungan, dll. Namun, gunakan kategori yang relevan dengan tujuan Anda saja atau Anda akan gagal.

Langkah 3: Lakukan Struktur yang Mudah Diikuti

Hal terakhir yang ingin Anda buat adalah anggaran rumah sakit yang rumit untuk digunakan. Pastikan dokumen Anda mudah diikuti dengan menerapkan instruksi yang mudah, menambahkan Grafik, bagan, atau pengatur visual, dan mencegah penggunaan kalimat lengkap. Bahkan, lembar anggaran lebih fokus pada pencacahan dan penghitungan data numerik daripada menggambarkannya kata demi kata.

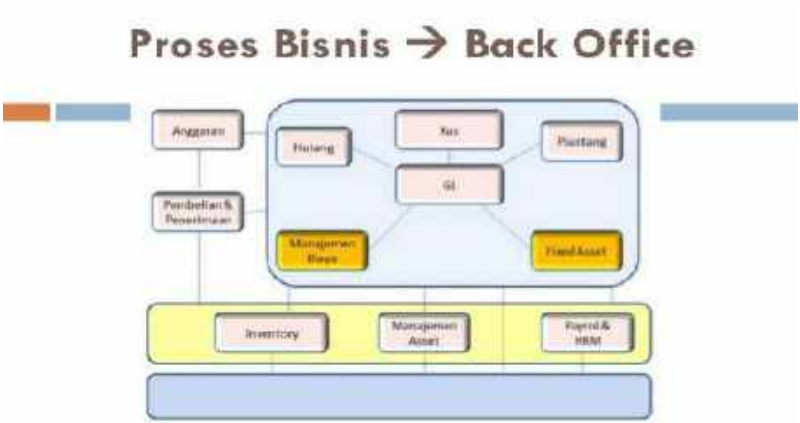
Langkah 4: Perbarui Anggaran Secara Teratur

Yang terpenting, temukan waktu untuk memperbarui Lembar Pengeluaran rumah sakit secara teratur. Uang bisa datang dan pergi kapan saja sehingga catatan keuangan pasti berubah. Selain itu,

Anda dapat menghitung anggaran untuk masa depan dari data Anda alih-alih hanya menebak berapa banyak yang akan diperoleh atau kalah tanpa bukti. Dengan selalu melacak anggaran rumah sakit, semua biaya yang terlibat pasti akan terbayar.

12.1 PENDAHULUAN

Para manajer keuangan perawatan kesehatan mengalami tekanan jauh lebih besar dibandingkan dengan tahun-tahun sebelumnya untuk mendukung kerberlanjutan organisasi dalam kondisi ketidakpastian, volatilitas, dan risiko yang lebih besar (Spencer, 2015). Anggaran merupakan fungsi vital dari manajemen; apakah itu organisasi bisnis besar maupun kecil, bisnis profit maupun non profit



Gambar 12.1: Kompleksitas Perencanaan Keuangan di Era 4.0

Akibatnya, perencanaan keuangan, anggaran menjadi lebih kompleks, berkembang dari aktivitas yang berfokus pada fungsi menjadi perencanaan keuangan dan operasional terpadu yang menyentuh seluruh organisasi atau **perencanaan keuangan berdasarkan jalur layanan (*service line based planning*).**

Perencanaan strategis bergeser menjadi lebih berpusat pada layanan dan masyarakat serta metodologi perencanaan keuangan juga bergeser. Perencanaan keuangan menggunakan pendekatan berbasis "driver" untuk membantu model organisasi memberi dampak pada perubahan volume (sering disebut sebagai jalur layanan klinis) pada pendapatan dan pengeluaran.

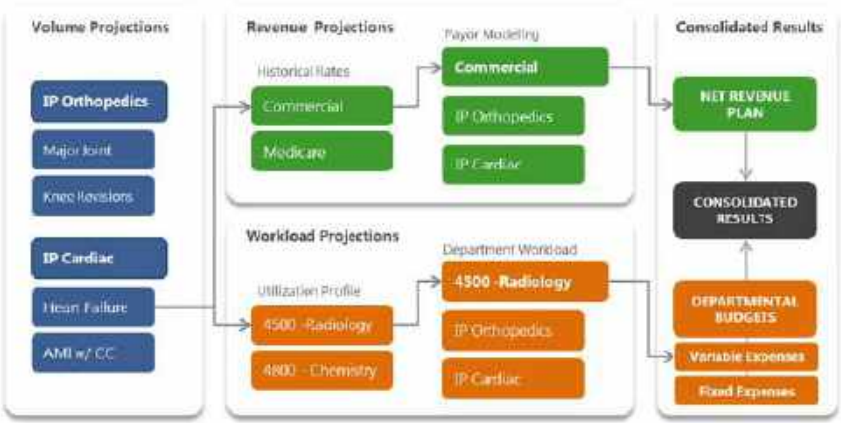
Proyeksi ini juga dapat digunakan untuk menentukan target departemen, menyesuaikan penggerak beban kerja untuk memproyeksikan dampak relatif di berbagai komponen perawatan.

Pendekatan jalur layanan adalah cara paling komprehensif untuk memahami hasil operasi. Oleh karena itu, jalus tersebut harus menjadi dasar bagi perencanaan strategis, perencanaan modal, penganggaran dan peramalan tahunan, dan analisis kinerja. Hanya dengan menggunakan tampilan garis layanan, semua aktivitas dalam rumah sakit atau sistem kesehatan dapat diselaraskan dengan tepat dan hasil kinerja dapat dipahami dengan lebih baik.

Penyusunan anggaran tanpa pendekatan jalur layanan membuat setiap departemen memutuskan volume secara independen berdasarkan intuisi atau tren historis. Apa yang hilang adalah mereka tidak mengkoneksikan dengan pasien (Spencer, 2015).

Sebagai contoh, rumah sakit sedang mengembangkan rencana strategis untuk meningkatkan layanan kanker dan menghilangkan pediatri sehingga anggaran harus mencerminkan perubahan itu. Dengan tidak adanya pendekatan jalur layanan, departemen tidak akan menyesuaikan prakiraan mereka dengan tepat dan sumber daya akan dialokasikan secara tidak efektif berdasarkan data historis.

Proses perencanaan keunagan, anggaran rumah sakit, baik jangka panjang maupun jangka pendek akan sangat efektif dengan service line perspective (perspektif jalur layanan) sebagaimana ditunjukkan pada Gambar di bawah ini.



Gb 12. 2 : Perencanaan Rumah Sakit Berdasarkan Service Line Perspective

12.2 PENGANGGARAN (*BUDGETING*)

Penganggaran Rumah Sakit adalah suatu proses di mana biaya dialokasikan pada kegiatan tertentu yang telah direncanakan untuk jangka waktu yang telah ditetapkan, biasanya 12 bulan atau dalam 1 siklus akuntansi. Dasar perancangan anggaran bagi Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta berikut ini.

Tabel 12.1: Dasar Perancangan Anggaran Bagi RS Pemerintah dan RS Swasta

RS Pemerintan		RS Swasta	
No	**Keterangan**	**No**	**Keterangan**
1	Dasar UU No. 6 tahun 2004 tentang perbendaharaan negara	1	Dasar: Hospital by laws

2	PMK 92 tahun 2011 tentang RS BLU	2	Kebijakan internal RS (PT atau Yayasan)
3	PMK No. 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum	3	Ketentuan pemerintah terkait perpajakan
4	Permendagri No. 61 Tahun 2007 tentang Pedoman Teknis Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah	4	RBA atau RKA
5	RBA dan RKA		

Anggaran (*Budget*) adalah rencana kegiatan atau program yang dinyatakan dalam term uang. Anggaran berisi rencana keuntungan jangka pendek yang menyeluruh yang berisi tujuan organisasi dan rencana operasionalnya. Anggaran adalah alat manajerial untuk mencapai tujuan organisasi dan menyediakan pedoman rupiah untuk kegiatan sehari hari.

Anggaran juga berisi pengeluaran untuk pemasaran dan promosi.

Fungsi anggaran adalah

- sebagai hasil akhir dari suatu proses perencanaan. Anggaran menggambarkan tujuan operasi dalam uang
- anggaran merupakan *Blue Print* dari rencana organisasi, mencerminkan prioritas di dalam pengalokasian sumberdaya organisasi.
- anggaran berfungsi sebagai komunikasi internal dari

anggota organisasi.

- anggaran dapat digunakan untuk menilai laba dan biaya operasional orgnanisasi
- anggaran digunakan sebgai alat pengendalian manajemen, untuk melakukan koreksi
- sebagai motivator bagi manajemen dan karyawan untuk bekerja secara efektif dan efisien sesuai dengan tujuan yang ingin dicapai

Secara **umum anggaran berfungsi sabagai alat manajemen untuk perencanaan dan pengendalian kegiatan organisasi**

Penganggaran Rumah Sakit

Penganggaran Rumah Sakit Penganggaran adalah suatu proses di mana biaya dialokasikan pada kegiatan tertentu yang telah direncanakan untuk jangka waktu yang telah ditetapkan, biasanya 12 bulan.

Ada empat jenis anggaran yang umum digunakan rumah sakit: (1) tambahan (*Incremental*), (2) berbasis aktivitas-*Activity base*., (3) proposisi nilai-*Value propostiion*.,, dan (4) berbasis *nol-Zero base*. Keempat metode penganggaran ini masing-masing memiliki kelebihan dan kekurangan, yang akan dibahas lebih rinci dalam panduan ini.(Source: CFI's Budgeting & Forecasting Course)

1. Penganggaran tambahan (*incremental*)

Penganggaran tambahan mengambil angka aktual tahun lalu dan menambah atau mengurangi persentase

untuk mendapatkan anggaran tahun berjalan. Ini adalah jenis anggaran yang paling umum karena sederhana dan mudah dipahami. Penganggaran tambahan sesuai untuk digunakan jika pemicu biaya utama tidak berubah dari tahun ke tahun. Namun, ada beberapa masalah dengan menggunakan metode ini:

- Kemungkinan akan melanggengkan inefisiensi. Misalnya, jika seorang manajer mengetahui bahwa ada peluang untuk meningkatkan anggarannya sebesar 10% setiap tahun, dia hanya akan mengambil kesempatan itu untuk mencapai anggaran yang lebih besar, tanpa berusaha mencari cara untuk memotong biaya atau menghemat.
- Kemungkinan akan mengakibatkan senjangan anggaran. Misalnya, seorang manajer mungkin melebih-lebihkan ukuran anggaran yang sebenarnya dibutuhkan tim sehingga tampaknya tim selalu kekurangan anggaran.
- Kemungkinan juga mengabaikan penggerak aktivitas dan kinerja eksternal. Misalnya, ada inflasi yang sangat tinggi dalam biaya input tertentu. Penganggaran tambahan mengabaikan faktor eksternal dan hanya mengasumsikan biaya akan tumbuh, misalnya, 10% tahun ini.

2. Penganggaran berbasis aktivitas (*activity base*)

Penganggaran berbasis aktivitas adalah jenis anggaran top-down yang menentukan jumlah input yang diperlukan untuk mendukung target atau output

yang ditetapkan oleh rumas sakit. Misalnya, sebuah rumah sakit menetapkan target output sebesar $100 juta dalam pendapatan. Perusahaan perlu terlebih dahulu menentukan kegiatan yang perlu dilakukan untuk memenuhi target penjualan, dan kemudian mencari tahu biaya pelaksanaan kegiatan tersebut.

3. Penganggaran proposisi nilai

Dalam penganggaran proposisi nilai, pembuat anggaran mempertimbangkan pertanyaan-pertanyaan berikut:

- Mengapa jumlah ini dimasukkan dalam anggaran?
- Apakah item tersebut menciptakan nilai bagi pelanggan, staf, atau pemangku kepentingan lainnya?
- Apakah nilai barang lebih besar daripada biayanya? Jika tidak, lalu apakah ada alasan lain mengapa biaya tersebut dibenarkan?

Penganggaran proposisi nilai benar-benar merupakan pola pikir tentang memastikan bahwa segala sesuatu yang termasuk dalam anggaran memberikan nilai bagi bisnis. Penganggaran proposisi nilai bertujuan untuk menghindari pengeluaran yang tidak perlu – meskipun tidak tepat ditujukan pada tujuan itu sebagai opsi penganggaran akhir kami, penganggaran berbasis nol.

4. Penganggaran berbasis nol (*Zero Budgeting*)

Merupakan pendekatan baru untuk perencanaan anggaran biaya tidak langsung. Penganggaran, zero base ini membantu administrator Rumah Sakit dalam menganalisa pusat-pusat biaya operasional (*cost center*) dengan lebih baik. Sistem ini memungkinkan alokasi sumber kekayaan dengan lebih efektif melalui penelitian beban kerja yang diharapkan, analisa setiap biaya tidak langsung yang lebih tepat di setiap bagian, dan menyiapkan anggaran yang lebih terperinci. Dampak dari penganggaran zero-base ini adalah **biaya selektif, pengalokasian** sebagai salah satu metode penganggaran yang paling umum digunakan, penganggaran berbasis nol dimulai dengan asumsi bahwa semua anggaran departemen adalah nol dan harus dibangun kembali dari awal. Manajer harus dapat membenarkan setiap pengeluaran. Tidak ada pengeluaran yang otomatis "oke". Penganggaran berbasis nol sangat ketat, bertujuan untuk menghindari setiap dan semua pengeluaran yang tidak dianggap mutlak penting untuk keberhasilan operasi (menguntungkan) perusahaan. Penganggaran dari bawah ke atas semacam ini bisa menjadi cara yang sangat efektif untuk "mengguncang segalanya".

Pendekatan berbasis nol, baik digunakan ketika ada kebutuhan mendesak untuk menahan biaya, misalnya, dalam situasi di mana perusahaan sedang melalui restrukturisasi keuangan atau penurunan ekonomi atau pasar besar yang mengharuskan nya

untuk mengurangi anggaran secara dramatis.

Penganggaran berbasis nol paling cocok untuk menangani biaya diskresioner daripada biaya operasi penting. Namun, ini bisa menjadi pendekatan yang sangat memakan waktu, sehingga banyak perusahaan hanya menggunakan pendekatan ini sesekali.

2.1 Penganggaran sebagai Suatu Sistem

Sebagai suatu sistem, anggaran terdiri komponen-komponen yang saling bergantung dan saling mempengaruhi yang kesemuanya dipersiapkan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan seperti tampak pada Gambar 1.Komponen-komponen penganggaran tersebut adalah : Anggaran dapat pula berfungsi sebagai alat pengawasan kerja

Strategi dan Anggaran

Ada empat dimensi yang perlu dipertimbangkan ketika menerjemahkan strategi tingkat tinggi, seperti misi, visi, dan tujuan, ke dalam anggaran.

1. **Sasaran (*Goals*)** pada dasarnya adalah sasaran Anda, misalnya, meningkatkan jumlah yang dibelanjakan setiap pelanggan di toko ritel Anda.
2. **Tujuan**. Kemudian, mengembangkan satu atau lebih strategi untuk mencapai tujuan Anda. Rumah Sakit dapat meningkatkan pengeluaran pelanggan dengan memperluas penawaran produk, mencari pemasok baru, promosi, dll.

3. **Efektivitas**. Anda perlu melacak dan mengevaluasi efektivitas strategi, menggunakan ukuran yang relevan. Misalnya, Anda dapat mengukur pengeluaran mingguan rata-rata per pelanggan dan perubahan harga rata-rata sebagai input.

4. Target. Terakhir, Anda harus menetapkan target yang ingin Anda capai pada akhir periode tertentu. Target harus dapat diukur dan berbasis waktu, seperti peningkatan volume penjualan atau peningkatan jumlah produk yang terjual pada waktu tertentu.

Sasaran Penganggaran (*Goals of the Budgeting Process*)

Penganggaran adalah proses kritis untuk Rumah Sakit dalam beberapa cara. Sasaran dan tujuan penganggaran:

1. Membantu dalam perencanaan operasi

a. Proses tersebut membuat manajer mempertimbangkan bagaimana kondisi dapat berubah dan langkah apa yang perlu mereka ambil, sementara juga memungkinkan manajer untuk memahami bagaimana mengatasi masalah ketika masalah itu muncul. Anggaran yang berfungsi sebagai pedoman kerja, alat pengkoordinasian kerja dan alat pengawasan kerja yang membantu para manajer dalam mengelola Rumah Sakit.

2. Mengkoordinasikan kegiatan organisasi

Penganggaran mendorong manajer untuk membangun hubungan dengan bagian lain dari operasi dan memahami bagaimana berbagai departemen dan

tim berinteraksi satu sama lain dan bagaimana mereka semua mendukung organisasi secara keseluruhan.

3. **Mengkomunikasikan rencana ke berbagai manajer**

   Mengkomunikasikan rencana kepada manajer merupakan aspek sosial yang penting dari proses, yang memastikan bahwa setiap orang mendapatkan pemahaman yang jelas tentang bagaimana mereka mendukung organisasi. Ini mendorong komunikasi tujuan, rencana, dan inisiatif individu, yang semuanya bersatu untuk mendukung pertumbuhan bisnis. Hal ini juga memastikan individu yang tepat dibuat bertanggung jawab untuk mengimplemen tasikan anggaran.

4. **Memotivasi manajer untuk berusaha mencapai tujuan anggaran**

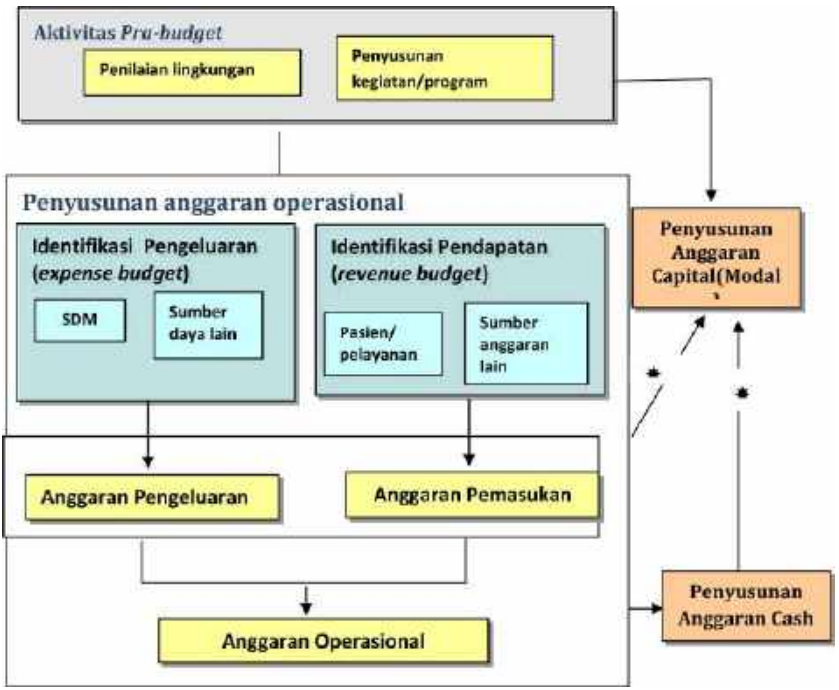
   Penganggaran membuat manajer fokus pada partisipasi dalam proses anggaran. Ini memberikan tantangan atau target bagi individu dan manajer dengan menghubungkan kompensasi dan kinerja mereka relatif terhadap anggaran.

5. **Aktivitas control (Pengawasan dan Pengendalian)**

   Manajer dapat membandingkan pengeluaran aktual dengan anggaran untuk mengontrol aktivitas keuangan. Secara bertahap sistem penganggaran Rumah Sakit akan berubah dari cash basis kearah accrual basis.

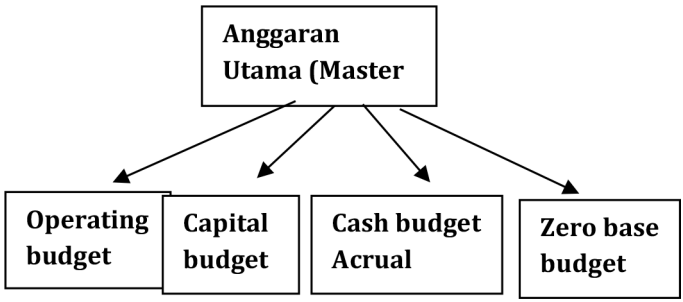
6. Evaluasi kinerja manajer

Penganggaran menyediakan sarana untuk menginformasikan manajer tentang seberapa baik kinerja mereka dalam memenuhi target yang telah mereka tetapkan.

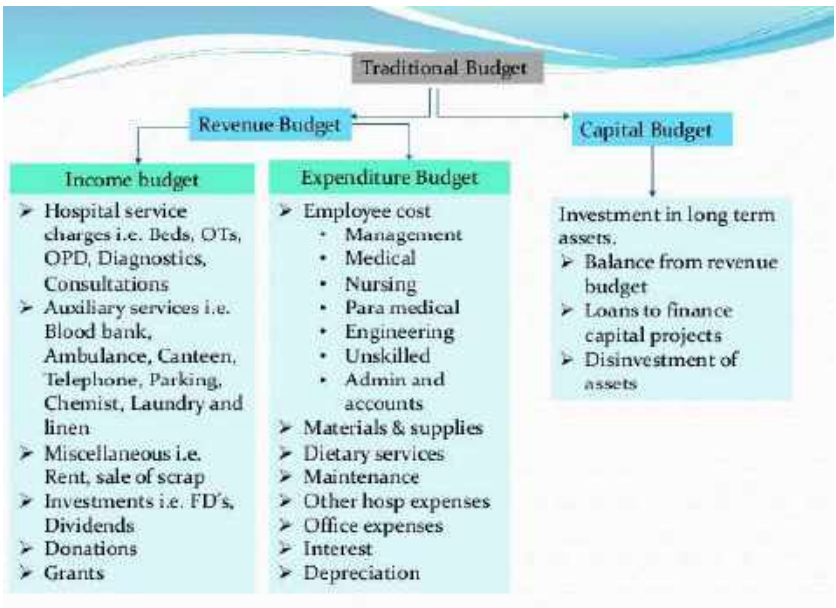


TIPE ANGGARAN

Berdasarkan tipe anggarannya, anggaran dapat dikategorikan ke dalam empat tipe anggaran, yaitu Supriyanto S., Anita Damayanti N, 2007)



1. *Operating budget*
2. *Cash budget, Accrual*
3. *Capital budget (Modal)*
4. *Zero base budget*



1. *Operating Budget*

Operating budget terdiri dari 2 jenis anggaran, yaitu *expense budget* dan *revenue budget* (anggaran pengeluaran dan anggaran pendapatan).

a. Expense budget

Penentuan anggaran pengeluaran dilakukan dengan mengkonversikan sumber daya yang dibutuhkan yang telah diidentifikasi pada proses perencanaan ke dalam nilai rupiah. Langkah pertama yang harus dilakukan adalah memperkirakan jumlah tenaga/personil yang dibutuhkan dalam menyelenggarakan suatu jenis kegiatan pelayanan tertentu. Untuk setiap tenaga yang dibutuhkan tersebut selanjutnya ditentukan besarnya gaji yang harus dibayarkan. Langkah selanjutnya adalah mengidentifikasi sumber daya nonmanusia yang dibutuhkan untuk tahun mendatang. Pada tahap ini diidentifikasi pula pengeluaran langsung dan tidak langsung. Pengeluaran langsung berupa hal-hal yang dibutuhkan secara spesifik untuk penyelenggaraan suatu kegiatan pelayanan, misalnya pembelian alat suntik, obat, dan vaksin, sedangkan pengeluaran tidak langsung adalah menyangkut segala sesuatu yang turut memfasilitasi agar suatu kegiatan pelayanan tersebut dapat berjalan, misalnya transportasi dan telepon.

b. Revenue budget

Revenue budget disusun jika *expense budget* telah disusun. Pada tahap ini diidentifikasi segala pendapatan yang mungkin diterima untuk tahun depan, baik yang berupa dana grant maupun pendapatan dari penyelenggaraan suatu kegiatan pelayanan. Laporan Operasi sebagai "Pelepasan

Saldo Dana" dan ditunjukkan sebagai penambahan atas Dana Tidak Terikat.Contoh Pendapatan:1. Pendapatan operasional rawatt jalan: karcis umum dan karcis spesialis.2. Pendapatan operasional rawat inap: akomodasi dan visite.3. Pendapatan tindakan medis: tindakan medik, dan tindakan keperawatan. 4. Pendapatan operasional unit penunjang: radiologi, laboratorium, fisioterapi, farmasi, dan rehabmedik.

Beban Dana Umum Beban-beban dalam Dana Umum diakui secara akrual, seperti halnya pada entitas komersial.Contoh beban :

- Biaya pelayanan: bahan, jasa pelayanan, pegawai, penyusutan, pemeliharaan,asuransi, langganan dan daya, pelatihan, dan penelitian.
- Biaya umum dan administrasi: pegawai, administrasi kantor, penyusutan, pemeliharaan, langganan dan daya, pelatihan, dan penelitianf. Sumbangan(donasi) dibagi menjadi donasi yang terbentuk jasa dan berbentuk aktiva. Karena sering kali sulit untuk menetapkan nilai dari donasi yang berbentuk jasa, maka nilai dari donasi ini biasanya tidak dicatat. Namun, jika terdapat kebutuhan untuk melakukan pencatatan, maka perkiraan nilai dari donasi jasa dicatat sebagai sumbangan yang langsung diikuti dengan beban dalam jumlah yang sama. Sedangkan donasi yang berbentuk aktiva dilaporkan pada nilai wajar pada tanggal diterimanya sebagai sumbangan jika donasi aktiva ini penggunaannya dibatasi

oleh pihak sponsor atau donor maka dilaporkan dalam Dana Terikat Sementara atau Dana Terikat Permanen. Ketika pembatasannya sudah tidak berlaku lagi, maka dilakukan transfer dari Dana Terikat ke Dana Umum.

2. *Cash Budget & Accrual base of accounting*

Cash budget atau *cash basis*, sebagai kebalikan dari operating budget, melihat pada seluruh aliran dana, baik dana (*cash inflow*) masuk ataupun keluar (*cash outflow*) organisasi. Penerimaan dan pengeluaran dicatat pada saat kas diterima dan dikeluarkan. Untuk memahami perbedaan antara *cash budget* dan *operating budget*, perlu pemahaman terlebih dahulu terhadap 2 istilah berikut ini.

- *Cash base of accounting*
- *Accrual base of accountuing*

Pada *cash basis of accounting*, *revenues* baru dapat diketahui ketika dana/pembayaran betul-betul diterima, dan *expenses* diketahui ketika sudah mengeluarkan/membayar sesuatu. Pada *accrual basis of accounting*, *revenues* sudah dapat diketahui sebelum transaksi diuangkan, demikian pula *expenses*-nya (*revenues are recognized when earned and expenses are recognized when incurred*).

Sekalipun mengenali *revenues* dan *expenses* penting bagi *stakeholders* dan penentuan tarif, tetapi hal itu tidak menunjukkan berapa aliran dana/*cash flow* dalam suatu organisasi. *Cash flow* ini penting

bagi kelangsungan kegiatan pelayanan organisasi setiap harinya, karena dengan mengetahui berapa aliran.

3. ***Capital Budge****t*

Capital atau ***fixed assets*** menggambarkan kebutuhan organisasi terhadap barang-barang tetap, seperti gedung, properti dan *fixed assets* lainnya. *Capital budget* ini biasanya membutuhkan dana yang relatif besar.

Ketiga tipe anggaran yang sudah dibahas tersebut bersifat ***incremental*** (maksudnya dalam menyusun anggaran terdapat asumsi bahwa besarnya anggaran yang diterima akan mengalami perubahan dibandingkan tahun sebelumnya).

4. ***zero-based budgeting***

Disamping ketiga tipe tersebut, terdapat tipe anggaran yang bersifat tetap, yaitu tidak mengalami perubahan/kenaikan dibanding tahun sebelumnya. Anggaran dengan konsep seperti ini disebut ***zero-based budgeting***. Jika kondisi anggaran di suatu organisasi bersifat *zero-based budgeting,* ada tiga hal yang perlu dilakukan dalam proses penyusunan anggaran, yaitu

- Menyiapkan paket-paket kegiatan
- Membandingkan antar paket kegiatan tersebut
- Mengalokasikan sumber daya berdasarkan prioritas pada masing-masing paket kegiatan

SISTEM INFORMASI ANGGARAN

Kegiatan analisis bermula dari pengumpulan segala informasi yang berhubungan dengan anggaran. Untuk itu keberadaan informasi anggaran yang tepat dan akurat menjadi syarat utama bagi kegiatan analisis anggaran. Tanpa dukungan data/informasi, sulit diharapkan analisis anggaran dapat memantau kondisi yang sesungguhnya. Persyaratan sistem informasi anggaran yang efektif adalah sebagai berikut

1. Informasi harus tersedia tepat waktu

Jika memungkinkan diusahakan untuk menyediakan laporan yang bersifat harian, mingguan, bulanan, tribulanan, dan tahunan.

2. Ada hierarki informasi

Informasi disajikan dengan tingkat kelengkapan yang berbeda, mulai dari informasi anggaran yang bersifat umum hingga informasi anggaran yang sangat detail. Sebagai panduan umum, hierarki informasi ini dapat dibedakan atas 4 tingkatan (pelajari lagi *line item, program dan performance budget)*, yaitu

a. Informasi anggaran untuk keseluruhan organisasi yang bersifat garis besar
b. Informasi anggaran di masing-masing seksi atau departemen
c. Informasi anggaran untuk masing-masing personel di setiap seksi atau subdepartemen.
d. Informasi anggaran detail per transaksi yang dilakukan sampai pada tingkat hierarki informasi

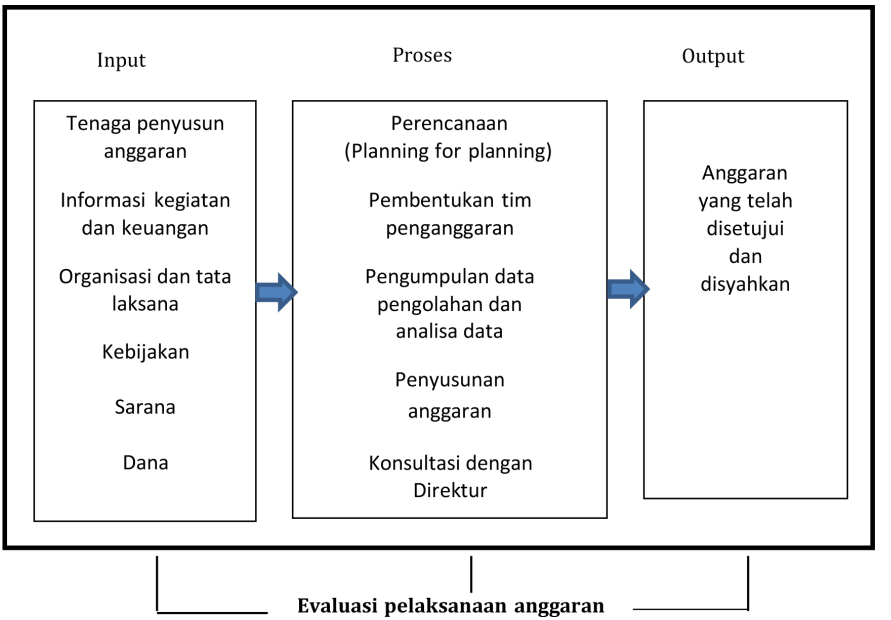
mana yang sebaiknya tersedia di suatu organisasi sangat tergantung kebutuhan dan kondisi masing-masing organisasi.

3. **Harus tersedia data-data yang akurat dan relevan**

   Akurat maksudnya data-data tersebut harus mencerminkan kondisi yang sebenarnya di organisasi, dan relevan berarti apa yang disajikan tersebut sesuai dengan kebutuhan organisasi. Sebagai contoh, informasi tentang unit cost. Informasi tentang biaya satuan ini relevan untuk organisasi yang melayani masyarakat secara langsung seperti rumah sakit dan Rumah Sakit dan Puskesmas, tetapi mungkin tidak relevan untuk Dinas Kesehatan

4. **Sistem pelaporan anggaran/informasi anggaran harus ditangani dengan serius**

   Keseriusan di sini tidak hanya dibutuhkan pada tahap persiapan dan pendistribusiannya semata, tetapi harus mencakup pula kesediaan top managemen untuk mengkomunikasikan hasil analisis dan rencana intervensi managerial yang sebaiknya dilakukan kepada pihak-pihak lain dalam organisasi.



Gambar 12.4 Penganggaran sebagai suatu sistem

Inilah cara kerja proses penganggran secara umum:

1. Peserta proses anggaran berkumpul setiap bulan atau kuartal untuk menilai dan memperbarui kinerja keuangan organisasi
2. Peserta memilih cakrawala prakiraan yang sesuai (misalnya, prakiraan bulanan atau triwulanan untuk tahun berjalan dan hingga dua tahun ke depan)
3. Dengan menggunakan data terbaru yang tersedia, analisis komparatif dan tren dilakukan, seringkali dengan mempertimbangkan beberapa skenario. Misalnya, untuk menganalisis perkiraan sensitivitas dan risiko, organisasi biasanya menguji setidaknya tiga rangkaian kondisi, dengan pandangan yang

menguntungkan, tidak menguntungkan, dan sangat tidak menguntungkan.

4. Berdasarkan analisis ini, para pemimpin mengevaluasi tindakan utama yang harus diambil organisasi mereka sekarang dan dalam jangka pendek dan panjang untuk memperkuat dan melindungi kinerja organisasi

Dengan proses ini, para pemimpin dapat membuat perkiraan untuk enam hingga 12 kuartal, bukan hanya 12 bulan.

MANFAAT ANGGARAN

Sebagai pedoman kerja, anggaran memberikan arah serta sekaligusmemberikan target yang harus dicapai oleh kegiatan rumah sakit pada waktu yangakan datang. Sebagai alat koordinasi, anggaran mengkoordinasikan semua bagianyang ada di rumah sakit sehingga saling menunjang, saling bekerja samadengan baik untuk menuju sasaran yang telah ditetapkan. Demikian jugaanggaran sebagai tolok ukur maupun pembanding untuk menilai realisasi kegiatan rumah sakit, kelemahan maupun kekuatan yang dimiliki oleh rumah sakit. Hal ini menunjukkan bahwa anggaran dapat memberikan target yang harus dicapai oleh kegiatan rumah sakit pada waktu yangakan dating, juga sebagai alat koordinasi. Anggaran mengkoordinasikan semua bagianyang ada di rumah sakit sehingga saling menunjang, saling bekerja sama dengan baik untuk menuju sasaran yang telah ditetapkan. Demikian jugaanggaran sebagai tolok

ukur maupun pembanding untuk menilai realisasi kegiatanrumah sakit, kelemahan maupun kekuatan yang dimiliki oleh rumah sakit. Hal inimenunjukkan bahwa anggaran dapat pula berfungsi sebagai alat pengawasan kerja. Karena itu, penganggaran (*Budgeting*) adalah implementasi taktis dari rencana bisnis. Untuk mencapai tujuan dalam rencana strategis bisnis, diperlukan peta jalan deskriptif yang terperinci dari rencana bisnis yang menetapkan ukuran dan indikator kinerja. Organisasi kemudian dapat membuat perubahan di sepanjang jalan untuk memastikan bahwa kami mencapai tujuan yang diinginkan.

Manfaat Anggaran

Sistem penganggaran memberikan beberapa keuntungan bagi organisasi

- Memaksa manajemen untuk melakukan perencanaan
- Menyediakan informasi sumberdaya yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengambilan keputusan
- Menyediakan standar evaluasi kinerja
- Meningkatkan komunikasi dan koordinasi

Proses penganggaran

Dasar penyususnan anggaran dibedakan menjadi anggaran berbasis kinerja (*performance based budget*) dan kinerja berbasis anggaran (*budget based performance)*. *Budget based Performance* artinya kinerja ditentukan dengan kekuatan anggaran yang ada. Performance

based budget, artinya kinerja yang direncanakan tidak itentukan oleh kekuatan yang ada. Ustru kalau memang kinerja tersebut harus ada, maka diusahakan sumber anggaran dari yang sudah ada. Dua dimensi Anggaran: 1.Bagaimana anggaran disiapkan (*How the budget is prepared), 2*. Bagaimana anggaran digunakan untuk merealisasikan rencana organisasi

Anggaran merupakan suatu rencana yang menyeluruh dari segala tingkat kegiatan upaya pokok Rumah Sakit dan Puskesmas yang dinyatakan dengan angka (satuan nilai uang), untuk suatu periode tertentu. Anggaran Rumah Sakit dan Puskesmas dikelompokkan dalam dua jenis anggaran, yaitu anggaran rutin dan pembangunan. Proses pemnganggaran melalui tahap 1). perencanaan operasional program (*programming, POA*) 2) pembuatan anggaran (*budgeting*), 3) pengukuran pelaksanaan dan 4) laporan anggaran (akuntansi).

1. Programming (POA)

Berisi variabel masing masing (upaya pokok Rumah Sakit dan Puskesmas) program, yang mana di dalamnya ada sasaran, tujuan, kegiatan, target, indikator dan standar. Programming adalah penjabaran dari formulasi strategi dalam perencanaan program yang operasional. Perencanaan program opersional, yang dijabar kan dalam kegiatan rinci (jadual, hasil yang ingin dicapai) harus dilakukan dulu sebelum perencanaan keuangan. Perencanaan program Rumah Sakit dan Puskesmas (Plan of action =POA Rumah

Sakit dan Puskesmas) harus mengacu pada visi, misi, tujuan dan sasaran maupun strateginya.

Perumusan strategi sering mengacu hanya pada pelayanan yang telah ditentukan sebelumnya, tanpa memperhitungkan perubahan biaya untuk personil, bahan bakar, obat, persediaan dan sumber daya kesehatan lainnya.

Karena itu, analisis kinerja hasil pelayanan dan kinerja keuangan masa lalu harus bisa menunjukan efektivitas dan efisiensi kinerja pelayanan. Analisis efektivitas dan efisiensi digunakan untuk menyeleksi dan/atau meningkatan program pelayanan di masa mendatang. Dalam perumusan strategi, sering kali faktor nonekonomi masuk dalam pengambilan keputusan, sehingga keoptimuman mungkin bukan suatu kemungkinan yang praktis; namun demikian, paling sedikit si perencana keuangan harus ikut menentukan kebutuhan keuangan yang realistis untuk strategi dan perencanaan program yang telah dipilih atau diseleksi

Hasil analisis keuangan, yang dimulai dari perencanaan keuangan sampai evaluasi keuangan akan dapat ditentukan berapa besar biaya satuan sebenarnya, ketidakefisiensi keuangan dll.

2. Penganggaran (*Budgeting)*

Berisi alokasi anggaran pada masing-masing POA program Rumah Sakit dan Puskesmas dapat berupa anggaran baris (*line item budget*), anggaran program

(*program budget*) dan anggaran kinerja (*performance budget*). Sumber anggaran, prosedur penyusunan dan penganggaran POA juga dipelajari, termasuk sistem informasi anggaran. Indikator anggaran: realistis, luwes dan berkesinambungan

3. ***Measurement/ Implementation* (Pelaksanaan Anggaran)**

Menyelenggarakan laporan anggaran, yakni data-data anggaran dan penyimpangan serta analisis dari penyimpangan yang terjadi. Dalam pelaksanaan anggaran juga diidentifikasi prosedur pencairan, waktu realisasi, audit anggaran dan pertanggung-jawaban pembukuan.

4. ***Reporting/Evaluation* (Evaluasi)**

Berupaya mengadakan penilaian/evaluasi terhadap jalannya anggaran secara keseluruhan dengan melihat mulai dari proses perencanaan pengeluaran uang, di mana pengembalian diharapkan terjadi dalam jangka waktu lebih satu tahun (*Capital budgeting*= penganggaran modal) atau dalam satu tahun (*Operational budgeting*).

Hasil analisis keuangan, yang dimulai dari perencanaan keuangan sampai evaluasi keuangan akan dapat ditentukan berapa besar biaya satuan sebenarnya, ketidak-efisiensi keuangan dll.

Berupaya mengadakan penilaian/evaluasi terhadap jalannya anggaran secara keseluruhan dengan melihat mulai dari proses perencanaan

pengeluaran uang, di mana pengembalian diharapkan terjadi dalam jangka waktu lebih satu tahun (*Capital budgeting*= penganggaran modal) atau dalam satu tahun (*Operational budgeting*).

Pertanggung jawaban dan Pebukuan Anggaran

Ada dua sistem perrtanggung jawaban anggaran, yaitu sistem **Kas Stelsel** dan **Firemen**. Sistem Kas Stelsel adalah sistem pertanggung jawaban sisa anggaran, yang mana sisa tersebut dapati digunakan untuk tahun berikutnya. Pada sistem Kas Stelsel, maka sisa anggaran dikembalikan, dan dapat digunakan lagi atau hilang dengan memasukan sebagai anggaran baru tahun berikutnya

PENERAPAN PENYUSUNAN ANGGARAN

ANGGARAN BERBASIS KINERJA

Anggaran Berbasis Kinerja adalah anggaran yang berfokus pada hasil, dan target yang ditetapkan untuk organisasi. Ini dapat disebut sebagai praktik menyiapkan anggaran yang didasarkan pada evaluasi produktivitas di berbagai operasi dalam suatu organisasi. Dalam hal ini, aturan praktisnya adalah mengalokasikan anggaran ke departemen tergantung pada kontribusi mereka dalam organisasi. Anggaran Berbasis Kinerja sebagian besar berorientasi pada **hasi**l dan oleh karena itu, kriteria utama yang digunakan untuk mengukur efektivitas anggaran

ini didasarkan pada **hasil akhir dan kontribusi terhadap organisasi**. Penganggaran Berbasis Kinerja melibatkan penetapan target untuk memenuhi tujuan organisasi, pada umumnya. Misalnya, targetnya mungkin untuk mengurangi biaya overhead perusahaan dengan jumlah tertentu. Dalam hal ini, tujuan perusahaan adalah untuk mengendalikan

Suatu rencana yang baik harus mengandung uraian tentang biaya *(cost)* yang diperlukan bagi terlaksananya rencana tersebut. Uraian biaya yang dimaksud diharapkan dapat menggambarkan besarnya kebutuhan yang sebenarnya, sehingga dalam pelaksanaan setiap kegiatan tidak akan mengalami hambatan dari segi pendanaannya. Proses perencanaan anggaran pada dasarnya hampir sama dengan proses perencanaan pada umumnya. Langkah-langkah penyusunan anggaran program kesehatan di Rumah Sakit dan Puskesmas dapat disederhana terdiri dari

1. Analisis Situasi

Kegiatan pertama yang dilakukan adalah mengidentifikasi berbagai kegiatan yang perlu dilakukan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.

Dasar pemikiran dalam menghitung kebutuhan anggaran adalah rencana operasional Rumah Sakit dan Puskesmas. Secara singkat langkah-langkah penyusunan rencana operasional Rumah Sakit dan Puskesmas adalah sebagai berikut

a. Kegiatan pertama: Analisis situasi

- menguraikan masalah untuk memperoleh gambaran permasalahan secara keseluruhan
- Menentukan tujuan, sasaran, dan kebijaksanaan, dengan mempertimbangkan sumber daya yang tersedia
- Menguraikan masing-masing program kesehatan
- Merancang kegiatan pengawasan dan pengendalian yang akan dilakukan untuk masing-masing kegiatan, serta penentuan indikator keberhasilan masing-massing kegiatan.
- Menentukan sumber daya

b. Kegiatan kedua: menentukan jumlah dan jenis sumber daya

- Sumber daya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan yang telah diidentifikasi. Secara umum sumber daya yang perlu dijabarkan terdiri atas tiga macam, yaitu manusia *(man)*, keuangan *(money)*, dan sarana *(material*). Penghitungan kebutuhan sumber daya tersebut dilakukan untuk setiap kegiatan dan dinyatakan dalam unit/satuan tertentu
- Mengubah sumber daya dalam bentuk uang

c. Kegiatan ketiga: menetapkan anggaran

Mengubah sumber daya yang diperlukan ke dalam bentuk uang. Kegiatan ini dikenal dengan nama

penentuan biaya. Untuk memudahkan pekerjaan biasanya dipergunakan biaya unit baku *(standart unit cost)* yang dihitung berdasarkan harga masa lalu ditambah dengan perkiraan inflasi/kenaikan harga pada masa yang akan datang.

Dari hasil kegiatan tersebut di atas jika dijabarkan ke dalam lingkup rencana operasional, maka item(butir) yang dibahas meliputi

1) Perumusan tujuan, yang terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus
2) Penentuan target sasaran
3) Kebijaksanaan yang menjadi panduan dalam pelaksanaan kegiatan
4) Uraian terperinci setiap kegiatan yang akan dilakukan
5) Inventarisasi sarana dan fasilitas yang dibutuhkan
6) Pengorganisasian sumber daya manusia
7) Alokasi waktu yang dibutuhkan untuk setiap kegiatan
8) Penentuan pembiayaan, yang meliputi jumlah dan sumber dana yang diperlukan untuk setiap kegiatan
9) Penentuan lokasi pelaksanaan kegiatan
10) Estimasi hambatan yang mungkin ditemui selama pelaksanaan kegiatan
11) Menyusun rencana penilaian keberhasilan rencana operasional
12) Dan sebagai sarana untuk mempermudah pemahaman rencana operasional secara

keseluruhan, masing-masing item tersebut dituangkan dalam bentuk Tabel seperti di bawah ini.

Tabel 12.1 Formulir rencana operasional Program "X"

Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Biaya & Sumber	Waktu	Penanggung-jawab	Rencana Penilaian
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)

Khusus untuk kolom biaya, diperlukan form tersendiri untuk menguraikan alokasi anggaran program tersebut, yang dibedakan atas biaya bahan, obat, perjalanan, honor/insentif, dan lain-lain sesuai dengan kebutuhan.

Dari serangkaian kegiatan tersebut di atas, maka sudah dapat diketahui biaya operasional untuk setiap program, sehingga hasil dari langkah pertama ini adalah daftar kebutuhan anggaran untuk masing-masing program yang terdiri dari kebutuhan biaya bahan (medis dan non medis), obat, perjalanan, honor/insentif, dan lain-lain, sebagaimana tergambar dalam tabel berikut ini.

Biaya yang tergambar dalam Tabel 12.1 baru merupakan kebutuhan biaya operasional yang diperlukan

untuk pelaksanaan kegiatan, dan belum termasuk biaya-biaya lain seperti biaya investasi dan biaya pemeliharaan. Oleh karena itu penghitungan biaya-biaya tersebut memerlukan format tersendiri dan dihitung secara terpisah.

1. Menyusun dan menyajikan rencana anggaran
2. Kegiatan keempat yang dilakukan ialah menyusun dan menyajikan rencana anggaran yang telah disusun tersebut ke dalam format tertentu.
3. Pembuatan master tabel ini terutama ditujukan untuk mempermudah memilah-milah atau mengklasi fikasi masing-masing anggaran program. Master tabel yang dibuat tersebut harus dapat menjawab hal-hal sebagai berikut,
    a. Biaya yang diperlukan menurut mata anggaran
    b. Biaya yang diperlukan menurut lokasi kegiatan
    c. Sumber-sumber biaya untuk masing-masing mata anggaran dan menurut lokasi kegiatan
    d. Jumlah total anggaran yang diperlukan

Untuk tingkat Rumah Sakit dan Puskesmas tabel-tabel anggaran telah tersedia dan dibakukan, yang biasanya disebut dengan Bend.

Tabel 12.2 Daftar kebutuhan biaya untuk masing-masing Kegiatan program pryek

No.	Jenis Kegiatan	Satuan Output	Mata Anggaran					
			Bahan	Obat	Perja-lanan	Honor / insentif	Lain-lain	Jumlah
1. 2. 3. 4. 5								

2. Analisis anggaran

Analisis anggaran secara spesifik bertujuan untuk mengukur tingkat **akurasi konsumsi sumber daya dalam memproduksi suatu barang atau jasa.** Falsafah yang harus dipahami dalam melakukan analisis anggaran adalah: "*different cost are used for different purpose*" (biaya yang berbeda digunakan untuk tujuan yang berbeda pula). Analisis anggaran setelah program/kegiatan dijalankan sebetulnya adalah analisis akuntansi

Sebelum melakukan analisis anggaran, hal-hal berikut ini perlu dipahami terlebih dahulu.

2.1 Penentuan *cost objective*

Cost objective adalah unit kegiatan yang ingin kita ketahui biayanya. Semakin spesifik *cost objective* yang ingin kita ketahui, semakin komplek metode

yang dibutuhkan. Sebagai contoh jika kita memilih satu episode penyakit sebagai *cost objective*, maka kita harus menginventarisir segala biaya yang dibutuhkan mulai dari masuknya pasien sampai segala proses yang diterima oleh pasien tersebut.

2.2 Pemilihan *cost centers* (pusat biaya)

Pemilihan pusat biaya ini menentukan data biaya apa saja yang akan dikumpulkan. Pusat biaya secara umum dikelompokkan ke dalam dua kategori, yaitu pusat biaya *service (*biaya penunjang*)* dan pusat biaya *revenue (*biaya produksi*)*, atau kadang-kadang ada yang menyebut pusat biaya intermediate dan pusat biaya final. Contoh pusat biaya *service* adalah *housekeeping* dan administrasi, sedang perawatan pasien rawat inap termasuk pusat biaya *revenue*.

2. 3. Membedakan antara biaya langsung dan biaya tidak langsung

Biaya langsung adalah biaya yang secara spesifik berhubungan dengan satu pusat biaya tertentu. Biaya tidak langsung adalah biaya yang berhubungan dengan beberapa pusat biaya sekaligus.

2.4. Alokasi *overhead*

Yang dilakukan pada proses ini adalah mendistribusikan pusat biaya penunjang (tidak langsung) ke pusat biaya *revenu*e untuk menentukan keseluruhan biaya di masing-masing pusat produksi

(*revenue)*.

2.5. *The Stepdown procedure*

Stepdown merupakan salah satu metode yang dapat digunakan untuk mengalokasikan pusat biaya penunjang ke dalam pusat biaya produksi. Prosedur *stepdown* dilakukan dengan menguraikan pusat biaya penunjang ke beberapa pusat biaya produksi yang lebih rendah (menjadi bagian dari pusat penunjang tersebut). Dalam proses ini yang perlu diperhatikan pemilihan pusat biaya harus yang benar-benar berhubungan, sehingga dapat merefleksikan dan mengukur pemanfaatan pusat biaya tersebut oleh unit-unit lain.

Dengan mengetahui terminologi di atas kegiatan analisis anggaran dapat dilakukan dengan lebih terinci berdasarkan jenis biaya dan unit/kegiatan yang menggunakannya.

3. Penetapan Anggaran Rumah Sakit

Pada setiap organisasi kesehatan yang besar, anggaran *line item budget, program dan performance budget* selalu ada. Sebagai contoh, berikut ini ditampilkan contoh anggaran baris, anggaran program, dan anggaran hasil kinerja. Teknik penyusunan anggaran *(Khusus Bidang Kesehatan),* Jika ditinjau berdasarkan teknik penyusunan anggaran yang dipergunakan, anggaran dapat dibedakan atas 3 macam, yaitu:

3.1 Anggaran program (*program budget*)

Pada bentuk ini yang diutamakan ialah biaya program secara keseluruhan, yang perhitungannya di rinci menurut kegiatan yang ada dalam program. Penyajian anggaran ini dikelompokkan menurut programnya dan mata anggaran.

3.2 Anggaran hasil (performance budget)

Pada bentuk ini yang diutamakan adalah hasil yang dicapai oleh setiap program. Cara merencanakan dimulai dengan memperkirakan hasil yang dicapai, kemudian diperinci menurut kegiatan yang harus dilakukan untuk mencapai hasil tersebut. Setiap kegiatan yang harus dilakukan penilaian biayanya (RASK: Rencana anggaran satuan kegiatan). Dari anggaran hasil dapat ditentukan besar biaya satuan (*Unit Cost)*. Biaya satuan adalah total biaya dibagi dengan hasil pencapaian kunjungan. Anggaran hasil dapat digunakan untuk menilai efisiensi dan efektivitas program yang sama, tempat berbeda dengan membandingkan besar kecilnya biaya satuan dan kunjungan (rawat jalan, rawat inap)

Tabel 12. 3 Anggaran Unit

Anggaran instalansi (Unit: Laboratorium dan Famasi) Bulan..., Tahun.....		
Mata anggaran	**Laboratoium**	**Farmasi**
Biaya Operasional		

Gaji pegawai	Rp 24.000.000,-	Rp 12.000.000,-
Biaya operasional (bahan habis, obat)	Rp 600.000.000,-	Rp 400.000.000,-
Modal tetap dan peralatan	Rp 300.000.000,-	Rp 100.000.000,-
Total Biaya Operasional dan tetap	Rp 924.000.000,-	Rp 512.000.000,-
Total Program Lab dan Farmasi	Rp 1.436.000.000,-	

Anggaran unit secara keseluruhan disebut anggaran program (*program budget*). Besar anggaran unit dibagi jumlah output (pasien yang dilayani) disebut "anggaran unit cost" Anggaran kinerja ini yang bisa dibandingkan dengan anggaran kinerja antar unit yang lain

3.3 Anggaran baris *(line item budget)*

Disusun menurut butir sesuai dengan struktur anggaran yang merupakan penjumlahan dari seluruh anggaran program/ unit/ instalansi yang ada. Struktur anggaran dipilah atas anggaran untuk investasi, anggaran operasional (bahan habis, termasuk gaji) dan anggaran pemeliharaan. Kadang-kadang ditambahkan anggaran untuk promosi/ pemasaran, dan transportasi. Karena itu anggaran item baris adalah format untuk menyajikan informasi anggaran secara jelas untuk periode tertentu. Pada anggaran item baris, pengeluaran yang diusulkan dikelompokkan ke dalam pusat biaya atau kategori pengeluaran. Pusat biaya ini ditampilkan dalam jarak

dekat; ini memberi pembaca pemahaman yang baik tentang berapa banyak uang yang dianggarkan untuk setiap pusat biaya. Biasanya.

Anggaran item baris terutama digunakan oleh usaha kecil yang tidak tahu tentang sistem akuntansi yang canggih. Sistem Akuntansi digunakan oleh organisasi untuk mencatat informasi keuangan.

Tujuan utama Item Baris adalah untuk membantu manajer mengendalikan pengeluaran mereka. Perbandingan antara angka pengeluaran masa lalu dan sekarang selalu bertindak sebagai tanda peringatan bagi para manajer. Jika, terjadi perubahan anggrana rumah sakit secara keseluruhan..

Tabel 12.4

Anggaran baris rumah sakit "A"	
Mata anggaran baris	
Gaji pegawai	Rp 36.000.000,-
Biaya operasional (bahan habis, obat)	Rp 1.000.000.000,-
Modal tetap dan peralatan (investasi Dan pemeliharaan	Rp 400.000.000,-
Total Anggaran baris	Rp 1.436.000.000,-

EFISIENSI ANGGARAN

Efisiensi anggaran adalah salah satu kriteria yang digunakan dalam menilai keberhasilan program dari aspek keuangan. Prinsip efisiensi adalah perbandingan hasil atau *output* (pendapatan) dan faktor produksi atau *input* (biaya pelayanan*)*. Dikatakan efisiensi bila pendapatan lebih besar dari biaya.

Dalam melakukan evaluasi anggaran, ukuran yang digunakan adalah efisiensi anggaran. Efisiensi anggaran secara tradisional umumnya (terkait dengan kebijakan pengalokasian anggaran) dan efisiensi pealksanaan program.

Efisensi kebijakan anggaran

1. **Efisiensi ekonomi (*economical efficiency*)**

   Individu: dikatakan bahwa tenaga kesehatan efisien secara ekonomi jika penggunaan faktor produksi (input: tenaga medis, keperawatan, obat) menghasilkan tingkat pelayanan tertentu pada biaya minimal. Pada jangka panjang diharapkan seorang tenaga dapat melaksanakan program kesehatan pada biaya satuan (unit cost) yang paling rendah (indikator produktivitas = output/input). Efisiensi ekonomi juga meliputi *"Labor Productivity"* (*output per unit of labor input*). Makin kecil nilai *labor productivity* makin kurang efisien.

2. **Efisiensi teknik (*technical efficiency*)**

   Seorang tenaga kesehatan dikatakan efisiensi secara teknis bilamana mampu memproduksi keluaran

fisik pelayanan secara maksimal (efektif: jumlah kunjungan/pemanfaatan) untuk jumlah masukan tertentu.

3. **Efisiensi alokatif (*allocative efficiency*)**

   Seorang tenaga kesehatan dikatakan efisiensi secara alokatif, bila ia mengalokasikan sumber daya untuk kegiatan yang mana mereka memiliki nilai tertinggi (bila jumlah keluaran/output masing-masing pelayanan sedemikian rupa, sehingga biaya marginal sosial dari unit terakhir ekivalen dengan nilai marginal sosial).

4. **Efisiensi manajemen (*management efficiency*)**

   Efisensi dalam konsep mamajemen adalah melaksanakan program atau kegiatan sesuai dengan prosedur tetap (*standard operation procedure*). Indikator di sini lebih menekankan efisiensi dan kualitas. Catatan: dalam mengiterprestasikan efisiensi sebaiknya juga dilihat efektifitas (cakupan), biaya dan mutu. Misal: 1. *Labor productivity* tinggi, tetapi mengkonsumsi sumber daya yang berlebihan, 2. Unit cost kecil tetapi mutu rendah, dan lain-lain

Indikator Efisiensi yang lain:

- Kunjungan rawat jalan per jam tenaga (medis, keperawatan)
- Ratio kunjungan rawat jalan per biaya personil
- Biaya per pasien rawat jalan (biaya operasional = *economic efficiency)*

- Biaya per hari rawat inap (per admisi atau discharge = ee)
- Pengeluaran personil terhadap total pengeluaran kesehatan (ee)
- Pengeluaran obat dan sarana (alkes) terhadap total pengeluaran (ee)
- Pengeluaran obat terhadap standar (SOP à me)
- Persentase biaya operasional Institusi yang digunakan untuk pelayanan publik (ee)
- Persentase pengeluaran obat generik terhadap total pengeluaran obat
- Ratiop gaji rerata antara kategori tenaga
- Gaji yang tepat dibayar (ya/tidak)
- Persentase nakes Institusi yang bekerja di privat/ tempat lain
- Rasio perawat terhadap dokter (ee)
- Alokasi waktu nakes (tenaga kesehatan) untuk pelayanan pokoknya (ae)
- Tarif pelayanan
- Lama hari rawat inap pasien Institusi
- BOR Institusi
- Persentase kunjungan peserta asuransi, penduduk miskin

Efisiensi anggaran program

Metode analisis keuangan yang digunakan untuk mengukur efisiensi anggaran umumnya dinyatakan dalam **1) analisis rasio, 2) tingkat pengembalian investasi (*Return On Investment*) dan 3) analisis pulang pokok (*Break Event Analysis*).** Sedangan informasi anggaran

untuk analisis didapatkan pada laporan keuangan: Neraca Keuangan (*Balance sheet*) dan Laporan Laba-Rugi (*Income statement*), dan arus kas (*Cash Flow*).

AKUNTANSI, KEUANGAN DAN BILLING

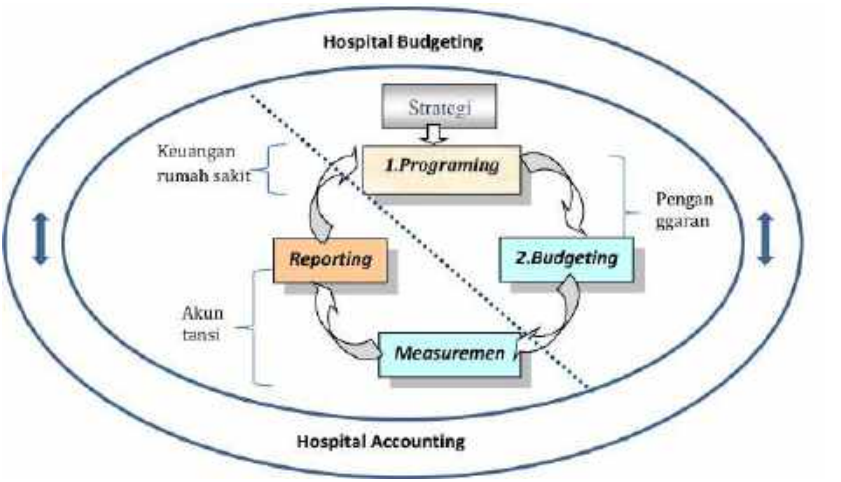
BAB 13

1. PENDAHULUAN

Menerjemahkan Strategi menjadi Target dan Anggaran. Ada empat dimensi yang perlu dipertimbangkan ketika menerjemahkan strategi tingkat tinggi, seperti misi, visi, dan tujuan, ke dalam anggaran, menjadi anggaran saat ini menuju anggaran ke depan.

1. **Sasaran** pada dasarnya adalah sasaran Rumah Sakit, misalnya, meningkatkan jumlah yang dibelanjakan setiap pelanggan di Rumah Sakit.
2. **Tujuan.** Kemudian, Anda mengembangkan satu atau lebih strategi untuk mencapai tujuan Anda. Rumah Sakit dapat meningkatkan pengeluaran pelanggan dengan memperluas penawaran produk, layanan Kesehatan dengan bekerja sama pemasok baru, melakuan pemasaran (*integrated kerting Communication*).

3. **Efektivitas.** Anda perlu melacak dan mengevaluasi efektivitas strategi, menggunakan ukuran yang relevan. Misalnya, Rumah Sakit dapat mengukur pengeluaran mingguan rata-rata per pelanggan dan perubahan harga rata-rata sebagai input.
4. **Target**. Terakhir, Anda harus menetapkan target yang ingin Rumah Sakit capai pada akhir periode tertentu. Target harus dapat diukur dan berbasis waktu, seperti peningkatan volume penjualan atau peningkatan jumlah produk, jasa layanan yang terjual pada waktu tertentu.



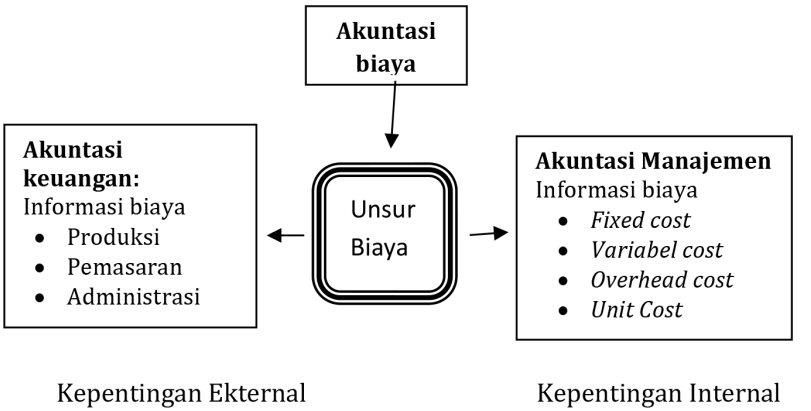
Gambar 13.1 Siklus Penganggaran , Akuntansi dan Keuangan

Gambar 13.1 menunjukan bahwa penganggaran, akuntansi dan keuangan mikro selain terpadu, juga harus sistematik. Keuangan rumah sakit diperoleh dari pendapatan akuntansi, dari transaksi ekonomis, yang di laporkan dalam bentuk laporan keuangan akuntansi.

Proses transaksi di rumah sakit didapatkan dari pemicu biaya layanan (*cost drivers*): 1. Registrasi, 2. Layanan Poli, Rawat Inap, 3. Pemeriksaan penunjang, 4. Farmasi, yang mana terkaita dalam *billing system*.

Akuntansi Keuangan dan Akuntansi Manajemen

Akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen adalah dua hal penting yang dibutuhkan oleh setiap perusahaan, termasuk rumah sakit, agar tetap berjalan dengan efektif sebagaimana mestinya. Akuntansi keuangan membantu rumah sakit untuk mengevaluasi kinerja dengan membandingkan pencapaian yang sudah dihasilkan dari periode-periode sebelumnya, sedang kan akuntansi manajemen membantu dalam menganalisis kinerja, membuat strategi, pengambilan keputusan, penilaian yang lebih baik, serta menyusun kebijakan untuk masa depan rumah sakit. Sedangkan laporan akuntansi manajemen dibuat pada tingkatan yang lebih rinci dan spesifik dengan jangka waktu/periode aggaran yang lebih relevan, dan laporan tersebut nantinya akan dimanfaatkan oleh para pemangku kepentingan dalam membuat kebijakan, rencana, serta strategi bisnis agar perusahaan dapat meraih keuntungan dan pencapaian yang lebih tinggi di masa depan.



Tujuan Akuntansi

1. Tujuan utama akuntansi keuangan dan akuntansi manajemen. Ada perbedaan yakni akuntansi keuangan disiapkan untuk audit eksternal, sedangkan akuntansi manajemen disajikan kepada komunitas internal perusahaan.
2. tujuan dari pembuatan laporan, yang mana akuntansi keuangan digunakan oleh pihak luar untuk memutuskan apakah akan berinvestasi atau meminjamkan uang atau tidak. Karenanya, untuk melihat kesehatan keuangan maka laporan yang dibuat pun berdasarkan hasil keuntungan dan pencapaian di masa lalu.

AKUNTANSI RUMAH SAKIT

Akuntansi rumah sakit adalah sistem akuntansi yang mengakumulasi, mengkomuni kasikan, dan

menginterpretasi data ekonomi historis dan perkiraan yang berguna untuk memastikan posisi keuangan dan hasil operasional rumah sakit. Informasi yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit, disajikan dalam bentuk **statistik** yang bersifat historis dan, pada saat yang sama, diperkira kan. Informasi statistik tersebut sama pentingnya bagi pengguna manajemen internal dan pihak eksternal rumah sakit. Di rumah sakit, akuntansi tidak lain sebagai sistem informasi adalah proses penggolongan dan pencatatan transaksi yang sering terjadi di rumah sakit. Meskipun berkaitan dengan beberapa operasi mekanis, namun prosedurnya hampir sama dengan entitas bisnis / ekonomi lainnya.

Berbagai macam pelayanan di rumah sakit (kegiatan operasional dan investasi) menimbulkan biaya. Akuntansi biaya adalah proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian biaya pembuatan dan penjualan produk. Akuntansi rumah sakit adalah sistem akuntansi tertentu yang mengakumulasi, Mengkomun ikasikan, dan menafsirkan data ekonomi historis dan proyeksi yang berguna untuk tujuan memastikan posisi keuangan dan hasil operasi rumah sakit. Informasi bermanfaat yang berkaitan dengan kegiatan rumah sakit disajikan dalam bentuk statistik yang bersifat historis dan sekaligus diproyeksikan.

Menurut Nowicki (2006: 9-10), akuntansi rumah sakit dapat didefinisikan sebagai akumulasi, komunikasi, dan interpratasi data historis dan proyeksi ekonomi yang berkaitan dengan posisi keuangan dan hasil operasi

rumah sakit, untuk tujuan pengambilan keputusan oleh manajemen dan pihak-pihak lain yang berkepentingan. Beberapa term yang terkait akuntnasi, antara lain:

- **Akuntansi** ialah suatu sistem yang merupakan salah satu pokok kegiatan dalam manajemen keuangan yang terdiri dari kegiatan mencatat, mengklasifikasikan dan menyimpulkan semua transaksi dan kejadian kejadian dalam suatu organisasi yang menyangkut keuangan, sehingga didapatkan suatu data atau informasi yang berguna untuk pengambilan keputusan.
- **Akuntnsi biaya** adalah suatu bidang akuntansi yang diperuntukkan bagi proses pelacakan, pencatatan, dan analisis terhadap biaya-biaya yang berhubungan dengan aktivitas suatu organisasi untuk menghasilkan barang atau jasa. Biaya didefinisikan sebagai waktu dan sumber daya yang dibutuhkan dan menurut konvensi diukur dengan satuan mata uang. Penggunaan kata beban adalah pada saat biaya sudah habis terpakai.
- **Akuntansi rumah sakit** berfungsi untuk memberikan informasi yang digunakan dalam pengelolaan internal rumah sakit dan pengambilan keputusan. Jenis-jenis laporan keuangan dalam akuntansi secara umum ada lima jenis, yaitu laporan laba rugi, laporan perubahan modal, neraca, laporan arus kas, dan cacatan atas laporan keuangan. Dalam kenyataannya, penyusunan laporan keuangan menghadapi sebuah kendala yaitu Rumah Sakit melakukan dua sistem pencatatan dan pelaporan yang berdasarkan prinsip

akuntansi Accrual Basis dan Cash Basis untuk memenuhi ketentuan yang berlaku yang diharapkan dapat berjalan secara paralel, independen dan tercipta mekanisme saling kontrol di antaranya (kontrol internal), namun dirasakan menjadi beban petugas Rumah Sakit. **Akuntansi Rumah Sakit.** Secara operasional manajemen keuangan di Rumah Sakit harus dapat menghasilkan data, informasi dan petunjuk untuk membantu pimpinan Rumah Sakit dalam merencanakan, mengendalikan dan mengawasi seluruh kegiatan agar mutu pelayanan dapat dipertahankan/ditingkatkan pada tingkat pembiayaan yang wajar. Akuntansi rumah juga b berfungsi untuk memberikan informasi yang digunakan dalam pengelolaan internal rumah sakit dan pengambilan keputusan. Jenis-jenis laporan keuangan dalam akuntansi secara umum ada lima jenis, yaitu 1) **laporan laba rugi (income statement), 2) laporan perubahan modal, 3) neraca (Balanced sheet), 4) laporan arus kas, dan 5) cacatan atas laporan keuangan.**

Manfaat Akuntansi Rumah Sakit

1. **Akuntasi Rumah Sakit sebagai komunikasi.**

   Komunikasi berarti proses pelaporan informasi yang disajikan kepada pengguna akuntansi. Berbagai jenis laporan dan informasi tersedia dalam akuntansi rumah sakit. Informasi umum disajikan dengan **bantuan laporan keuangan yang dikenal sebagai Laporan Laba**

Rugi, Laporan Perubahan Modal, maupun Neraca.

2. **Akuntansi Rumah Sakit sebagai Interpretatif**

   'Interpretasi berarti menganalisis dan mengevaluasi informasi yang dilaporkan sedemikian rupa sehingga informasi yang sama dapat dengan mudah dipahami dan dimanfaatkan oleh pengguna yang dimaksud.

Struktur Pendanaan Rumah Sakit

Struktur dana rumah sakit terbagi atas dana tidak terikat (*unrestricted fund)* dan dana terikat (*restricted fund)*.

- **Dana Tidak Terikat**

  Dana tidak terikat adalah dana yang penggunaannya tidak dibatasi tujuan tertentu seperti **dana umum** di pemerintahan atau dana lancar tidak terikat dalam akuntansi rumah sakit. Penggunaan dana umum untuk pencatatan sumber daya atau penerimaan dana yang dibelanjakan dalam memenuhi aktivitas operasional utama rumah sakit. Dana umum juga dapat menentukan batasan penyisihan atas sumber daya tertentu. Batasan penyisihan tersebut merupakan inisiatif internal rumah sakit, sementara batasannya ditentukan oleh pihak eksternal rumah sakit sebagai sponsor.

- **Dana Terikat**

  Dana terikat adalah dana yang penggunaannya dibatasi tujuan tertentu seperti permintaan pihak eksternal. Dana terikat terbagi atas dana terikat

sementara waktu yang berarti bersifat sementara dan dana terikat permanen dengan batasan yang sifatnya Dana di Rumah Sakit

Struktur Transaksi Rumah Sakit

1. **Langah1. Indentifikasi Peristiwatransaksi. Setelah peristiwa ekonomi atau transaksi** maka selanjutnya akan mengarah ke:
2. **Tahap 2:**

   2.1 Siklus Pendapatan

   Pemberian jasa pelayanan rumah sakit kepada pasien atau pihak lain dan penerimaan pembayaran pasien atau tagihan pihak lain.

   2.2 Siklus Pengeluaran

   Pengadaan barang dan/atau jasa dari pihak lain dan pelunasan utang dan ewajibannya.

2.3 Siklus Pelayanan

Perubahan sumber daya rumah sakit menjadi jasa layanan rumah sakit.

2.4 Siklus Keuangan

Pemerolehan dana modal (*capital fund*), contohnya modal kerja yang berasal dari dana kas atau dana likuid lainnya dan sumber dana yang berjangka panjang. Setelah melalui keempat siklus tersebut, maka akan masuk ke dalam siklus laporan keuangan yang tidak dikaitkan dengan keempat siklus operasional sebagaimana yang telah disinggung sebelumnya.

3. **Langkah 3. Siklus pelaporan** keuangan mendapat data operasional dan akuntansi yang berasal dari siklus lain dan memproses data tersebut menjadi laporan keuangan sesuai dengan prinsip akuntansi pada umumnya.
4. **Langkah 4. Laporan keuangan** tersebut pada akhirnya digunakan oleh pengguna eksternal seperti pelanggan, masyarakat, Pemerintah dan donatur, maupun pengguna internal seperti manajemen perencanaan, pengendalian, evaluasi, dan pengambilan keputusan.

Pengukuran (pencatatan akun transaksi) dan laporan keuangan

Alur pengukuran dan laporan keuangan sebagai kajian akuntasi dan keuangan mikro rumah sakit. Perhatikan alur, sistematika Langkah yang digambarkan sebagai berikut.

Dokument transaski :

Identifikasi dan pengukuran transaksi dan kejadian yang lain ((buku transaksi)

Pembuatan jurnal; Jurnal umum, Jurnal penerimaan kas, Jurnal pengeluaran, Jurnal, embelian, Jurnal penjualan , jurnal khusus. Isi jurnal dikelompokandalam debit dan **Posting :** Buku Kas Umum (bulanan), Buku Tambahan (harian, mingguan), buku besar: **Neraca saldo dan Penyesuaian**

Penerapan Siklus Akuntansi Rumah Sakit

Setelah mengetahui siklus transaksi di rumah sakit, maka selanjutnya akan dibahas mengenai siklus dalam akuntansi rumah sakit. Setelah mendapatkan transaksi, maka transaksi-transaksi tersebut akan diproses pada siklus berikut ini.

Jurnal umum

Semua transaksi harus dicatat dalam jurnal (buku catatan atau buku harian). Bentuk jurnal yang paling sederhana secara kronologis mencatat transaksi dan kejadian lain yang dinyatakan dalam satuan debet dan kredit ke perkiraan tertentu. Bentuk ini dikenal sebagai jurnal umum.

Setiap Ayat jurnal umum terdiri dari empat bagian; 1. Perkiraan dan jumlah yang harus didebet (DR). 2. Perkiraan dan jumlah yang harus dikredit (Cr), 3. Tanggal. 4. Penjelasan.

Sumber transaksi. Dalam jurnal umum juga dicantumkan referensi (Nomor buku kas).

POSTING Macam laporan yang bisa dikerjakan di Rumah Sakit: Setiap minggu, 2 minggu, 1 bulan

Pencatatan setiap transaksi ekonomi yang terjadi di rumah sakit. Jurnal berisikan tentang:

Tanggal transaksi, Nama akun dan jumlahnya yang harus didebet dan dikredit, Keterangan atas transaksi dan Pencatatan debet dicatat di sisi kanan dan pencatatan kredit di sisi kiri. Contoh Jurnal Akuntansi Rumah Sakit

Tabel 13.1 Jurnal Pencatatan Transaksi Akuntansi

Tanggal	Keterangan	Ref	Debet	Kredit
25 Jun 2022	Persediaan Barang Farmasi (pembelian)		Rp 1.,000.000	Rp 1.,000.000
27 Jun 2022	Kas Masuk (pendapatn pasien umum)		Rp 140.000	
	Pendapatan Pendaftaran			Rp 20.000
	Pendapatan Pelayaan			Rp 50.000
	Pendapatan Apoptik			Rp 70.000
	Biaya/Beban Obat,alkes		Rp 60.000	

Untuk jurnal mingguan merupakan penjumalahan jurnal harian

Buku Besar

Buku besar (*general ledger*) adalah rekening individual yang terdapat dalam laporan keuangan. Setiap buku besar memiliki kode akun yang sesuai dengan yang disajikan di laporan keuangan. Buku besar juga mencatat perubahan saldo setiap rekening individual.

Jadi, terjadi pemindahan akun yang dicatat dalam buku jurnal ke dalam buku besar Langkah-langkah yang dapat dilakukan yaitu:

- Masukkan tanggal posting, jumlah yang didebet dan yang dikredit di dalam jurnal dan ke dalam kolom-

kolom yang sesuai di dalam buku besar.

- Di dalam kolom referensi pada jurnal, masukkan nomor akun buku besar.

Contoh Dalak Buku Besar Akuntansi Rumah Sakit disajikan saldo awal bulan dan saldo akhir nulan, sesuai elaporan yang di kehendaki.

Untuk pasienasuransi dibuatkan jurnal tersendiri. Ini untuk kepentingan penggatian "claim

Pembukuan akuntansi

Menggunakan 2 sistem pembukuan: 1. *Cash bases, 2. Accrual bases*

1. **Basis kas (*cash basis*) atau Kas Stesel**

   Yakni sebuah metode pencatatan di dalam akuntansi, yang hanya mencatat transaksi, jika **ada penerimaan dan pengeluaran kas**. Catatan akuntansi yang disusun menggunakan basis kas mengakui pendapatan dan pengeluaran sesuai dengan arus kas *real-time*. Penghasilan dicatat pada saat menerima dana, bukan berdasarkan pada saat itu benar-benar diperoleh; beban dicatat pada saat dibayarkan, bukan pada saat terjadi. Di samping itu pengawasan menjadi lebih mudah. Penerimaan akan dicatat jika telah diterima uang dan pengeluaran dalam satu tahun anggaran yang ditentukan .Oleh karena itu, dalam metode akuntansi ini, dimungkinkan untuk menunda pendapatan kena pajak dengan menunda penagihan

agar pembayaran tidak diterima pada tahun berjalan. Demikian juga, dimungkin kan untuk mempercepat pengeluaran dengan membayarnya segera setelah tagihan diterima, sebelum tanggal jatuh tempo.

Keuntungan Metode Akuntansi Berbasis Kas

- Metode akuntansi berbasis kas membutuhkan usaha yang relatif lebih sedikit dan lebih mudah dipahami juga dilaporkan. Karena tidak memerlukan banyak staf akuntansi dan dalam banyak kasus, dapat ditangani sendiri.
- Secara langsung mencerminkan nilai arus kas masuk dan keluar, yang membantu memahami profitabilitas saat ini dalam hal moneter.
- Ini memungkinkan hanya mencatat penerimaan aktual yang akan dikenakan pajak, bukan total pendapatan. Metode ini dapat membantu perusahaan dalam perencanaan pajak dan menghindari beban pajak yang besar dalam periode krisis tunai (arus masuk neto lebih rendah).
- Cocok untuk ssaha kecil tanpa inventaris atau sedikit aset, pemula dalam membangun bisnis, dan individu yang umumnya lebih suka metode kasuntuk kemudahan akuntansi.

2. Basis Akrual

Basis akrual (***accrual basis***) yaitu sebuah teknik pencatatan akuntansi, yang pencatatannya dilakukan saat terjadinya transaksi walaupun kas (uang) belum diterima. Dengan kata lain penghasilan diakui pada saat penyerahan barang/jasa, bukan pada saat kas

diterima; dan biaya diakui pada saat terjadinya, buka pada saat kas dibayarkan. Rumah Sakit yang menggunakan basis akrual untuk mengakui pendapatan dan pengeluaran pada saat mereka diperoleh atau dikeluarkan, terlepas dari kapan kas yang terkait dengan transaksi tersebut berpindah tangan. Di bawah sistem ini, pendapatan dicatat ketika diterima saat bukti diterima; beban dicatat saat terjadi bukan pada saat pembayaran dilakukan.

Keuntungan Metode Akuntansi Berbasis Akrual

- Metode akrual memberikan gambaran yang lebih akurat, lebih jelas tentang kondisi keuangan rumahnsakit, dalam periode akuntansi tertentu.
- Sebagian besar investor dan analis menemukan keuangan yang dilaporkan menggunakan metode akrual lebih berguna dalam mengukur kinerja rumha sakit.
- Metode akrual juga memberikan dasar yang lebih kuat untuk memperkirakan pendapatan dan pengeluaran di masa depan dan pengambilan keputusan terkait.
- Biasanya rumah sakit besar, bonafit, dan perusahaan publik yang menggunakan metode akrual yang memudahkan menetapkan kriteria tertentu untuk rumah sakit yang diharuskan melakukan penghitungan pajak.

ANALISIS, METODE, TEKNIK LAPORAN KEUANGAN

Laporan keuangan rumah sakit sama halnya dengan laporan keuangan lainnya yang terdiri dari 5 metode/ teknik laporan keuangan. **Yaitu Neraca (balance sheet), laporan laba rugi, laporan perubahan modal, laporan arus kas, dan juga ada catatan atas semua laporan keuangan.**

Tujuan dari setiap metode dan teknik analisis adalah menyederhanakan data sehingga dapat lebih dimengerti dan dapat digunakan sebagai dasar pengambilan keputusan bagi pihak-pihak yang berkepentingan. Tujuan analisis anggaran rumah sakit/Rumah Sakit, selain untuk efisiensi juga untuk menilai efektivitas, dengan membandingkan kinerja rumah sakit/Rumah Sakit antar periode atau antar rumah sakit untuk mengevaluasi proyek investasi. Metode yang umum digunakan dalam evaluasi kinerja adalah membandingkan seluruh sumber daya yang digunakan dengan laba yang diperoleh atau metode analisis tingkat pengembalian modal (*Return on Investment* atau ROI).

Ada dua metode yang digunakan oleh setiap penganalisis laporan keuangan, yaitu metode **analisis horisontal dan metode analisis vertikal**.

1. Metode analisis horisontal, adalah analisis dengan mengadakan perbandingan laporan keuangan untuk beberapa periode, sehingga akan akan diketahui perkembangannya, metode horisontal ini disebut juga

sebagai metode analisis dinamis;

2. Analisis vertikal, adalah apabila laporan keuangan yang dianalisis hanya meliputi satu periode, yaitu dengan memperbandingkan antar pos yang satu dengan yang lainnya dalam laporan keuangan tersebut, sehingga hanya akan diketahui keadaan keuangan atau hasil operasi pada saat itu saja. Analisis vertikal ini disebut juga sebagai metode analisis yang statis karena kesimpulan yang dapat diperoleh hanya untuk periode itu saja tanpa mengetahui perkembangannya.

Teknik analisis laporan keuangan adalah sebagai berikut:

1. **Analisis perbandingan** laporan keuangan, adalah metode dan teknik analisis dengan cara memperbandingkan laporan keuangan untuk dua periode atau lebih.
2. ***Trend* atau tendensi posisi,** adalah metode dan teknik analisis untuk mengetahui tendensi dari pada keadaan keuangannya, apakah menunjukkan tendensi tetap, naik atau bahkan turun.
3. **Laporan dengan persentase per komponen** atau *common size statement*, adalah metode analisis untuk mengetahui persentase investasi pada masing-masing aktiva terhadap total aktivanya, juga untuk mengetahui struktur permodalannya dan komposisi perongkosan yang terjadi dihubungkan dengan jumlah penjualannya.
4. **Analisis sumber dan penggunaan modal kerja**, adalah suatu analisis untuk mengetahui sumber-sumber dan

penggunaan modal kerja atau untuk mengetahui sebab-sebab berubahnya modal kerja dalam periode tertentu.

5. **Analisis sumber dan penggunaan** kas (***cash flow statement analysis***), adalah suatu analisis untuk mengetahui sebab-sebab berubahnya jumlah uang kas atau untuk mengetahui sumber-sumber serta penggunaan uang kas dalam periode tertentu.
6. **Analisis rasio**, adalah suatu metode analisis untuk mengetahui hubungan dari pos-pos tertentu dalam **neraca atau laporan laba rugi secara individu atau kombinasi dari kedua laporan tersebut.**
7. **Analisis perubahan laba kotor** (gross profit analysis), adalah suatu metode analisis untuk mengetahui sebab-sebab perubahan laba kotor suatu perusahaan dari periode ke periode yang lain atau perubahan laba kotor suatu periode dengan laba yang dibudgetkan untuk periode tertentu.
8. **Analisis break-even**, adalah suatu analisis untuk menentukan tingkat penjualan yang harus dicapai oleh suatu perusahaan agar perusahaan tidak menderita kerugian, tetapi juga belum memperoleh keuntungan. Dengan demikian analisis ini juga diketahui tingkat keuntungan atau kerugian untuk berbagai tingkat penjualan (Munawir, 1997).

LAPORAN KEUANGAN

E**mpat** laporan keuangan utama yang dihasilkan oleh proses akuntansi, yaitu 1 Neraca Keuangan, 2. Laba Rugi, 3. **Laporan Posisi Keuangan (arus kas)**, 4. Tambahan: Daftar langganan, investasi (PMK No. 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum). Laporan keuangan digunakan untuk: 1. Investor, 2. Kreditur, 3. Karyawan, 4.pelanggan, 5.otoritas pengawas dan 6. Pemerintah.

Pedoman Laporan realisasi anggaran Rumah Sakit yang dikelola Pihak Swasta, berpedoman pada Finacial Accounting Standard Board (FASB (Dewan Standar Akuntansi Keuangan). Sedangkan rumah sakit pemerintah berdasarkan standar akuntansi yang dikembangkan oleh Govermenttal Accounting Standards Board – GASB (Dewan Standar Akuntansi Pemerintah) sedangkan Kebijakan akuntansi meliputi pilihan prinsip-prinsip dasar-dasar, konvensi, peraturan dan prosedur yang digunakan manajemen dalam penyusunan dan penyajian laporan keuangan. Dalam Rumah Sakit Swadana telah berlaku kebijakan akuntansi Rumah Sakit dengan menggunakan cash basis dan accrual basis yang sementara berjalan paralel

1. **Neraca keuangan (*Balanced Sheet*)**

   Laporan neraca keuangan mengukur stok aktiva atau harta (lancar dan tetap) atau aset dan kewajiban (*liabilities*=piutang) Rumah Sakit serta modal (laba ditahan, cadangan dll) pada saat tertentu. Harta

tetap yang tercantum dalam neraca keuangan selalu dinyatakan dalam depresiasi atau *annual investment cost* atau amortisasi. Karena informasi tidak menunjukan penyebab dan perubahan, maka laporan antar waktu sangat diperlukan. Neraca keuangan melaporkan informasi yang berkaitan dengan posisi keuangan. Neraca tidak menunjukkan tren dari waktu ke waktu, dan umumnya tidak masuk akal untuk membandingkan neraca saat ini dengan yang sebelumnya. Informasi yang diberikan dalam neraca digunakan untuk menghitung metrik penting dan rasio keuangan yang digunakan untuk analisis. Ini termasuk:

- Rasio lancar (*current ratio*): hasil bagi aset lancar atas kewajiban lancar
- Rasio cepat (*Quick ratio*): Selisih antara aset lancar dan persediaan dibagi dengan kewajiban lancar
- Modal kerja(Working capital): Selisih antara aset lancar dan kewajiban lancar
- Hutang-ke-ekuitas (*arus kas*

Tabel 13.2 Neraca Keuangan

Neraca Keuangan
Rumah Sakit ……..
Aktiva dan Kewajiban 31 Des. tahun ……..

Aktiva		**Kewajiban dan Modal**	
Aktiva lancar (jangka pendek)		**Kewajiban Jangka pendek**	
Kas ……	Rp……	Cicilan piutang	Rp……..
Persediaan:	Rp		
Tenaga kerja	Rp		
Obat	Rp		
Total aktiva lancar	Rp ……..	Total Kewajiban lancar	Rp ……..
Aktiva tetap (Jangka panjang)		**Modal saham**	
Nilai barang–penyusutan	Rp……		Rp ……
Total aktiva	**Rp ……..**	**Total Kewajiban, modal**	**Rp ……..**

NB. Total aktiva dan Total Kewajiban plus Modal harus sama

2. Laporan Laba Rugi *(income statement),*

Laporan laba-rugi mengukur arus pendapatan (*revenue*) dan beban (*expense*) selama jangka waktu tertentu, biasanya satu tahun (merupakan hasil kegiatan operasional). Untuk itu kegiatan rumah sakit/Rumah Sakit dan Puskesmas harus terekam pada tiga laporan keuangan; 1) neraca awal tahun, 2) perhitungan laba-rugi, yang merupakan arus pendapatan dan beban selama periode waktu tertentu, dan 3) neraca akhir tahun, yang merupakan posisi aktiva dan kewajiban Rumah Sakit dan Puskesmas pada akhir tahun fiskal. Neraca awal dan akhir diperlukan untuk mengukur perubahan aktiva dan kewajiban, misalnya saja, perubahan besarnya nilai persediaan yang ada di

Rumah Sakit dan Puskesmas

Melaporkan informasi yang berkaitan dengan hasil operasi. Yang pertama adalah ukuran dalam hal aset dan kewajiban rumah sakit sedangkan yang terakhir diukur dalam hal pendapatan yang diperoleh dan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Laporan perhitung an laba-rugi (*Income statement*) yang berisi informasi tentang prestasi Rumah Sakit di masa lampau dan dapat memberikan petunjuk untuk penetapan kebijakan di masa yang akan datang. Bentuk format laporan keuangan menyesusaikan dengan jenis akuntasi yang digunakan (*full costing, Variabel costin, Activity Based Costing*). Laporan Keuangan di jabarkan dalam: Tabel 13.2

Tabel 13.2 Laporan Laba Rugi

Neraca Laba Rugi Kegiatan pokok : ..... Rumah Sakit ..... 31 Desember tahun		
	Kredit	**Debet**
1. Penerimaan:		
Pendapatan	Rp 70.000.000,-	
2.Pengeluaran:		
2.1 Operasional		
Gaji dan Honor lain		Rp 150.000.000,-
Bahan dan Obat		Rp 60.000.000,-
Lain-lain		Rp 10.000.000,-
Total Biaya operasional		Rp 220.000.000,-
3. Biaya tetap		
3.1 Depresiasi		Rp 5.000.000,-

Laba kotor		Rp 45.000.000,-
Pajak		0
Lain-lain : Bonus		Rp 4.000.000
Laba/rugi (Bersih)	Rp 41.000.000,-	

3. Laporan Posisi Keuangan (arus kas)

Laporan Posisi Keuangan Rumah Sakit tidak mempunyai perbedaan mendasar, baik isi maupun proses penyusunan, dari sudut pandang ilmu akuntansi dibandingkan dengan neraca perusahaan yang sering kita kenal di sektor komersial. Namun demikian ada beberapa hal yang secara khusus perlu diperhatikan, antara lain :

3.1 Kas

Jumlah kas yang tercatat di neraca tidak termasuk jumlah kas pada dana terikat yang tidak dapat digunakan untuk kegiatan operasi (misalnya, kas yang terdapat pada Dana Pembangunan dan Dana Abadi)

3.2 Piutang

Piutang adalah uang rumah sakit yang masih belum tertagih. Piutang harus dilaporkan pada jumlah yang diperkirakan dapat direalisasi atau piutang yang tidaktertagih. Rumah sakit biasanya juga memberikan pelayanan social, yaitu pelayanan kesehatan Cuma-Cuma bagi pasien yang dapat menunjukkan bahwa ia tidak mampu membayar menurut kriteria yang telah ditetapkan rumah sakit. Dalam kasus ini, layanan yang

diberikan tidak memenuhi syarat untuk diakui baik sebagai piutang maupun pendapatan dalam laporan keuangan rumah sakit.

4. Laporan Tambahan.

Selain Neraca dan Laporan Laba Rugi yang disebutkan di atas, pembukuan khusus tertentu juga harus dipelihara, yaitu Daftar Langganan, jumalh sumbangan, hibah, amal). Ini dipelihara untuk mencatat pengumpulan sumbangan, langganan, dll. Buku Besar Investasi—Dipelihara jika ada berbagai jenis investasi, pembelian dan penjualan yang sama, dividen dan bunga yang diterima dll. Pencatatandilakuakn terposah.

Kualitas informasi akuntansi

Laporan keuangan ditujukan agar dapat bermanfaat bagi pengambilan keputusan. Hal ini menunjukkan adanya tuntutan kualitas informasi tertentu yang bersifat :

- Dapat dipahami
- Relevan yaitu bermanfaat bagi peramalan dan penegasan keputusan serta evaluasi masa lalu
- Handal (*reliable*) yaitu penyajian jujur, substansi mengungguli bentuk, netralitas, pertimbangan sehat dan lengkap.
- Berdaya banding (*comparability*)

Oleh karena itu kebijakan akuntansi yang dianut harus konsisten, namun bila ada alternatif lain yang lebih relevan dan andal, konsistensi ini tidak perlu

dipertahankan. Hanya perubahan tersebut perlu diberitahukan kepada pembaca laporan keuangan.

Kendala terpenuhinya kualitas umum dari informasi akuntansi antara lain :

- **Ketepatan waktu;**

  Laporan yang tertunda dapat menghasilkan informasi yang kurang relevan. Sebaliknya untuk menghasilkan informasi yang tepat waktu seringkali mengurangi keandalan informasi. Untuk mengimbangkan antara relevansi dan keandalan, kebutuhan pengambil keputusan merupakan pertimbangan yang menentukan.

- **Keseimbangan biaya dan manfaat;**

  Biaya membuat informasi jelas harus lebih rendah dari manfaatnya. Pertimbangan ini jelas berdampak pada cara pencatatan dan penyajian laporan akuntansi yang dipilih. Dalam akuntansi, organisasi usaha dipandang sebagai kesatuan ekonomi yang terpisah dari pemilih/pendiri dan unit organisasi lainnya. Sehingga ada transaksi bebas, pengukuran dalam nilai uang, rumah sakit pemerintah/swasta:

  1. Transaksi bebas

     Transaksi akuntansi lebih diasumsikan selalu terjadi di antara pihakpihak yang bebas yang sanggup melindungi kepentingan. Dengan demikian, harga yang terjadi dari transaksi tersebut adalah harga yang objektif.

2. Pengukuran dalam nilai uang

   Akuntansi menggunakan uang sebagai denominator umum. Akibatnya hanya faktor/ transaksi yang dapat dianjurkan dalam nilai uang yang dicatat dan dilaporkan dalam akutansi. Selain itu, dalam akuntansi uang diasumsikan merupakan ukuran yang stabil, sehingga perubahan nilai beli dari uang diabaikan.Dalam mengatur rumah sakit dibedakan menjadi dua, yaitu:

Analisis Keuangan

Analisis dengan metode rasio terdiri atas (Sumber: Laporan Laba Rugi):

1. Rasio likuiditas (*Liquiditasy ratio*)

Tujuan rasio ini adalah mengukur kemampuan rumah sakit/Rumah Sakit dan Puskesmas dalam memenuhi kewajiban jangka pendek. Rasio likuiditas dirinci menjadi: 1) rasio lancar (*Current ratio*), 2) *Inventory to working capital*, 3) *Current Debt to Inventory* 4) *Quick ratio* atau *Acid test Ratio*).

1.1 Current Ratio

Current ratio adalah rasio antara harta lancar (*current assets*) dengan hutang lancar (current liabilities). → Lihat Tabel Neraca Keuangan (*Balanced Sheet*)

$$\underline{\textbf{Current ratio}}_{\textbf{(Th 2021)}} = \frac{\textbf{Total harta lancer}}{\textbf{Total hutang lancer}} = \frac{\textbf{600 jt}}{\textbf{405 jt}} = \textbf{1,48.}$$

Rasio ini bermanfaat untuk mengetahui sampai seberapa jauh Rumah Sakit dan Puskesmas dapat melunasi hutang jangka pendeknya. Semakin besar rasio yang diperoleh, semakin lancar hutang pembayaran jangka pendeknya. Rasio lebih dari 4 (empat) menunjukan rumah sakit/Rumah Sakit dapat dengan mudah mencairkan harta lancarnya untuk membayar seluruh tagihan hutang lancar yang dimilikinya.

1.2 Quick Ratio atau *Acid Test Ratio*

Quick Ratio adalah rasio antara harta lancar dikurangi persediaan (*Total quick assets*) dibagi dengan hutang lancar (*current liabilities*)

$$\text{Quick Ratio} = \frac{\text{Total Quick Assets}}{\text{Total hutang lancer}}$$

(Th 2021) = (600 juta–200 juta)/405 juta
= 0,98

Rasio lebih besar dari 1, menunjukan bahwa harta lancar (setelah dikurangi persediaan) dapat menutup hutang lancarnya. *Quick Ratio* yang lebih kecil dari 0,75 menunjukan bahwa Rumah Sakit tidak dapat menutup hutang lancarnya dengan segera. Rasio ini lebih baik dari *Current Ratio* karena *Quick Ratio* telah mempertimbangkan persediaan dalam perhitungannya.

2. Rasio Hutang (*Leverage ratio*)

Mengukur sampai seberapa jauh Rumah Sakit dibiayai oleh pihak luar (dengan subsidi/utang).

Rasio hutang atau *Leverage Ratio* atau *Solvability Ratio* digunakan untuk mengukur seberapa besar kegiatan operasional Rumah Sakit dibiayai oleh modal pinjaman atau subsidi. Rasio hutang dibagi dalam 1) *Total Debt to Tangible Net Worth* (total hutang dibandingkan dengan modal), 2) *Current Debt to Tangible Net Worth* (hutang lancar/modal) 3) *Fixed Assets to Tangible Net Worth* (hutang jangka panjang/modal).

$$\text{Rasio Hutang total (Th 2021)} = \frac{\text{Total Hutang (jangka pendek \& panjang)}}{\text{Modal}} = \text{418 jt/372 jt = 1,1}$$

$$\text{Rasio Hutang lancar (Th 2021)} = \frac{\text{Total Hutang lancar (jangka pendek)}}{\text{Modal}} = \text{403 jt /372 jt = 1,1}$$

Rasio yang cukup besar, kreditor harus hati-hati. Rasio hutang lancar jangan lebih dari 0,75, karena bila hutang dihabiskan untuk biaya operasi, Rumah Sakit tidak bisa mengembangkan kreativitas dan inovasinya.

3. Rasio Aktivitas (*activity ratio*)

Mengukur efektivitas rumah sakit/Rumah Sakit mengelola sumber dana rasio keuntungan (*profitability ratio*)

Rasio ini bertujuan untuk mengukur sampai seberapa jauh aktivitas Rumah Sakit dan Puskesmas

dalam menggunakan dananya secara efektif dan efisien. Rasio ini dapat mengukur efisiensi didasarkan perbandingan pendapatan dengan pengeluaran pada periode waktu tertentu. Kriteria rasio aktivitas adalah 1) perputaran persediaan (*inventory turn-over*), dan 2) perputaran harta tetap.

$$\text{Perputaran persediaan} = \frac{\text{Persediaan yang terpakai}}{\text{Rerata Persediaan sisa}} = \text{270 juta/ 200 juta = 1,35}$$

Bila rasio perputaran persediaan tinggi, berarti Rumah Sakit memiliki tingkat persediaan yang relatif rendah, sehingga ada kemungkinan Rumah Sakit akan kehabisan stok serta mengalami keterlambatan dalam pengiriman.

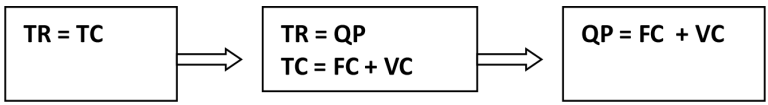
$$\text{Perputaran harta tetap} = \frac{\text{Pendapatan}}{\text{Total harta tetap}} = \text{270 juta/190 juta = 1,42}$$

Pada perputaran harta tetap yang tinggi menunjukan bahwa rumah sakit/Rumah Sakit dan Puskesmas telah menciptakan efisiensi pendapatan atau penerimaan. Rumah sakit/Rumah Sakit yang menghasilkan produktivitas tinggi tidak selamanya menghasilkan keuntungan yang tinggi pula.

Model analisis dapat digunakan sebagai alat perencanaan, selain berfungsi sebagai alat kontrol

$$\text{ROA} = \frac{\text{Pendapatan bersih}}{\text{Total Aset}} \quad \text{atau} = \frac{\text{41.000.000}}{\text{790.000.000}} = \text{5,2\%}$$

Analisis pulang pokok (*Break Event Analysis*)



4. Rasio Keuntungan

Mengukur keuntungan (efektivitas keseluruhan) manajemen yang dapat dilihat dari keuntungan yang dihasilkan.

Rasio keuntungan adalah ukuran untuk mengetahui seberapa jauh efektivitas manajemen dalam mengelola Rumah Sakit. Efektivitas manajemen meliputi kegiatan fungsional manajemen seperti keuangan, pemasaran, sumber daya manusia dan operasional. Jadi cukup komplek atau banyak faktor yang mempengaruhi ke efektivitas yang kemudian meningkatkan atau menurunkan laba.

Kriteria rasio keuntungan adalah 1) keuntungan atas modal sendiri (*return on net worth* = ROE), 2) *Profit margin* atau *Sales Margin*, 3) Produkvitas aset dan 4) *Gross and Operating margins*

$$\text{ROE} = \frac{\text{Laba bersih setelah pajak}}{\text{Modal}} = 41 \text{ juta}/418 \text{ juta} = 0.09$$

ROE kurang dari 0,05 menunjukan bahwa Rumah Sakit menggunakan hutang dalam proporsi yang kecil

$$\text{Profit margin} = \frac{\text{Laba bersih setelah pajak}}{\text{Penerimaan (Pendapatan)}}$$

= 41 juta/270 juta=0.15

Rasio profit margin mengukur tingkat pengembalian dari penerimaan atau pendapatan

5. Pos-pos operasi yang lain

5.1 Pendapatan Jasa Pasien

Pendapatan jasa pasien dihitung dari jumlah bruto dengan menggunakan tarif standar. Jumlah tersebut kemudian di kurangi dengan penyesuaian kontraktual (*contractual adjusments*) menjadi Pendapatan Bersih Jasa Pasien.

5.2 Penyesuaian Kontraktual

Penyesuaian kontraktual berasal dari keterlibatan pihak ketiga dalam proses penggantian pembayaran medis. Perusahaan asuransi biasanya mengganti kurang dari jumlah tarif standar penuh untuk jasa medis yang disediakan bagi pasien yang menjadi tanggunan asuransi. Meskipun rumah sakit memiliki tarif standar untuk jasa yang diberikan, namun rumah sakit menjalin kontrak dengan pembayar pihak ketiga di mana rumah sakit menerima jumlah pembayaran yang lebih rendah untuk jasa tersebut.

5.3 Pendapatan dari Kegiatan Lainnya

Pendapatan dari kegiatan lain mencerminkan pendapatan dari sumber-sumber bukan pasien, seperti kantin dan sewa parkir. Pendapatan ini biasanya mencerminkan jumlah bersih dari operasinya, jadi

bukan jumlah brutonya.

a. Transfer Antar dana

Tidaklah tepat untuk tetap mengelola aktiva dalam Dana Terikat ketika persyaratan yang ditetapkan oleh pihak sponsor atau donor sudah terpenuhi. Dalam hal ini aktiva tersebut harus ditransfer dari Dana Terikat ke Dana Tidak Terikat. Untuk tujuan pelaporan keuangan, transfer antar dana ini dilaporkan dalam Laporan Operasi sebagai "Pelepasan Saldo Dana" dan ditunjukkan sebagai penambahan atas Dana Tidak Terikat.

Contoh : 1. Pendapatan operasioal Rawat jalan: karcis umum dan karcis spesialis. 2. Pendapatan operasional rawat inap: akomodasi dan visite, 3. Pendapatan tindakan medis: tindakan medik, dan tindakan keperawatan, 4. Pendapatan operasional unit penunjang: rasiologi, laboratorium, fisioterapi, farmasi, dan rehab medik.

b. Beban Dana Umum

Beban-beban dalam Dana Umum diakui secara akrual, seperti halnya pada entitas komersial.

Contoh beban :1. Biaya pelayanan: bahan, jasa pelayanan, pegawai, penyusutan, pemeliharaan, asuransi, langganan dan daya, pelatihan, dan penelitian., 2. Biaya umum dan administrasi: pegawai, administrasi kantor, penyusutan,

pemelihataan, langganan dan daya, pelatihan, dan penelitian

c Sumbangan

Sumbangan (donasi) dibagi menjadi donasi yang terbentuk jasa dan berbentuk aktiva. Karena sering kali sulit untuk menetapkan nilai dari donasi yang berbentuk jasa, maka nilai dari donasi ini biasanya tidak dicatat. Namun, jika terdapat kebutuhan untuk melakukan pencatatan, maka perkiraan nilai dari donasi jasa dicatat sebagai sumbangan yang langsung diikuti dengan beban dalam jumlah yang sama. Sedangkan donasi yang berbentuk aktiva dilaporkan pada nilai wajar pada tanggal diterimanya sebagai sumbangan jika donasi aktiva ini penggunaannya dibatasi oleh pihak sponsor atau donor maka dilaporkan dalam Dana Terikat Sementara atau Dana Terikat Permanen. Ketika pembatasannya sudah tidak berlaku lagi, maka dilakukan transfer dari Dana Terikat ke Dana Umum.

3. Laporan Perubahan Aktiva Bersih

Laporan ini menyajikan perubahan dalam ketiga kategori aktiva bersih yang Tidak Terikat, Terikat Sementara, dan terikat Permanen.

4. Laporan Arus Kas

Format dari laporan ini serupa dengan yang digunakan untuk entitas komersial. Laporan arus kas terdiri dari:1. Aktivitas operasi, 2. Aktivitas investasi,

3. Aktivitas pendanaan

5. Catatan Atas Laporan Keuangan

Terdiri dari : 1. Gambaran umum RS, 2. Iktisar kebijakan akuntansi, 3. Penjelasan pos-pos laporan keuangan

Ditjen Pelayanan Medit Depkes membuat ketentuan akuntansi, khususnya bagi Rumah Sakit yang sudah menjadi BLU (Badan Layanan Umum). Pedoman akuntansi RS ini berisi 10 bab:

1. Pendahuluan
2. Laporan Keuangan
3. Akuntansi Aktiva
4. Akuntansi Kewajiban
5. Akuntansi Aktiva Bersih (Ekuitas)
6. Akuntansi Perubahan Aktiva Bersih
7. Laporan Arus Kas
8. Catatan Atas Laporan Keuangan
9. Ilustrasi Laporan Keuangan
10. Rasio Keuangan

BILLING SYSTEM RUMAH SAKIT

Sistem **billing (system penagihan)** di **Rumah sakit adalah subsistem keuangan rumah sakit** berfungsi mengatur dan memproses semua tagihan yang berkaitan dengan item atau jasa yang dijual. dan khususnya di **rumah sakit**, item-item tersebut lebih khusus kepada obat-obatan, dan juga tindakan-tindakan medis. Sistem Billing mengacu pada Undang Undang Komunikasi dan

Informasi, tentang Informasi dan Teknologi Elektronik, Kemen Info dan Komujikasi No. 19 Tahun 2016.

Tugas kasir pada umumnya sama, yaitu menerima pembayaran dari konsumen. Bedanya, **kasir rumah sakit** akan terhubung dengan rekam medis pasien (medical record) dari pasien.

Keberhasilan manajemen perawatan kesehatan bergantung pada banyak aspek: pemberian perawatan, kepuasan staf, pertumbuhan pendapatan, dan banyak lagi. Namun, pendapatan adalah subjek penting yang cukup diperhatikan oleh penyedia. Dan banyak tergantung pada sistem penagihan rumah sakit. Adalah tugas penyedia untuk memberikan perawatan kepada pasien. Jadi, pengembang IT kesehatan telah membuat perangkat lunak penagihan medis untuk mempermudah proses penagihan. Sistem penagihan di rumah sakit atau perangkat lunak penagihan medis mengotomatiskan tugas penagihan manual untuk memastikan pembayaran lebih cepat. Ini menguntungkan penyedia dengan membuat pemrosesan lebih cepat, meningkatkan alur kerja, dan melacak informasi pasien. Menerapkan sistem penagihan di rumah sakit akan meningkatkan pendapatannya juga. Sistem penagihan di rumah sakit telah berubah selama beberapa dekade terakhir. Dari penagihan medis berbasis kertas manual dan proses pengkodean hingga otomatisasi lengkap, penyedia mendapat manfaat dari sistem penagihan rumah sakit. Selain itu, jika Anda ingin berinvestasi dalam sistem penagihan rumah sakit, memilih vendor yang dapat menyesuaikan perangkat

lunak penagihan sesuai kebutuhan Anda adalah bijaksana. Anda menggabungkan semua persyaratan dan fungsi dasar untuk meningkatkan proses siklus penagihan dan pendapatan penyedia

Sistem pembayaran rumah sakit diperoleh dari perhitungan biaya di ruangan yang terekam catatan medik dan keperawatan, sertaTindakan medis pada penderita,Tagihan dari penunjang (obat-obatan, laboratorium, Radiologi). Jadi, **billing system** adalah suatu kesatuan yang berasal dari beberapa elemen yang saling berhubungan dan bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan yaitu permintaan terhadap seseorang untuk membayar sejumlah uang yang diutang untuk barang atau jasa.

Manfaat *Billing System*

Billing system adalah bentuk perhitungan pembiayaan pelayanan kesehatan yang dilakukan secara sentralisasi oleh Sub-Bagian mobilisasi dana yang dibantu dengn komputer. Sedangkan petugas ruangan hanya mencatat dan mengumpulkan dokumen yang diperlukan. Dalam Billing System diharapkan tercapai

» Ketetapan perhitungan biaya pelayanan. Mudah terjadi kesalahan dalam perhitungan biaya perawatan

» Kecepatan dan kemudahan perhitungan biaya pelayanan. Lamanya waktu yang dibutuhkan pasien untuk membayar biaya pelayann selama di

rawat di rumah sakit

» Dapat dikendalikan pembayaran pelayanan dengan lebih baik

» Makin tertibnya administrasi dokumen pelayanan. Belum tertibnya dokumen untuk perhitungan biaya pelayanan

» Sering terjadi kebojoran dalam bentuk kelalaian petugas, sehingga tidak tertariknya biaya pelayanan kepada pasien

Sistem penagihan dalam perawatan kesehatan dengan fitur dan persyaratan yang dipersonalisasi menyederhanakan dan mempercepat penagihan hingga proses pembayaran. Selain itu, penyedia menerima banyak manfaat dari menggunakan perangkat lunak penagihan medis ini.

1. **Memungkinkan akses mudah ke catatan pasien**

   Sistem penagihan layanan kesehatan memiliki informasi pasien terkini, termasuk pengobatan dan status asuransi. Dan sistem penagihan medis semacam itu memberi pasien dan penyedia asuransi akses mudah ke informasi ini. Selain itu, penyedia yang mengintegrasikan sistem penagihan ini dengan EHR akan meningkatkan interoperabilitas layanan kesehatan mereka juga.

2. **Alur Kerja yang Disederhanakan**

   Sebagai salah satu persyaratan utama perangkat lunak penagihan rumah sakit, alur kerja penyedia disederhanakan. Setiap tugas, mulai dari pra-

pendaftaran hingga pengambilan pembayaran, solusi penagihan medis menyederhanakan alur kerja staf yang lengkap.

3. **Mengurangi biaya administrasi**

   Penagihan dan pemrosesan manual menambah biaya administrasi penyedia. Namun, penyedia dapat menghemat banyak tugas administratif dengan sistem penagihan medis dengan mengotomatiskannya.

4. **Meminimalkan kesalahan dan kehilangan pembayaran**

   Penyedia tidak perlu stres tentang kesalahan data dan kehilangan pembayaran dengan sistem penagihan rumah sakit. Solusi penagihan otomatis meminimalkan kesalahan dan mengoptimal kan proses pembayaran. Dan akhirnya, pendapatan penyedia juga meningkat.

5. **Peningkatan pelacakan klaim**

   Solusi penagihan rumah sakit menyederhanakan pelacakan dan pemrosesan klaim. Ini adalah salah satu persyaratan penting dari perangkat lunak. Ini memastikan klaim bebas dari kesalahan untuk memfasilitasi pemrosesan.

6. **Peningkatan dalam perawatan pasien**

   Solusi penagihan medis yang menyederhanakan proses pembayaran secara tidak langsung meningkatkan perawatan dan pengalaman pasien. Ini juga meningkatkan sistem keterlibatan pasien.

Kendala Billing

Belum sempurnanya sumber informasi yang dapat digunakan debagai pedoman untuk menetapkan rincian biaya pelayanan bagi pasien rawat Jalan/Inap. Belum tertatanya system pencatatan tindakan, pemeriksaaan dan pengobatan secara baik dan masih rendahnya kedisiplinan petugas pelaksana dalam melaksanakan pencatatan di lembar formulir catatan harian tentang tindakan, pemeriksaan dan pengobatan (Konsep SOAP)

Proses Billing System

Rikeh Shah, 2021 menerapkan sistem billing di sebuah rumah sakit, berikut panduan lengkap sistem billing rumah sakit 2022.

- Siklus Klaim Sepenuhnya Otomatis. Otomatisasi dalam proses manajemen penagihan dan klaim
- Model Pengguna yang Ditunjuk- Dengan kepatuhan HIPAA yang ketat, fokus pada peran individu
- Otomatisasi pengkodean CMS- Pengkodean yang akurat dan pelacakan penagihan yang seragam
- Intelligent Analytics- Mengelola alur kerja data penagihan dan klaim yang ditolak
- Rasio tagihan yang belum dibayar- Penurunan tagihan yang belum dibayar

Proses Builling System, mengikuti: 1. Tahap Desain (Rancang Bangun), 2. Tahap Uji coba, 3. Tahap Monev (Evaluasi dan perbaikan), 4. Tahap Penerapan. Uji coba penuh

1. Tahap desain

a. Metode

Metode yang diterapkan dalam komputasi memakai on line dengan jaringan Local Area Network, sehingga memungkinkan data transaksi yang dilakukan di seluruh kegiatan pelayanan rawat inap meupun rawat penunjang dalam waktu yang bersamaan dapat diproses sebagai bukti transaksi pembayaran

b. Sistem Administrasi Pembayaran

Konsep yang dirancang berisi kegiatan

» Pembuatan sistem dan prosedur (sisdur). *Clinical Pathway, Activity based Costing*
» Pembuatan format masukan dan keluaran
» Perencanaan kebutuhan perangkat komputer
» Pembuatan program komputer billing system
» Persiapan sumberdaya manusia serta rencana pembiayaan:
  1) Sistem dan Prosedur (sisdur). Perangkat Pendukung; Piranti keras (*Hard ware*) (*Hard ware & Soft Ware*), Piranti Lunak (*Soft ware*), Manajemen *database*
  2) Pelatihan SDM (*Brain ware*)
  3) Cakupan, Hasil Billing

2. Tahap Uji Coba

Tahap ini meliputi kegiatan uji coba perangkat komputer, program komputer serta melatih operator, termasuk sosialisasi pada seluruh karyawan.

Bila semua sudah siap, dilanjutkan dengan pelaksanaan Billing System baik komputerisasi dan manual. Dua system berjalan bersama untuk mengetahui manfaat dari Billing System

Tujuan Uji Coba. Antara lain :

- ✓ Mengukur kemampuan perangkat keras yang telah terpasang
- ✓ Menguji program aplikasi Billing System yang telah dibuat
- ✓ Mnegtahui kendala kendala yang akan menghambat pelaksanaan
- ✓ Untuk membiasakan petugas yang terkait sehinggan diharapkan dalam pelaksanaannya nanti tidak lamban
- ✓ Menilai dan menguji sistem informasi program aplikasi dengan kenyataan riil di lapangan baik dengan menggunakan komputerisasi dan manual

3. Tahap Monitoring dan Perbaikan

Tahap ini sebagai dasar penentuan standarisasi sistem Billing. Standarisasi Input-Proses-Outcome.

4. Tahap Operasi penuh

Pelaksanaan Billing System dan Follow-up/control

Manfaat Software Tagihan Rumah Sakit (*Hospital Billing Software*) **di tahun 2022**

Sistem penagihan dalam perawatan kesehatan dengan fitur dan persyaratan yang dipersonalisasi menyederhana kan dan mempercepat pe nagihan hingga proses pembayaran. Selain itu, penyedia menerima banyak manfaat dari menggunakan perangkat lunak penagihan medis ini

Gambar 13.3 Manfaat Billing Soft ware

1. **Memungkinkan akses mudah ke catatan pasien(*Enables easy access to patient record*)**

   Sistem penagihan layanan kesehatan memiliki informasi pasien terkini, termasuk pengobatan dan status asuransi. Dan sistem penagihan medis semacam itu memberi pasien dan penyedia asuransi akses mudah ke informasi ini. Selain itu, penyedia yang mengintegrasikan sistem penagihan ini dengan EHR akan meningkatkan interoperabilitas layanan kesehatan mereka juga.

2. **Alur Kerja yang Disederhanakan *(treamline workflow*)**

   Sebagai salah satu persyaratan utama perangkat lunak penagihan rumah sakit, alur kerja penyedia disederhanakan. Setiap tugas, mulai dari pra-pendaftaran hingga pengambilan pembayaran, solusi penagihan medis menyederhanakan alur kerja staf

yang lengkap.

3. **Mengurangi biaya administrasi (*Reduce administrative expent*)**

   Penagihan dan pemrosesan manual menambah biaya administrasi penyedia. Namun, penyedia dapat menghemat banyak tugas administratif dengan sistem penagihan medis dengan mengotomatiskannya.

4. **Meminimalkan kesalahan dan kehilangan pembayaran (*Minimize error and loss of payment)***

   Penyedia tidak perlu stres tentang kesalahan data dan kehilangan pembayaran dengan sistem penagihan rumah sakit. Solusi penagihan otomatis meminimalkan kesalahan dan mengoptimal kan proses pembayaran. Dan akhirnya, pendapatan penyedia juga meningkat.

5. **Peningkatan pelacakan klaim *(Improve claim tracking*)**

   Solusi penagihan rumah sakit menyederhanakan pelacakan dan pemrosesan klaim. Ini adalah salah satu persyaratan penting dari perangkat lunak. Ini memastikan klaim bebas dari kesalahan untuk memfasilitasi pemrosesan.

6. **Peningkatan dalam perawatan pasien (*Improve inpatient care*)**

   Solusi penagihan medis yang menyederhanakan proses pembayaran secara tidak langsung meningkatkan perawatan dan pengalaman pasien. Ini juga meningkatkan sistem keterlibatan pasien.

Kendala. Belum sempurnanya sumber informasi yang dapat digunakan debagai pedoman untuk menetapkan rincian biaya pelayanan bagi pasien rawat Jalan/Inap, Belum tertatanya system pencatatan tindakan, pemeriksaaan dan pengobatan secara baik, Masih rendahnya kedisiplinan petugas pelaksana dalam melaksanakan pencatatan di lembar formulir catatan harian tentang tindakan, pemeriksaan dan pengobatan (Konsep SOAP)

Proses Billing System

Penerapkan sistem billing di sebuah rumah sakit, berikut panduan lengkap sistem billing rumah sakit 2022., (Muzhir Shaban et.al 2012., Rikeh Shah, 2021)_

- Siklus Klaim Sepenuhnya Otomatis. Otomatisasi dalam proses manajemen penagihan dan klaim
- Model Pengguna yang ditunjuk- Dengan kepatuhan HIPAA yang ketat, fokus pada peran individu
- Otomatisasi pengkodean CMS- Pengkodean yang akurat dan pelacakan penagihan yang seragam
- *Intelligent Analytics*- Mengelola alur kerja data penagihan dan klaim yang ditolak
- Rasio tagihan yang belum dibayar- Penurunan tagihan yang belum dibayar

Tahapan Proses Billing System, dijabarkan dalam: 1. Tahap Desain (Rancang Bangun), 2. Tahap Uji coba, 3. Tahap Monev (Evaluasi dan perbaikan)dan 4. Tahap Penerapan. Uji coba penuh

1. Tahap desain

a. Metode

Metode yang diterapkan dalam komputasi memakai on line dengan jaringan Local Area Network, sehingga memungkinkan data transaksi yang dilakukan di seluruh kegiatan pelayanan rawat inap meupun rawat penunjang dalam waktu yang bersamaan dapat diproses sebagai bukti transaksi pembayaran

b. Sistem Administrasi Pembayaran. Konsep yang dirancang berisi kegiatan pembuatan sistem dan prosedur (sisdur). *Clinical Pathway, Activity based Costing,*Pembuatan format masukan dan keluaran, Perencanaan kebutuhan perangkat computer,Pembuatan program komputer billing system

c. Persiapan sumberdaya manusia serta rencana pembiayaan. Pelatihan SDM (*Brain ware*), Cakupan, Hasil Billing

2. Tahap Uji Coba

Tahap ini meliputi kegiatan uji coba perangkat komputer, program komputer serta melatih operator, termasuk sosialisasi pada seluruh karyawan. Bila semua sudah siap, dilanjutkan dengan pelaksanaan Billing System baik komputerisasi dan manual. Dua system berjalan bersama untuk mengetahui manfaat dari Billing System. Tujuan Uji Coba antara lain: Mengukur kemampuan perangkat keras yang telah

terpasang, Menguji program aplikasi Billing System yang telah dibuat, Mnegtahui kendala kendala yang akan menghambat pelaksanaan, Untuk membiasakan petugas yang terkait sehinggan diharapkan dalam pelaksanaannya nanti tidak lamban, Menilai dan menguji sistem informasi program aplikasi dengan kenyataan riil di lapangan baik dengan menggunakan komputerisasi dan manual

3. **Tahap Monitoring dan Perbaikan.** Tahap ini sebagai dasar penentuan standarisasi sistem Billing. Standarisasi Input-Proses-Outcome.
4. **Tahap Operasi penuh.** Pelaksanaan Billing System dan Follow-up/control

PELAKSANAAN *BILLING SOFTWARE*

Key Requirements to Successfully Implement Hospital Billing Software in 2022

Sistem **billing** di **Rumah sakit** berfungsi mengatur dan memproses semua tagihan yang berkaitan dengan item atau jasa yang dijual. dan khususnya di **rumah sakit**, item-item tersebut lebih khusus kepada obat-obatan, dan juga tindakan-tindakan medis. **Tugas kasir** pada umumnya sama, yaitu menerima pembayaran dari konsumen. Beda nya, **kasir rumah sakit** akan terhubung dengan rekam medis pasien (*medical record*) dari pasien. Sistem penagihan di rumah sakit atau perangkat lunak penagihan medis mengotomatiskan tugas penagihan manual untuk memastikan pembayaran lebih cepat. Ini

menguntungkan penyedia dengan membuat pemrosesan lebih cepat, meningkatkan alur kerja, dan melacak informasi pasien. Menerapkan sistem penagihan di rumah sakit akan meningkatkan pendapatannya juga.

Sistem penagihan di rumah sakit telah berubah selama beberapa dekade terakhir. Dari penagihan medis berbasis kertas manual dan proses pengkodean hingga otomatisasi lengkap, penyedia mendapat manfaat dari sistem penagihan rumah sakit. Selain itu, jika Anda ingin berinvestasi dalam sistem penagihan rumah sakit, memilih vendor yang dapat menyesuaikan perangkat lunak penagihan sesuai kebutuhan Anda adalah bijaksana. Anda menggabungkan semua persyaratan dan fungsi dasar untuk meningkatkan proses siklus penagihan dan pendapatan rumah sakit. Sistem penagihan di rumah sakit atau perangkat lunak penagihan medis mengotomatiskan tugas penagihan manual untuk memastikan pembayaran lebih cepat. Ini menguntungkan penyedia dengan membuat pemrosesan lebih cepat, meningkatkan alur kerja, dan melacak informasi pasien. Menerapkan sistem penagihan di rumah sakit akan meningkatkan pendapatannya juga.

Dalam praktik manajemen saat ini, masalah besar adalah kehilangan pendapatan, penolakan klaim, penagihan, dan kesalahan pengkodean. Namun, solusi otomatisasi perawatan kesehatan mengubah masalah ini dalam praktik medis. Demikian pula, perangkat lunak penagihan medis juga mengubah dinamika penagihan dalam sistem manajemen rumah sakit. Sistem penagihan yang berhasil di rumah sakit harus memiliki beberapa persyaratan penting.

1. **Pra-Registrasi dan Check-in Pasien**

   Sistem penagihan rumah sakit harus mendapatkan pasien terlebih dahulu. Pra-registrasi adalah langkah awal untuk memulai proses penagihan medis. Informasi pasien sangat penting untuk janji temu dan pembayaran lebih lanjut. Selain itu, manajemen rumah sakit perlu memeriksa kelayakan pasien untuk asuransi. Jadi, pra-registrasi pasien sangat berperan dalam proses penagihan dan kepuasan pasien. Selain itu, sistem penagihan medis harus menyertakan pin untuk formulir check-in pasien, opsi kelayakan, manfaat medis, dan riwayat pembayaran pasien. Selain itu, penyedia yang mencoba menerapkan sistem penagihan di rumah sakit dapat memilih perangkat lunak penagihan medis yang disesuaikan sesuai kebutuhan. Penyedia Layanan Kesehatan juga dapat mengintegrasikan catatan kesehatan elektronik dengan perangkat lunak penagihan rumah sakit untuk mengelola riwayat pasien dan detail lainnya.

2. **Verifikasi Asuransi**

Penyedia layanan kesehatan harus memastikan sistem penagihan di rumah sakit memverifikasi asuransi pasien. Setiap kali pasien membuat janji di rumah sakit, pihak asuransi membutuhkan verifikasi. Memeriksa status asuransi penting untuk pemrosesan klaim atau penggantian yang mudah dan cepat. Jadi, penyedia harus memeriksa ulang sebelum memulai proses penagihan. Selain itu, pasien dengan tunjangan kesehatan memerlukan verifikasi status dan pertanggungan asuransi mereka. Ini hanya untuk memastikan bahwa semua informasi dan pertanggungan asuransi dan manfaat kesehatan adalah yang terbaru. Penyedia dapat meningkatkan proses verifikasi mereka melalui solusi perawatan kesehatan terintegrasi

3. **Transkripsi Medis**

Transkripsi medis diperlukan dalam perangkat lunak penagihan rumah sakit setelah konsultasi pasien-dokter. Ini adalah pekerjaan profesional yang memenuhi syarat untuk mendengarkan dan menganalisis dokumen diagnostik untuk menyiapkan naskah medis. Akhirnya, naskah medis ini digunakan untuk konsultasi lebih lanjut dan penagihan medis. Jadi, dokter dan profesional transkripsi medis perlu memastikannya bebas dari kesalahan untuk memfasilitasi pemrosesan tagihan yang lebih cepat. Penyedia juga dapat menggunakan solusi analitik perawatan kesehatan untuk meningkatkan transkripsi

medis.

4. **Pengodean Medis**

   Setiap tagihan medis harus mengikuti kode informasi medis tertentu. Pengkode profesional menggunakan kode yang berbeda untuk menentukan alasan kunjungan, jenis penyakit, rencana perawatan potensial, dan tempat pemberian layanan. Semua informasi ini dalam kode tertentu membuatnya lebih mudah untuk dipahami dalam tagihan.

5. **Manajemen Klaim**

   Sistem penagihan di rumah sakit harus memenuhi kebutuhan manajemen klaim. Mengatur, mengajukan, dan memproses klaim medis dari episode perawatan pasien. Dan penyedia hanya dapat menyederhanakan proses ini dengan mengotomatisasi manajemen klaim. Selain itu, penyedia bahkan dapat menggunakan solusi informatika medis atau komputasi awan yang efektif untuk mengelola penolakan klaim.

6. **Penagihan & Pengumpulan**

   Ini adalah proses yang panjang, dari penjadwalan janji temu hingga penerimaan pembayaran. Dan penagihan dan pengumpulan medis merupakan persyaratan penting dalam solusi penagihan medis. Penyedia perlu mengirimkan faktur ke asuransi dan pasien untuk pembayaran untuk ini. Itu harus mencakup fungsionalitas seperti pernyataan pasien, pembuatan tagihan, surat pengumpulan lunak, pencatatan tagihan, penagihan otomatis, dan banyak lagi.

7. **Informasi Pasien**

Perangkat lunak penagihan layanan kesehatan memerlukan akses yang akurat dan terpusat ke informasi pasien. Pasien dan penyedia asuransi yang memiliki informasi pasien akan mempengaruhi proses penagihan. Selain itu, mengakses informasi pasien melalui informasi terpusat, juga dapat digunakan untuk manajemen kesehatan populasi dan sistem keterlibatan pasien. Lebih lanjut, integrasi EMR (*ElectronicMmedicalRrecord*) dengan sistem billing medis juga akan mengoptimalkan pengelolaan rekam medis.

8. **Manajemen Alur Kerja**

Perangkat lunak penagihan medis saat ini harus memenuhi persyaratan manajemen alur kerja. Banyak penagihan administratif dan pengkodean hingga pemrosesan pembayaran, penyedia layanan memiliki serangkaian tugas. Fungsi manajemen alur kerja dalam perangkat lunak penagihan rumah sakit ini akan mempercepat proses dengan akurat dan mengoptimal kan alur kerja staf. Selain itu, penyedia pelayanan perlu memastikan pertukaran data elektronik yang tepat dalam manajemen alur kerja untuk menjaga akurasi.

9. **Kepatuhan (*compliance*)**

Dari semua persyaratan tersebut, sistem billing di rumah sakit harus memiliki kepatuhan terhadap regulasi. Ini menjamin pengguna keselamatan dan

keamanan informasi pasien. Data dalam sistem penagihan medis memerlukan keamanan, dan kepatuhan terhadap HIPAA adalah cara terbaik untuk melindungi perangkat lunak dan data pasien.

10. Koleksi Pembayaran

Penagihan pembayaran adalah fungsi terakhir dan terpenting dari manajemen penagihan medis. Proses penagihan lengkap berakhir dengan asuransi dan individu membayar klaim. Baik pembayaran tradisional atau transfer elektronik adalah dua kemungkinan proses pembayaran.

SISTEM PENGENDALIAN BIAYA RUMAH SAKIT

1. *CLINICAL PATHWAY* (Jalan klinis)

Clinical Pathway, juga dikenal sebagai *Care Pathway, Critical Pathway, Integrated Care Pathway*, atau *Care Ma*p, adalah salah satu alat utama yang digunakan untuk mengelola kualitas dalam perawatan kesehatan mengenai standarisasi proses perawatan. CP adalah alat manajemen multidisiplin berdasarkan praktik berbasis bukti untuk kelompok pasien tertentu dengan perjalanan klinis rumah sakit yang dapat diprediksi, di mana berbagai tugas (intervensi) oleh para profesional yang terlibat dalam perawatan pasien ditentukan, dioptimalkan, dan diurutkan berdasarkan jam , hari (perawatan akut) atau kunjungan (perawatan di rumah). Hasil terkait dengan intervensi khusus. Telah terbukti bahwa praktek CP, mengurangi

variabilitas dalam praktek klinis dan meningkatkan hasil. Jalur klinis mempromosikan perawatan pasien yang terorganisir dan efisien berdasarkan praktik berbasis bukti

TUJUAN CP

Isi CP adalah (1) tipe pelayanan yang diberikan dan (2) kerangka/alur waktu yang berisi langkah tindakan yang dijalani pasien mulai dari masuk rumah sakit sampai dengan keluar rumah sakitT. CP merupakan alat bantu yang berbasis bukti ilmiah untuk mengurangi variasi layanan dan memperbaiki keluaran atau hasil layanan.

Umum : Upaya Peningkatan Mutu dan efisiensi layanan dalam penggunaan sumber daya (*To improve quality and efficiency in the use of resources. Finish work in a set time).*

Khusus:

1. Meningkatkan mutu proses dan keluaran untuk mengotimalkan perawatan pasien (*A process to optimize patient care*) dengan pelayanan yang telah terumah sakittandarisasi.
2. Meningkatkan mutu dokumentasi *(a guideline or a protocol)*
3. Meningkatkan koordinasi antara tim yang terlibat dalam proses pelayanan (*Cross Functional Team)*. Upaya mengembangan pengobatan dan pemeliharaan penunjang yang komprehensif (*Developing comprehensive treatment and supportive care*).

4. Sebuah program untuk solusi mutu perawatan pasien dengan pengendalian biaya (*A program to give patients a solution for optimal care while controlling costs or cost containment*). Menurunkan pembengkakan biaya rumah sakit karena : 1. Komplikasi perawatan medis: 2. Perawatan lebih lama
5. Kebijakan JKN. Adanya. Rumah sakit yang semula *price maker*, sekarang menjadi *price taker*. Sistem Paket Pelyanan INA CBG's (Indonesia Case Based Group) mengharuskan Rumah Sakit untuk memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik sesuai dengan kebutuhan pasien (*need & values*) dan menghindarkan RUMAH SAKIT dari risiko finansial karena meningkatnya biaya layanan (cathastrophic service)
6. Sebagai dasar kontrak pembiayaan dengan asuransi kesehatan (Having insure rumah sakit become willing and paying participants)
7. Menyediakan nilai tambah bagi dokter, pasien dan pengelola dana kesehatan dalam menurunkan variasi perawatan (*Providing value to physicians, patients and insurerumah sakit by reducing variation in care*).
8. Sebuah rencana pengobatan yang di standarisasi dan dipatuhi (*A treatment plan that is recommended and followed*)

Variasi layanan yang ditolerir adalah 20%-40% dalam CP. Karenabagaimanapun, masih ada hal ini tidak bisa dihindarkan

PRINSIP CP

Karena perubahan paradigma Rumah Sakit, pelayanan yang akuntabel dan transparansi. Oleh karena itu suatu perangkat kendali mutu, kendali biaya dan pengurangan variasi medis (Prinsip Clinical Pathway: suatu perangkat yang didasarkan suatu *evidence based clinical practice Guidline*) .

1. Sebagai Panduan manajemen untuk perencanaan perawatan kepada kelompok pasien tertentu dan waktu tertentu (ada kriteria kelompok pasien dan rentang waktu perawatan, sehingga terjamin efektivitas perawatan)
2. Merupakan Praktek Perawatan Pasien berbasis informasi (*Evidence based clinical practice :terdokumentasi, monitor dan evaluasi perawatan*)
3. Sebagai standariasi Perawatan proses dan hasil(standarisasi proses dan hasil) dan multi-disiplin, yang menjadikan panduan atau protokol perawatan
4. Merupakan *Team based care*

KRITERIA SELEKSI *CLINICAL PATHWAY*

Sinyal berikut dapat menunjukkan bahwa mungkin berguna untuk berkomitment sumber daya untuk menetapkan dan menerapkan jalur klinis untuk kondisi tertentu:

1. **Prevalensi kejadian patologi** dalam pengaturan perawatan
2. Tindakan yang mendatangkan risiko bagi pasien

(*Pathology with a significant risk for patients)*

3. Biaya tinggi dalam perawatan pasien (*Pathology with a high cost for the hospital*)
4. Alur perawatan klinik *(protokol:Predictable clinical course*)
5. homogeneous care *Pathology well defined and that permits*
6. Existence of recommendations of good practices or experts opinions
7. Variasi layanan yang tidak dijelaskan (Unexplained variability of care
8. *Possibility of obtaining professional agreement*
9. Praktek perawatan multi-disiplin (*Multidisciplinary implementation)*
10. Motivasi profesinal untuk bekerja pada konsisi spesifik (*Motivation by professionals to work on a specific condition)*
11. Perawatan akut dan perawatan rumah (*Acute care and home care*)

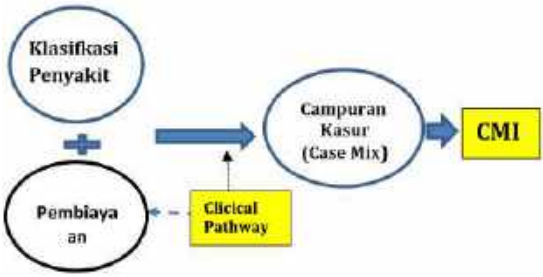
MANFAAT *CLINICAL PATHWAY*

CP hendaknya di mulai dengan kasus prioritas, kasus unggulan rumah sakit, sebagai alat bantu meningkatan sistem jaminan mutu dan biaya yang lebih baik. (JKN menuntut kualitas layanan yang lebih baik dan biaya yang efisien: *more quality but still efficient or cost*. Beberapa manfaat:

- Program untuk memberi solusi pada pasien untuk perawatan optimal sambil mengendalikan biaya. Memberikan perawatan berkualitas dengan biaya lebih rendah.
- Alat untuk memberikan perawatan berkualitas.(*A tool for giving quality care*)
- Cetak biru untuk membimbing para dokter. Memberikan nilai kepada dokter, pasien dan perusahaan asuransi dengan mengurangi variasi dalam perawatan (*A blueprint to guide physicians service. Providing value to physicians, patients and insurers by reducing variation in care*)
- Standar perawatan emas. Mengembangkan perawatan komprehensif dan perawatan suportif. Rencana perawatan yang direkomendasikan dan diikuti. *(A gold standard of care. Developing comprehensive treatment and supportive care. A treatment plan that is recommended and followed.*
- Hemat biaya dan hemat waktu. Lebih berkualitas tetapi tetap efisien. Hemat waktu untuk staf.
- Efektivitas biaya untuk penyedia layanan kesehatan (rumah sakit).

Case Mix.

Sistem pengelompokan/pengklasifikasian pasien dalam satu episode pelayanan yang dikaitkan dengan biaya pelayanan. Ciri setiap satu kelompok: Ciri klinis yang sama/mirip Pemakaian sumber daya/biaya perawatan sama/mirip



Case Mix:: 1. Akurasi pengkodean,2. Kode dokumentasi,3. INA CBG's (Operasi maior: transplan tasi,, operasi kardiotoraks, atau bedah saraf) , 4. Pem baruan bobot INA-CBG's

Indeks campuran kasus (Case Mix Index:CMI)?

Indeks campuran kasus adalah ukuran yang digunakan untuk menentukan tingkat penggantian biaya rumah sakit untuk peserta BPJS. Ukuran ini mencerminkan keragaman, kompleksitas, dan tingkat keparahan penyakit pasien yang dirawat di rumah sakit tertentu atau fasilitas perawatan kesehatan lainnya. Nilai indeks campuran kasus yang lebih tinggi menunjukkan bahwa rumah sakit telah merawat lebih banyak pasien yang kompleks dan intensif sumber daya, dan rumah sakit akan diganti dengan tarif yang lebih tinggi.

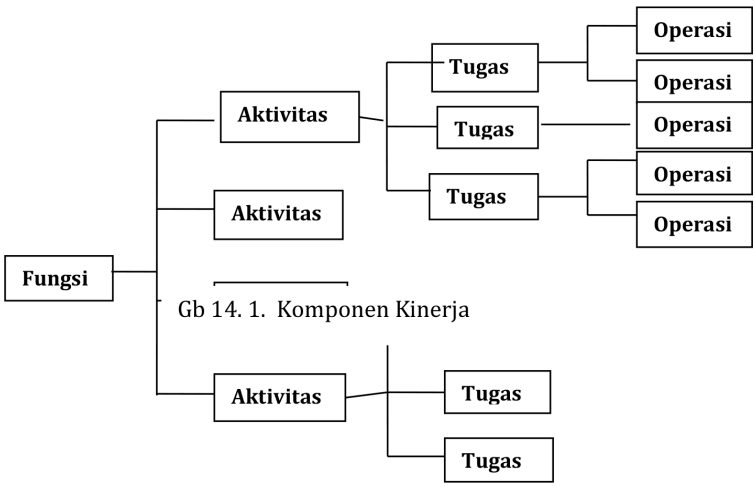
Indeks campuran kasus dihitung dengan menjumlahkan bobot relatif *Medicare Severity Diagnosis Related GroupINA CBG's* untuk setiap peayanan, dan membaginya dengan jumlah total pelayanan peserta BPJS pada bulan dan tahun tertentu. Indeks campuran kasus merupakan metrik perawatan kesehatan yang penting, karena Indeks campuran kasus tidak hanya memainkan peran sentral dalam keuangan rumah sakit, tetapi juga merupakan indikator penting dari kinerja rumah sakit dan dokumentasi klinis.

ACTIVITY BASE COSTING

BAB 14

KINERJA RUMAH SAKIT

Tolok ukur kinerja merupakan indikator dari pekerjaaan yang dilakukan dan hasil yang dicapai oleh suatu aktivitas, proses atau unit organisasi. Tolok ukur kinerja bisa financial dan non financial. Tolok ukur financial unit organisasi adalah keuntungan, tolok ukur non financial adalah jumlah admisi Rumah Sakit, BOR.



Gb 14. 1. Komponen Kinerja

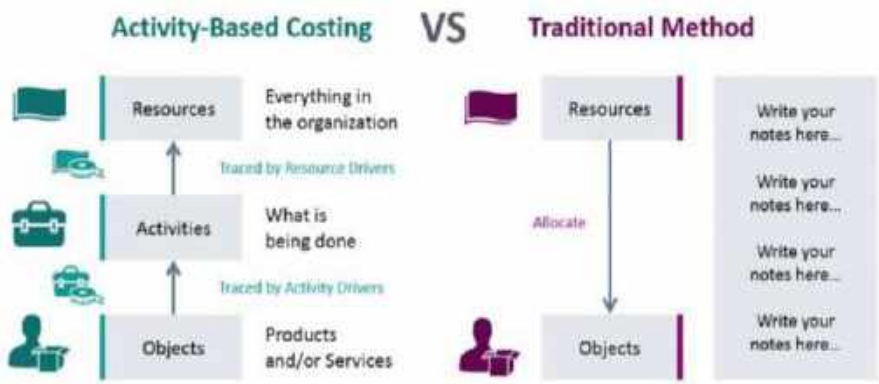
Fungsi terdiri dari serangkaian aktivitas yang berkaitan untuk melaksanakan suatu tujuan atau fungsi khusus. Fungsi pelayanan pasien merupakan serangkaian aktivitas anamnesa, pemeriksaan fisik/laboratorium dan pengobatan serta follow-up. Fungsi pelayanan dokter adalah mengobati pasien

Aktivitas merupakan apa yang klinis dan staf rumah sakit lakukan dalam melaksanakan suatu fungsi tertentu. Aktivitas akan mengkonsumsi sumberdaya untuk menghasilkan keluaran. Keluaran fungsi medis adalah kesembuhan pasien.

Tugas atau *Task* merupakan unsur kerja atau pekerjaan utama dari suatu aktivitas. Tugas menggambarkan bagaimana aktivitas dilaksanakan. Misal: mengukur tensi, menghitung denyut nadi, periksa refleksi, palpasi, perkusi dan auskultasi. Sebelum tugas ada satu unsur pekerjaan yaitu prosedur, artinya di mana aktivitas tersebut dilaksanakan. Tugas dilaksanakan di rawat jalan, rawat inap rumah sakit

Operasi adalah isi dari *task* yang bisa ditangkap indera seperti pada tugas pengukuran tensi, dokter mengukur tensi dengan memperhatikan tekanan sistol dan diastol. Operasi adalah unsur terkecil dari suatu pekerjaan

Dalam fungsi pelayanan pasien di poli rawat jalanm atau rawat injap rumah sakit, ada serangkaian aktivitas. Serangkaian aktivitas tersebut terdiri dari aktivitas anamnesa, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium bila diperlukan dan pengobatan. Pada aktivitas pemeriksaan fisik dilakukan tugas atau *task* yaitu mengukur tensi darah, auskultasi dan perkusi, perabaan dll. Operasionalisasi dari tugas auskultasi adalah mendengarkan dengan stetoskop suara jantung yaitu denyut, bising jantung atau bising usus. Semua aktivftas tersebut mengkonsumsi biaya.



Metoda tradisional

Total cost atau *overhead cost* di distribusi langsung ke *cost objects*

1. ***Full Costing Method.*** Penentuan harga pokok produk ,jasa Kesehatan yang membebankan seluruh biaya overhead (*cost resources*: biaya variable, tenaga

kerja,variable, fix overhead kepada biaya pokok produk. Untuk laporan eksternal organisasi. Fixed oeverhead cost dibebankan sebagaibiaya produk/ jasa Kesehatan.

2. ***Variale Costing Method***. Penentuan harga pokok produk yang dibebankan biaya variable (*variable cost: Biaya bahan langsung, biaya tenaga langsung, fix overhead*) kepada harga pokok produk. Untuk laporan internal manajemen. *Fix overhead* dibebankaj sebagai biaya periode, yang menggambarkan kapasitas produksi
3. ***Differential cost for Different purpose*** **(Biaya beda unutk tujuan berbeda)**
4. ***Activity Based Costing Method.*** Penentuan harga pokok produk yang mengukur seluruh sumber daya yang digunakan (*overhead*)atau di konsumsi oleh setiap aktivitas yang dilaksanakan, untuk mengasilkan produkatau jasa rumah sakit

FULL COST ACCOUNTING

Full cost accounting **sangat** cocok untuk menghitung akuntasi biaya jasa kesehatan yang diasumsikan **relatif homogen**. **The step-down Sequence:** Metode ini merupakan metode yang digunakan di Amerika Serikat, karena relatif mudah dan direkomendasikan American Hospital Association (AHA). *Full Cost Accounting* adalah prosedur bagaimana mendistribusikan biaya pusat penunjang ke pusat produksi dengan menggunakan prinsip *"trickling down"*-menetes kebawah.

DIFFERENTIAL COST ACCOUNTING

Biaya yang berbeda digunakan untuk tujuan yang berbeda. Analisis Biaya Diferensial selalu melihat informasi biaya saat ini ke masa depan. Jadi fokusnya adalah bagaimana biaya akan terpengaruh di masa depan. Permasalahan yang muncul saat menghitung biaya untuk jasa kesehatan adalah

- Output yang sama sering memerlukan berbagai macam input yang berbeda (tenaga kerja, sumberdaya material, obat, alkes, dll), terutama pada kasus campuran (*case mix*)
- Output jasa rumah sakit sangat tidak homogen

Ada 5 masalah utama dalam pelayanan jasa rumah sakit yang secara efektif mempengaruhi penggunaan sumberdaya input rumah sakit,(Young D.W, 1984, 2013) yaitu:

- Penyakit campuran *(case mix)*: Myocard infark, hipertensi dan Diabetes Mellitus)
- Jumlah kasus pada masing masing kategori penyakit (1. Miocard. Infark, 2. hipertensi, 3 Diabetes Mellitus)
- Sumberdaya yang digunakan per kasus (masing masing kasus tersebut akan mengkonsumsi sumberdaya yang berbeda). Pada kasus dengan tingkat keparahan dan kegawatan beda, lama sakit (akut atau kronis, jelas akan mengkonsumsi sumber daya yang berbeda pula)
- Efisiensi sumber daya pelayanan (ini bisa dibandingkan dengan *standard operating procedures)*
- Biaya per unit sumberdaya (masing penyakit

memerlukan bahan pemeriksaan dan obat yang berbeda, sehingga total biaya masing masing kasus berbeda)

Kesemuanya akan menentukan, betapa sulitnya menghitung biaya total dan biaya satuan yang harus disamakan seperti pada *Full Cost Accounting*.

Pengendalian Biaya untuk 5 masalah utama

Masalah utama	**Kekuatan pengendalian**			
	Lingkungan	**Dokter**	**Administrasi**	**Asuransi**
Kasus campuran (case mix)	**+++**	**++**	**+**	**+**
Jumlah Kasus	**+++**	**++**	**++**	**+**
Sumberdaya per kasus	**-**	**+++**	**+**	**+**
Masukan Tarif	**++**	**-**	**++**	**+**
Efisiensi	+	+	+++	+

\+ : kekuatan lemah
++ : kekuatan sedang
+++ : kekuatan kuat

Kasus campuran dipengaruhi faktor demografi, epidemiologi dan Pusat pelayanan kesehatan (h Blum, 1984). Rujukan ke rumah sakit yang terlambat karena sistem rujukan tidak berjalan akan mengakibatkan yang dirujuk ke rumah sakit merupakan kasus yang terlambat. Faktor epidemiologi berisi informasi tentang insiden dan prevalensi sakit, yang diurai menurut distribusi serta pola kebiasaan berobat. Faktor sosio-demografi berisi informasi tentang persepsi sehat sakit di masyarakat .

Kedua faktor baik epidemiologi dan sosio-demografi yang tidak sehat akan menyebabkan mereka datang ke rumah sakit sebagai kasus yang terlambat.

Activity Based Costing

DEFINISI

Young D, 2013.,menjelaskan "Sistem ABC menghitung biaya aktivitas individu dan menetapkan biaya ke objek biaya *(Cost object,* seperti produk dan layanan berdasarkan aktivitas yang dilakukan untuk menghasilkan setiap produk atau layanan". ABC merupakan suatu disiplin ilmu manajemen yang memfokuskan pada pengelolaan aktivitas sebagai jalan memperbaiki nilai yang diterima pelanggan dan laba yang dicapai organisasi dengan memberikan nilai tersebut. Ruang lingkup disiplin ini mencakup analisis pemicu biaya (*cost driver analysis*), analisis aktivitas (*Activity analysis*) dan pengukuran kinerja (*Performance measurement*). Activity Based management (ABM) menggunakan *Activity Based Costing* (ABC*)* sebagai sumber informasi finansial.

Activity based costing **adalah suatu metodologi yang mengukur biaya dan kinerja dari aktivitas, sumberdaya dan objek biaya**. Sumber daya dikonsumsi oleh aktivitas, kemudian dibebankan ke objek biaya berdasarkan penggunaannya. *Activity-Based Costing System*. ABC System adalah metode akuntansi yang dapat digunakan untuk mencari **total biaya aktivitas,** yang diperlukan untuk membuat suatu produk atau aktivitas

layanan kesehatan. Penetapan biaya berdasarkan aktivitas adalah cara yang lebih spesifik untuk mengalokasikan (pembebanan) biaya overhead pada "aktivitas" yang dilakuan. Sistem penetapan biaya berdasarkan aktivitas adalah prosedur dua tahap untuk membebankan biaya overhead sebelum ke produk, yang berfokus pada aktivitas utama yang dilakukan dalam proses produksi. Penetapan biaya berdasarkan aktivitas adalah metode penetapan biaya yang mengidentifikasi aktivitas dalam suatu organisasi dan membebankan biaya setiap aktivitas ke semua produk dan layanan, sesuai dengan konsumsi aktual oleh masing-masin objekiaya. Selain itu, ABC telah dikembangkan sebagai metode biaya penyerapan yang lebih modern untuk mengatasi masalah biaya yang terlalu rendah dan biaya yang lebih tinggi dan untuk menghasilkan biaya produk yang lebih akurat. (True Tamplin, BSC, CEPF., september 17, 2021

MANFAAT ABC

Dengan penetapan **biaya berbasis aktivitas**, maka perlu mempertimbangkan **biaya langsung dan overhead (tidak langsung) untuk membuat setiap proses layanan**. Anda menyadari bahwa aktivitas yang berbeda memerlukan biaya tidak langsung yang berbeda pula. Dengan menetap kan biaya langsung dan overhead untuk setiap produk, Anda dapat menetapkan harga dengan lebih akurat. Dan, proses penetapan biaya berbasis aktivitas menunjukkan kepada rumah sakit **biaya overhead mana yang mungkin dapat Anda kurangi. Misa**lnya biaya

penyakit kronis., yang memerlukan banyak pemeriksaan penunjang (laboratorium, rongent), maka biaya penyakit kronis akan menjadi bertambah. Makin kronis dan parah, juga memerlukan biaya yang lebih mahal

PRINSIP ABC

1. **Activity Based Costing (ABC**) adalah metode sistematis, sebab & akibat untuk membebankan biaya ke produk atau berdasarkan konsumsi sumber daya ke aktivitas, aktivitas ke produk, layanan, pelanggan, atau objek biaya apa pun.
2. **Aktivitas merupakan titik focus dalam perhitungan biaya**
3. **Produk atau layanan jasa rumah sakit mengkonsumsi aktivitas**
4. **Sistem penetapan biaya** yang memberikan pengukuran yang lebih baik atas ketidak seragaman dalam penggunaan sumber daya overhead organisasi untuk pekerjaan, produk dan layanan.
5. Resources requiring Activities. Resources and Activities causing Cost. Activities create a demand for Products or Services

Faktor Pendorong Pengembangan ABC

Sistem penetapan biaya berdasarkan aktivitas telah dikembangkan pada dasarnya karena keterbatasan sistem biaya penyerapan tradisional. Faktor dasar yang mendorong pengembangan Activity based costing (ABC

System) dapat diringkas sebagai berikut:

1. Metode tradisional yang diterapkan untuk menyerap overhead menekankan pada perhitungan dan penerapan tingkat pemulihan overhead yang dapat diterima untuk penilaian saham untuk tujuan pelaporan keuangan rutin. Manajemen tidak dapat menemukan metode penetapan biaya tradisional yang berbeda ini yang dapat membantu dalam membuat beberapa keputusan sulit yang dapat mempengaruhi strategi produk.
2. Pesatnya perkembangan produksi otomatis telah menyebabkan meningkatnya biaya overhead. Menurut perkiraan, tarif overhead normal yang 200% hingga 300% dari biaya langsung sekitar 15 tahun yang lalu, telah naik menjadi 500% hingga 800%.
3. Persaingan pasar yang semakin meningkat dan ketat akibat globalisasi telah meningkatkan kebutuhan biaya produk yang lebih akurat untuk menghindari kerugian under-costing dan over-costing.
4. Telah terjadi peningkatan kecenderungan diversifikasi produk untuk mengamankan ruang lingkup ekonomi dan peningkatan pangsa pasar yang membutuhkan kepastian biaya produk yang lebih akurat di bawah kondisi struktur biaya yang cepat berubah.

Pentingnya/Keuntungan ABC

1. Penetapan biaya berdasarkan aktivitas tidak hanya berlaku untuk organisasi manufaktur: ini juga sesuai untuk organisasi layanan seperti lembaga keuangan, penyedia perawatan medis, dan unit pemerintah. Bahkan, beberapa perusahaan perbankan telah menerapkan konsep tersebut selama bertahun-tahun dengan nama lain – unit costing.
2. Keuntungan utama menggunakan Activity Based Costing (ABC) adalah menghindari atau meminimalkan distorsi dalam penetapan biaya akt9tas layanan yang dihasilkan dari alokasi biaya tidak langsung yang sewenang-wenang. Tidak seperti anggaran item lini yang lebih tradisional yang tidak dapat dikaitkan dengan keluaran tertentu, ABC menghasilkan informasi yang berguna tentang bagaimana uang dibelanjakan, jika suatu departemen hemat biaya, dan bagaimana membandingkan (atau membandingkan diri sendiri dengan orang lain) untuk peningkatan kualitas.
3. Activity Based Costing juga menyediakan metrik yang jelas untuk perbaikan. Ini mendorong manajemen untuk mengevaluasi efisiensi dan efektivitas biaya kegiatan program. Beberapa sistem ABC mengurutkan aktivitas berdasarkan sejauh mana aktivitas tersebut menambah nilai bagi organisasi atau outputnya.
4. Ini membantu manajer mengidentifikasi aktivitas apa yang benar-benar bernilai tambah (value added) , aktivitas yang paling baik untuk menyelesaikan misi,

memberikan layanan, atau memenuhi permintaan pelanggan—sehingga meningkatkan pengambilan keputusan melalui informasi yang lebih baik, dan membantu menghilangkan pemborosan dengan mendorong karyawan untuk melihat semua biaya. Itulah sebabnya aspek penting dari setiap upaya ABC adalah mendapatkan gambaran yang jelas tentang aktivitas yang dilakukan area bisnis. Ketika karyawan memahami aktivitas yang mereka lakukan, mereka dapat lebih memahami biaya yang terlibat.

Fungsi Activity Based Costing

Untuk memberikan akurasi yang lebih tinggi dalam penghitungan biaya produk dan layanan dibandingkan dengan sistem penetapan biaya tradisional, karena semua produk tidak diproduksi secara merata dan beberapa produk diproduksi dalam jumlah besar dan beberapa dalam jumlah kecil, sehingga biaya overhead produksi telah meningkat secara signifikan dan tidak lagi berkorelasi dengan jam kerja mesin produktif atau jam kerja langsung. SDM

- Untuk memahami biaya produk dan pelanggan.
- Untuk memahami profitabilitas berdasarkan proses produksi atau pelaksanaan.
- Untuk memiliki analisis terstruktur sehubungan dengan proses yang kompleks.
- Untuk menyediakan banyak informasi kepada manajemen untuk membantu dalam pengambilan keputusan.

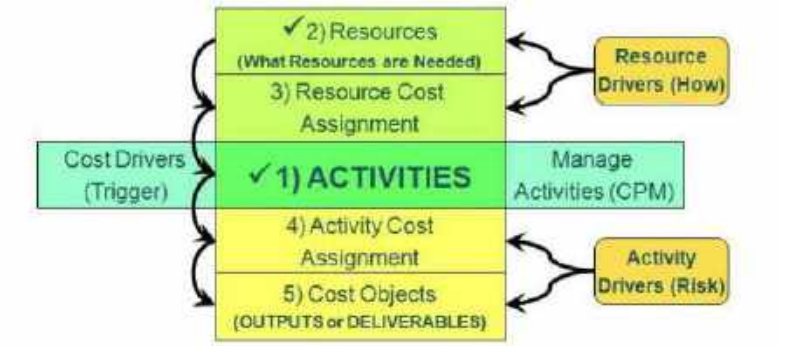
- Menghilangkan aktivitas yang tidak menambah nilai(NON VALUE ADDED) karena keragaman produk.
- Untuk meningkatkan aktivitas nilai tambah karena keragaman permintaan pelanggan berkembang pesat.

Kebutuhan atau Objek dari Activity-Based Costing diperlukan oleh organisasi untuk tujuan penetapan biaya produk yang akurat dalam kasus di mana:

1. Biaya overhead produksi tinggi dibandingkan dengan berbagai biaya langsung;
2. Rangkaian produk organisasi sangat beragam;
3. Sumber daya overhead yang digunakan oleh berbagai produk sangat berbeda jumlahnya;
4. Volume atau kuantitas produksi bukan merupakan kekuatan pendorong utama untuk konsumsi sumber daya overhead.

Komponen dalam Activity Based Costing

ABC: Pendekatan penentuan biaya yang membebankan biaya ke produk atau jasa berdasarkan **konsumsi sumber daya pada aktivitas.** Pendekatan pembebanan biaya yang pertama menggunakan penelusuran langsung (***direct tracing***) dan penelusuran penggerak (***driver tracing***) untuk membebankan biaya pada aktivitas pada objek biaya (*cost object)*



Model ABC dimulai adanya pemahaman input tampilan biaya sumber daya (cost view), tentang pemicu sumber daya dan apa saja biayanya. Sumber daya ini akan dibebankan ke aktivitas. Pemahaman proses, yang terdiri dari pemicu aktivitas (*activity driver*) dan pembebanan ke produk dan/atau jasa Kesehatan. Untuk aktivitas dierlukan informasi aktivitas dan penilaian kinerja. Akhirnya dengan memahami tampilan input dan proses serta hasil (produk, jasa layanan) didaptakan pengambilan keputusan yag lebih baik

Gambar 14.1 Activity based Costing Management

Rumus Penetapan Biaya Berbasis Aktivitas

Formula
ABC= Total cost/Cost Driver

Rumus ABC dapat dijelaskan dengan konsep inti berikut.

- ***Total cost*** (Kumpulan Biaya): Ini adalah item yang memerlukan pengukuran biaya, dijabarkan dalam fix cost, semi varibel cost dan variable cost, untuk

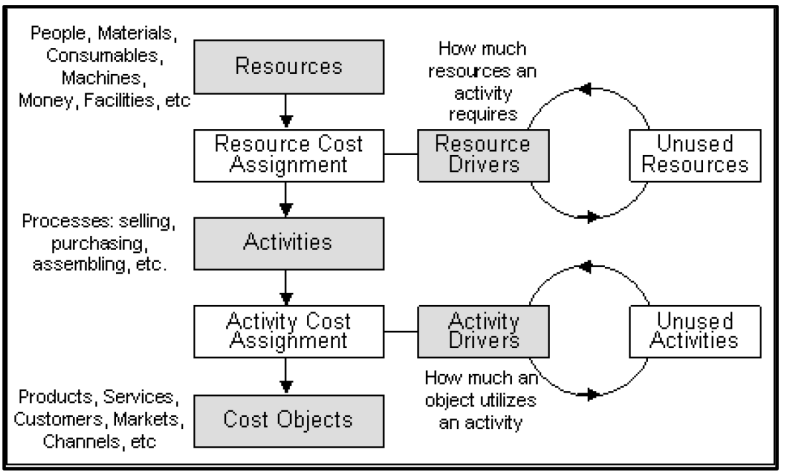
menghasilkan produk atau jasa ruah sakit

- ***Cost Driver***: Ini adalah faktor yang akan menyebabkan perubahan biaya aktivitas tersebut. Ada dua jenis pemicu biaya: 1) *Resource Cost Driver*: Ini mengukur jumlah sumber daya yang dikonsumsi aktivitas. Ini akan digunakan untuk menetapkan biaya sumber daya untuk suatu aktivitas. Misalnya, Listrik, Gaji Staf, Iklan, konsumsi bahanbaku,dll.; 2) Penggerak Biaya Aktivitas*(activtiy driver*): Ini adalah ukuran intensitas permintaan dan frekuensi yang ditempatkan pada aktivitas oleh kumpulan biaya. Ini akan membebankan biaya aktivitas ke produk atau pelanggan. Misalnya, biaya pemesanan bahan, biaya pemasangan mesin, biaya inspeksi dan pengujian, biaya penanganan dan penyimpanan bahan, dll.

Pool Biaya Berdasarkan ABC. Kumpulan biaya terdiri dari satu atau lebih aktivitas serupa yang tidak dapat diidentifikasi dengan mudah dengan produk, layanan, departemen tertentu, dll. Kumpulan biaya digunakan untuk memperhitungkan biaya umum organisasi.

LANGKAH PERHITUNGAN ABC (Young D, 2013, 12 Manage)

Langkah proses ABC



Gambar 14.2 *Activituy Based Costing Model*

Unuse resources, terkait biaya tetap sumber daya, yang digunakan, tetapi tidak langsung berkaitan dengan produk jasa layanan (*Management expense, Sale expense, Financial expense, Marketing*)

Gambar 14.3 Penerapan Langkah ABC

Langkah 1. COST OBJECT

Identifikasi Objek Biaya. Objek biaya, dapat berupa **jumlah pelanggan, produk, layanan, proyek, atau unit kerja lain yang menginginkan pengukuran biaya terpisah**. Objek biaya yang paling umum adalah **biaya produk atau jasa di Rawat Inap, Rawat Jalan, Penunjang (laboratorium, foto), peresepan obat.** Objek Biaya yang lain, yaitu Biaya Kelas Perawatan di "RSU X", biaya laboratorium, biaya radiologi. Objek biaya juga dikenal dengan nama "**cost revenue center" Cost Object**. Adalah hasil berupa i produk,layanan dari pusat biaya, di mana aktivitas di jalankan

Objek Biaya (*cost object*) vs Penggerak Biaya (*cost driver*)

Beberapa perbedaannya adalah sebagai berikut:

- Objek biaya berkaitan dengan biaya keseluruhan produk atau jasa, sedangkan pemicu biaya *(cost driver*) berkaitan dengan kuantitas sumber daya yang dikonsumsi oleh unit/instalansi rumah sakit
- Objek biaya lebih merupakan akuntansi dan penganggaran, sedangkan pemicu biaya lebih merupakan perhatian manajemen.
- Objek biaya meningkatkan transparansi dalam alokasi biaya sedangkan pemicu biaya meningkatkan efisiensi karyawan.
- Objek biaya mencoba mengurangi biaya dengan metode penganggaran, sedangkan pemicu biaya mengurangi biaya dengan metode insentif dan

motivasi karyawan.

NO	KELAS (Cost Object)	JUMLAH PASIEN
1	VIP	368
2	UTAMA I	412
3	UTAMA II	650
4	KELAS I	698
5	KELAS II	820
6	KELAS III	2.280
	JUMLAH	5.228

Langkah 2. Identifkasi Pemicu Biaya (Activity driver)

Penggerak aktivitas digunakan untuk melacak biaya aktivitas ke objek biaya. Activity driver…..how much an cost object utilize activiy. Objek Biaya: Ini menunjukkan item yang biayanya dihitung menggunakan Sistem penetapan biaya berbasis aktivitas. **Objek Biaya: Produk hasil pemeriksaan intangible (laboratorium, USG, Pemeriksaa X Ray).**

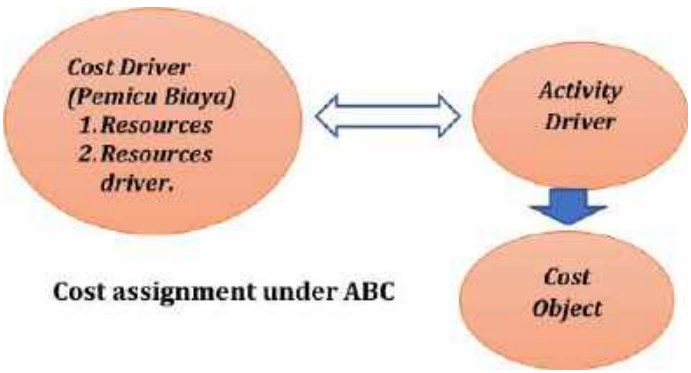
Activity Driver: Ada di *Activity center* (pusat aktivitas) : Registration, patient consultation, proses/ prosedur layanan, labratorium, USG

Aktivitas (Activity driver)	Volume	Biaya (Rp)	Satuan
1. Biaya Perawatan			
2. Biaya Listrik Air			
3. Biaya Konsumsi			
4. Biaya Laundry			
5. Biaya Kebersihan			

6. Biaya Bahan Habis Pakai			
7. Biaya Administrasi			
8. Biaya Asuransi			
9. Biaya Penyusutan Gedung			
10. BiayaPenyusutan fasilitas			
11. Bed			

Langkah 3. Resources driver

Sumber daya organisasi merupakan faktor yang dapat diukur yang digunakan untuk pembeban kan biaya sumbser daya ke aktivitas dan dari aktivitas ke aktivitas lainnya, kemudian ke produk atau jasa. *Cost Driver* diurai menjadi 2 langkah identifikasi *Resoures driver* (ada di pusat aktivitas) dan Activity drivers di tempat objek biaya. Komponen biaya mengacu pada akun yang menerima dan mengakumulasi biaya selama periode waktu tertentu. Ini juga mencakup akun pendapatan yang menerima dan mengumpulkan pendapatan selama periode waktu tertentu. Identifikasi biaya sumber daya organisasi dan pemicu biaya langsung yaitu bahan langsung, tenaga kerja , biaya fasilitas.



Pemicu biaya sumber daya adalah faktor yang menyebabkan perubahan jumlah aktivitas. **Resouces driver**, ada di pusat **aktivitas pelayanan** (Registrasi, konsul pasien, procedur layanan, radiologi, laboratoroum)

***Resources driver (*Penggerak Biaya Sumber Daya).**

Penggerak sumber daya adalah dasar untuk menelusuri sumber daya ke aktivitas. ***How much resources an activity requires.*** Penggerak sumber daya didefinisikan sebagai **ukuran kuantitas sumber daya yang dikonsumsi oleh suatu aktivitas. Ukuran kuantitas sumber daya** yang di konsumsi oleh aktivitas. akan digunakan untuk pembebankan biaya sumber daya ke aktivitas atau kumpulan aktivitas biaya. *Resources* adalah tempat organisasi membelanjakan uang mereka., kategori biaya yang dicatat. Sumber daya didefinisikan sebagai elemen ekonomi atau uang yang diterapkan atau digunakan dalam pelaksanaan aktivitas. **Sumber daya: Uang Gaji, Material, Bahan habis pakai. Mesin, Fasilitas, luas ruangan,** yang digunakan dalam pelaksanaan kegiatan. Contoh tambahan dari sumber daya termasuk perbaikan, inspeksi, sewa, penyusutan, utilitas, asuransi, dan persediaan. Semua di nyatakan dalam uang.

Overhead cost adalah biaya sumber daya, yang langsung digunakan dalam aktivitas. Dapat berupa Gedung, fasilitas/teknologi. Biaya ini di masukan sebagai

biaya sumber daya selain gaji karyawan dan bahan habis.

Tabel 14.1 Overhead Cost

Biaya Sumber daya	**Kuantitas**	**Total Biaya**	
Cost of managemnt	Number of employee		
Staf & Karyawan	Number of employee		
Depresiasi alat	Jumlah mesin/alat		
Biaya Pemeliharaan a peralatan	Jumlah		
Sewa Gedung			
Asuransi			
Listrik /Heating	Jumlah KWH		
Cleaning	Luas Area (M2)		
Laundry	Jumlah di cuci (*washed & Cleaned*)		

Biaya aktivitas

Empat kategori aktivitas dalam proses pelayanan pasien yakni: a. Aktivitas ber level unit (satuan kerja),b. Aktivitas berlevel batch (kelompok:cost pool), c. Aktivitas untuk mendukung produk, servis penunjang, dan d. Akltivitas untuk medukung fasilitas, sedangkan ukuran frekuensi & intensitas permintaan (volume) terhadap suatu aktivitas terhadap objek biaya, digunakan untuk pembebankan dari cost pool ke cost object Contoh: Jumlah pasien, jumlah pemeriksaan penunjang medis (laboratorium, radiologi)

Elemen biaya	Jumlah
1. Unit-level activity cost	
Biaya gaji perawat	Rp 320.000.000
Biaya listrik dan air	Rp 19.500.000
Biaya konsumsi	Rp 102.700.000
2. Batch-related activity cost	
Biaya kebersihan	Rp 60.200.000
Biaya administrasi	Rp 55.900.000
Biaya bahan habis pakai	Rp 90.000.000
3.Fasility-sustaining activity cost	
Biaya asuransi	Rp 65.800.000
Biaya laundry	Rp 25.300.500
Biaya depresiasi gedung	Rp 200.000.000
Biaya depresiasi fasilitas	Rp 55,500,000
TOTAL	Rp 994.900.500

Penggerak sumber daya (*Resource driver*: **berapa banyak sumber daya** yang dibutuhkan suatu aktivitas)

Tipe Kamar (Resource driver)	Luas kamar (m2)	Tota l biaya sebelum depresiasi	Biaya setelah Depresiasi
VIP	470		
UTAMA I	320		
UTAMA II	320		
KELAS I	398		
KELAS II	206		
KELAS III	396		
TOTAL	2.110		

Langkah 4. Bagilah aktivitas ke dalam kumpulan biaya (*activity → cost pool*)

Pilih dasar alokasi biaya (pembebanan iaya overhead) ke activitas (Identify the *indirect costs* associated with each cost-allocation base (activity).) Setelah Anda mengidentifikasi aktivitas yang diperlukan, Anda kemudian dapat membaginya ke dalam **kumpulan biaya (cost pool).** Kumpulan biaya adalah pengelompokan biaya yang terkait dengan aktivitas tertentu, seperti registrasi sampai Apotik.. Pisahkan setiap aktivitas ke dalam kumpulan biaya yang sesuai berdasarkan tujuan atau sasarannya.

Langkah 4.1 Alokasi Biaya Organisasi ke Aktivtas

Pembebanan biaya overhead di tentukan urutan biaya overhead: apakah bisa langsung ke aktivitas atau melalui beberapa aktiitas(pool activity). Karena itu ada kemungkian langsung distribusi (*direct assignment*) atau double distribusi

4.1.1 Pilih dasar alokasi biaya (pembebanan) overhead ke aktivitas

4.1.2 Pembebanan biaya overhead *(Overhead assignment)*

Dimulai dengan menetapkan biaya untuk aktivitas, selanjtnya pikirkan apa ada (*cost pooling*) dan dilanjutkan pembebanan biaya

Langkah 5 Pembebanan aktivitas ke cost object

Tetapkan & lampirkan (assign & Attach) Aktivitas mengarah ke objek Biaya). Penetapan biaya berdasarkan aktivitas (ABC) adalah metode untuk membebankan biaya overhead dan biaya tidak langsung—seperti gaji dan utilitas—ke produk dan layanan. Sistem ABC akuntansi biaya didasarkan pada kegiatan, yang dianggap setiap peristiwa, unit kerja, atau tugas dengan tujuan tertentu.

Langkah 5.1 Bagilah aktivitas ke dalam kumpulan biaya (Divide activities into costpool)

Setelah mengidentifikasi aktivitas yang diperlukan, kemudian dapat membaginya ke dalam kumpulan biaya. Kumpulan biaya adalah pengelompokan biaya yang terkait dengan aktivitas tertentu, seperti pelayanan Rawat Jalan, Rawat Inap, Laboratorium. Pisahkan setiap aktivitas ke dalam kumpulan biaya yang sesuai berdasarkan tujuan atau sasarannya.

5.1.1 Aktivitas yang mengkonsumsi biaya sumber daya sedangkan produk atau servis layanan dapat langsung mengkosumsi biaya sumberdaya maupun biaya aktivitas

5.1.2 Pemicu sumberdaya (*resoures driver*) digunakan untuk membebankan biaya sumber daya ke aktivitas, kemudian aktivitas ke objek biaya. Biaya yang sudah di alokasi disebut tarif

Tarif Overhead= Biaya Overhead/biaya aktivitas

Metoda Pembebanan Biaya

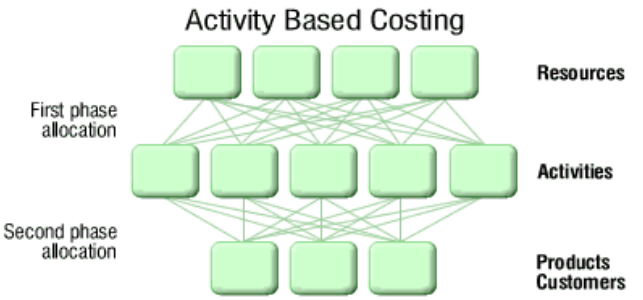
» Biaya OH dibebankan pada aktivitas dan bukan pada unit organisasi
» Biaya OH pada aktivtas /perawatan pasien, diagnose "X"
» Tetapkan pemicu biaya ke kumpulan biaya (cost driver → cost pool, bila ada)

Setelah mengurutkan aktivitas ke dalam kumpulan biaya,maka dapat ditentukan pemicu biayanya. Penggerak/pemicu biaya adalah apa yang mempengaruhi perubahan biaya, seperti jam, unit atau suku cadang. Telusuri setiap kumpulan biaya dan tetapkan pemicu biaya. Misalnya, jumlah pasien mempengaruhi biaya perawatan

◊ **Hitung tarif pemicu biaya** ***(Calculate the cost driver rate)***

Untuk menemukan tarif pemicu biaya, pertama-tama, harus membagi total overhead setiap kumpulan biaya dengan pemicu biaya total. Kemudian, kemudian menentukan jumlah jam, unit, atau suku cadang yang diperlukan untuk setiap aktivitas dan mengalikan angka tersebut dengan tarif pemicu biaya.

◊ **Bertindak atas biaya overhead** ***(Act on overhead costs)***



Setelah menghitung biaya berdasarkan aktivitas, dan memiliki gambaran yang jelas tentang biaya overhead yang terkait dengan produksi, jasa pelayanan, maka dapat mengguna kan informasi ini untuk membuat keputusan berdasarkan informasi tentang perubahan yang diperlukan untuk meningkatkan profitabilitas produk dan rumah sakit.

Langkah 6. Hitung Biaya aktivitas dan biaya objek

6.1 Hitung biaya produk atau jasa per aktivitas yang di lakukan (*Compute the total costs of the products by adding all direct and indirect costs assigned to the products.*

6.2 Menetapkan biaya ke produk

ABC: produk atau jasa dihitung ke belakang berdasarkan aktivitas yang dikonsumsi (*traced by activity driver*) dan suberdaya yang dikonsumsi dalam organisasi. Artinya, ada hubungan sebab-akibat antara perubahan tingkat aktivitas atau volume dan perubahan tingkat biaya total objek biaya tersebut. Jadi, pendorong biaya menandakan faktor, kekuatan atau peristiwa yang menentukan biaya kegiatan.

Berdasarkan penggunaan aktivitas (konsumsi), biaya aktivitas dilacak ke objek biaya.

Cost center	Activity	(Activity driver) Kuantitas	Cost Rp
Registrasi	Mendaftar pasien	Jumlah pasien	
	Membuktikan Asuransi	Jumlah Dokumen	
Admisi	Persiapan kamar	Jumlah pasien	
	Memberikan makanan	Jumlah Makanan	
Pelayanan (Proses)			
Apotik	Memesan obat	Jumlah ,jenis obat	
Operasi (Pembedahan	Melaksanakan Operasi	Jumlah Operasi	
Patient Discharge	Mengeluarkan pasien	Jumlah pasien	

Profitabilitas lini produk, penetapan harga layanan, dan banyak lagi. Dengan demikian, ini digunakan untuk lebih memahami biaya rumah sakit yang sebenarnya, dan dengan demikian merumuskan strategi penetapan harga yang tepat untuk mengurangi biaya yang tidak perlu.

Simulasi Jasa Rawat Inap Kelas VIP

Aktivitas	Pemicu biaya	Quantity	Total biaya
1. Biaya Perawat	Rp 24.009	1.068	Rp 25.642.256
2. Biaya Listrik Air	Rp 323	19.830	Rp 6.405.993
3. Biaya Konsumsi			Rp 24.030.000

4. Biaya Laundry			Rp 2.027.381
5. Biaya Kebersihan	Rp 8.530	Rp 22.500	1.068
6. Biaya Bahan Habis Pakai	Rp 6.752	Rp 1.898	1.068
7. Biaya Administrasi	Rp 10.692	368	Rp 3.934.812
8. Biaya Asuransi	Rp 4.936	1.068	Rp 5.272.689
9. Biaya Penyusutan Gedung	Rp 94.786	470	Rp 44.549.763
10. Biaya Penyusutan fasilitas			
AC	Rp 2.668	4.160	Rp 11.100.000
Bed	Rp 624	13.328	Rp 8.325.000
TV	Rp 2.668	4.160	Rp 11.100.000
Alat Pemanas	Rp 5.196	1.068	Rp 5.550.000
Kulkas	Rp 5.726	2.423	Rp 13.875.000
TOTAL BIAYA UNTUK KELAS VIP			Rp 194.768.790
JUMLAH HARI PAKAI=1.068			
BIAYA RAWAT INAP PER KAMAR			Rp 182.367
% LABA			Rp 31.002
JUMLAH TARIF			Rp 213.370

Simulasi Jasa Rawat Inap Kelas. III

Aktivitas	Pemicu biaya	Kuantitas	Total
1. Biaya Perawat	Rp 24.009	4.688	Rp 112.557.022
2. Biaya Listrik Air	Rp 323	6.800	Rp 2.196.709
3. Biaya Konsumsi	Rp 5.000	4.688	Rp 23.440.000
4. Biaya Laundry	Rp 1.898	4.688	Rp 8.899.215
5. Biaya Kebersihan	Rp 28.530	396	Rp 11.298.199
6. Biaya Bahan Habis Pakai	Rp 6.752	4.688	Rp 31.656.662
7. Biaya Administrasi	Rp 10.692	2.280	Rp 24378.729
8. Biaya Asuransi	Rp 4.936	4.688	Rp 23.144.537
9. Biaya Penyusutan Gedung	Rp 94.786	396	Rp 37.535.545
10. Biaya Penyusutan fasilitas			
Bed	Rp 624	13.328	Rp 8.325.000
TOTAL BIAYA UNTUK KELAS			Rp 283.431.622
JUMLAH HARI PAKAI=4,688			
BIAYA RAWAT INAP PER KAMAR			Rp 60.458
% SUBSIDI			Rp 6.045
JUMLAH TARIF			Rp 54.413

Simulai Jasa Rawat Inap Kelas Utama I

Aktivitas	Pemicu biaya	Kuantitas	Total
1. Biaya Perawat	Rp 24,009	1.355	Rp 32.533.013.
2. Biaya Listrik Air	Rp 323	9.800	Rp 3.165.846.
3. Biaya Konsumsi	Rp 17.000	1.355	Rp 23,035,000
4. Biaya Laundry	Rp 1.898	1.355	Rp 2.572.19
5. Biaya Kebersihan	Rp 28.530	320	Rp 9.129.857
6. Biaya Bahan Habis Pakai	Rp 6.752	1.355	Rp 9.149.909
7. Biaya Administrasi	Rp 10.692	412	Rp 4.405.279.
8. Biaya Asuransi	Rp 4.936	1.355	R 6.689.600
9. Biaya Penyusutan Gedung	Rp 94.786	320	Rp 30.331.753

10. BiayaPenyusutan fasilitas				
AC	Rp	2.668	4.160	Rp 11.100.000
Bed	Rp	624	13.328	Rp 8.325.000
TV	Rp	2.668	4.160	Rp 11.100.000
Kulkas	Rp	5.726	2.423	Rp 13.875.000.
TOTAL BIAYA UNTUK KELAS				Rp 165.412.453
JUMLAH HARI PAKAI =1.355				
BIAYA RAWAT INAP PER KAMAR				Rp 122.075
% LABA				Rp 18.311
JUMLAH TARIF				Rp 140.386

STATISTIK dan INDIKATOR MUTU RUMAH SAKIT

BAB 15

Statistik

Statistik adalah suatu kumpulan data yang berbentuk angka dan disusun dalam bentuk informasi, yang dapat memberikan gambaran tentang suatu keadaan, atau masalah baik yang berbentuk angka-angka maupun yang berbentuk kategori atau keterangan. Statistik rumah sakit adalah statistik kesehatan yang bersumber pada data rekam medik sebagai informasi kesehatan yang digunakan untuk memperoleh kepastian bagi praktisi kesehatan, manajemen dan tenaga medis dalam pengambilan keputusan.

STATISTIK RUMAH SAKIT

Statistik rumah sakit terkait informasi Mutu Layanan Rumah Sakit. Statitik dinyatakan dalam RATE dan RATIO. Masing masing informasi statistik rumah sakit memiliki

"Standar"., artinya data/informasi statistik rumah sakit, dikatakan memiliki standar positif, bila makin besar angka data/informasi makin menunjukan kondisi rumah sakit,makin baik, efektif, efisiensi; sedangkan untuk standar negatif, artinya makin besar angka statistik, menunjukna makin jelek kondisi mutu rumah sakit.

1. Statatistik Internal organisasi

a. Pemanfaatan Tempat Tidur: BOR, ALOS TOI dan BTO. Data tersebut dapat disajikandalambentuk gafik Barber Johnson
b. Data Mutu Rawat Inap: a. Data GDR dan NDR., b. Equity ., Efisiensi & appropriate., Efektivitas., Keselamatan pasien
c. Rasio Perawat denganTempat Tidur
d. Data Akses dan utilisasi pelayanan organisasi: fisik (jarak temap tinggal dan tempat pelayanan).,social.,.ekonomi

2. Statistik eksternal organisasi

a. Rasio Tenaga dengan penduduk
b. Rasio Tempat Tidur dengan penduduk
c. Angka disabilitas, morbiditas dan mortalitas di masyarakat (Insiden dan prevalensi)
d. Ketersedian kuantitas dankualitas Fasilitas Kesehatan
e. Data, informasi kebijakan, program prioritas system kesehatan kabupaten /Kota,Provinsi danNasional

Statistika

Statistika adalah ilmu pengetahuan; sekumpulan metode dan aturan mengenai pengumpulan, analisis, pengolahan, dan penafsiran data dari angka-angka yang menjelaskan data atau hasil pengamatan. Secara kebahasaan, statistika berarti catatan angka-angka (bilangan); perangkaan; data yang berupa angka-angka yang dikumpulkan, ditabulasi, dikelompokkan, sehingga dapat memberi informasi yang berarti mengenai suatu masalah, gejala atau peristiwa unutk pengambilankeputusanmanajemen (depdikbud, 1994).

Statistika juga merupakan cabang ilmu matematika terapan yang terdiri dari teori dan metoda mengenai bagaimana cara mengumpulkan, mengukur, mengklasifikasi, menghitung, menjelaskan, mensintesis, menganalisis, dan menafsirkan data yang diperoleh secara sistematis.

Statistika manajemen terkait kajian epistemolopgi dan aksiologi pengetahuan manajemen. Dengan demikian, didalamnya terdiri dari sekumpulan prosedur mengenai bagaimana cara:

1. Mengumpulkan data
2. Meringkas data
3. Mengolah data
4. Menyajikan data
5. Menarik kesimpulan dan interpretasi data berdasarkan kumpulan data dan hasil analisisnya

Fungsi dan Peran Statistika

Statistika digunakan untuk menunjukkan tubuh pengetahuan (*body of knowledge*) tentang cara-cara pengumpulan data, analisis dan penafsiran data.

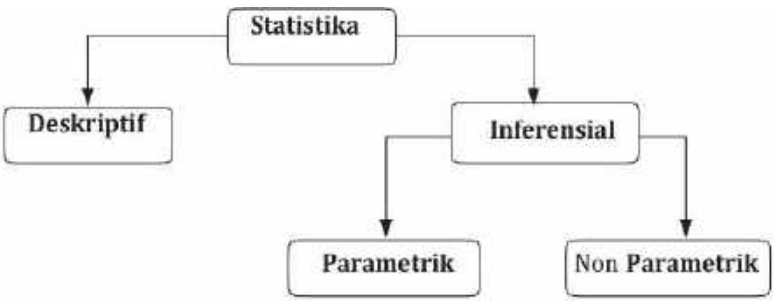
Fungsi statistika dalam manajemen rumah sakit diantaranya yakni:

1. Membantu penelitian dalam menggunakan sampel sehingga penelitian dapat bekerja efisien, dengan hasil yang sesuai dengan obyek yang ingin diteliti
2. Menyediakan prosedur praktis untuk meramal keadaan suatu obyek tertentu di masa mendatang, berdasarkan keadaan di masa lalu dan masa sekarang. Melalui metode regresi dan metode deret waktu. Pengetahuan ini berguna memperkecil risiko akibat ketidakpastian yang dihadapi di masa mendatang.
3. Menyediakan prosedur praktis dalam melakukan survey pengumpulan data melalui metode pengumpulan data (teknik sampling). Pengetahuan ini berguna untuk mendapatkan hasil pengukuran yang terpercaya (valid dan reliabel)
4. **Informasi untuk membuat keputusan,** Sebagai dasar suatu perencanaan, Sebagai alat pengendali terhadap pelaksanaan atau implementasi suatu aktivitas (quality control), dan sebagai dasar /alat bantu evaluasi terhadap suatu pekerjaan ulang, pemborosan dan variasi spesifikasi (penyumpangandenganstandar)
5. Pengendalian kualitas (*Quality control*), dengan

menggunakan/mempersempit batas toleransi yang sudah di standarisasi

6. Pengujian hipotesis
7. Alat bantu penarikan kesimpulan untuk kepentingan manajemen (P-0-S-D-Co-R-B-E)

Landasan kerja statistika adalah variasi, reduksi dan generalisasi gejala. Dikenal dua pengelompokan lingkup statistika yaitu: statistika diskriptif dan statistika inferensial.



Deskriptif

Statistik diskriptif adalah lingkup statistik yang menerangkan atau menjelaskan variasi gejala atau kejadian alam (ontologi). Sedangkan statistik inferensial lingkup kegiatan pada reduksi dan generalisasi (epistemologi dan aksiologi)

Statistik diskriptif menerangkan gejala alam, sehingga materi yang dipelajari adalah : mean, median, standar deviasi, graphic, tabel, hubungan dua variabel dan lainlain.

1. Di dalam penelitian, statistika deskriptif berperan untuk: Memberikan informasi tentang karakteristik distribusi suatu populasi tertentu, baik diskrit maupun kontinum. Pengetahuan ini berguna dalam menghayati **perilaku populasi** yang sedang diamati
2. Statistik dapat mengukur besaran dari suatu gejala. Membantu penelitian untuk membaca data yang telah terkumpul sehingga peneliti dapat mengambil keputusan yang tepat

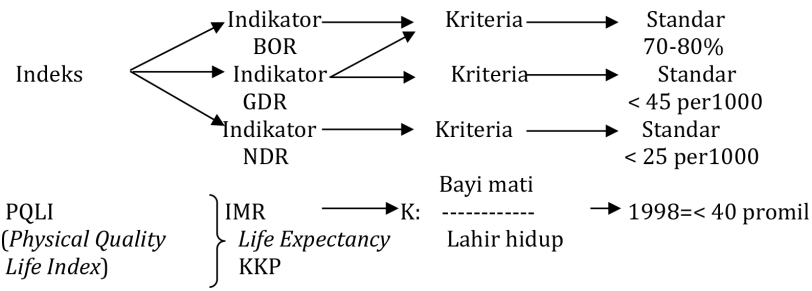
Inferensial

Lingkup statistika inferensial: rancangan penelitian, populasi, sampling, unit sampel, variabel, skala gejala, analisis statistik, probabilitas dan lainlain.

1. Menyediakan prosedur praktis untuk menduga karakteristik suatu populasi melalui pendekatan karakteristik sampel, baik melalui metode penaksiran, metode pengujian hipotesis, metode analisis varians. Pengetahuan ini berguna untuk mengetahui ukuran pemusatan dan ukuran penyebaran serta perbedaan dan kesamaan populasi.
2. Menyediakan prosedur praktis untuk melakukan pengujian terhadap data yang bersifat kualitatif melalui statistik non parametrik.
3. Statistik dapat menentukan hubungan asosiasi antar varaiabel (sebab akibat, hubungan simetris, uji perbedaan, melakukan prediksi dan extrapolasi ramalan).

Standar

Standar adalah nilai pengukuran yang menunjukan kriteria yang dinilai sudah mencapai tujuan atau nilai ambang batas diterima atau ditolaknya hipotesis. Ada dua jenis standar yaitu standar pengukuran positif dan negatif. Standar negatif adalah nilai standar yang menunjukan di mana nilai yang makin rendah menunjukan indikator atau kriteria kesehatan yang makin baik. Contoh:IMR, MMR, KKP. Standar positif kebalikan dari standar negatif. Contoh:Angka harapan hidup, angka melek huruf.



Gb 15.1 Keterkaitan indicator, indeks, criteria dan standar

Cara menentukan standar

1. Untuk Uji Statistik standar ditentukan dari nilai batas signifikansi yang kita tetapkan. Untuk kesehatan masyarakat standar menggunakan nilai signifikasi < 0,05.
2. Untuk parameter distribusi normal bisa menggunakan nilai rerata (mean), sedangkan untuk distribusi tidak

normal menggunakan median atau percentile.

3. Standar umumnya sudah ditentukan. misal: standar positif untuk angka infeksi nosokomial 3%, artinya nilai diatas standar jelek dan di bawah standar baik. Standar untuk pelanggan loyal bila penilaian akan pelayanan sangat puas.
4. Standar juga bisa ditentukan dengan *Benchmark* (*Gold standard*) pada kondisi di tempat lain yang ingin dicapai.
5. Standar efektivitas manajemen menggunakan analogi kuat lemahnya koefisen asosiasi. Koefisien asosiasi >0,9 atau >0,81 konstribusi (kuadrat koefisien asosiasi menunjukkan besarnya kontribusi data yang mendukung terjadinya asosiasi) adalah baik; koefisien asosiasi 0,8 sampai 0,9 atau 0,64–0,8 kontribusi adalah cukup baik; koefisens asosiasi 0,7-0,8 atau >0.49-0,64 konstribusi adalah sedang: koefisensi asosiasi <0,7 atau kontribusi < 0,49 adalah jelek.
6. Standar dengan membandingkan nilai pengukuran dari dua hasil kegiatan yang samam. Bila kita punya data berbeda untuk variabel sama yang nilai lebih tinggi dikatakan lebih efektif.

Cara lazim menentukan standar: 1) dengan mengacu Gold Standard (benchmark dari mereka yang maju: BOR standar adalah 65-80%), 2) membandingkan dengan industri sejenis, dan 3) melihat *trend* (kecenderungan) dari angka BOR, Kunjungan rawat jalan dari beberapa

tahun sebelumnya.

Kecenderungan dapat menyimpulkan apakah anda berada pada kondisi positif atau negatif. Kecenderungan negatif (tren menurun dari BOR sebelumnya) meskipun masih diatas standar merupakan indikasi organisasi anda dalam keadaan bahaya.

Sumber data ndikator: **Statistik rumah sakit berupa informasi angka tenang kInerja (performa) dan mutu rumah sakit. Yang dinyatakan sebagai indikator mutu rumah sakit, dandisajikan dalam formula Rasio layanan dan atau Rate**

INDIKATOR PEMANFAATAN TEMPAT TIDUR

Dapat dilaksanakan melalui beberapa pendekatan yaitu:

1. Pendekatan Kebutuhan (*Need*)
2. Pendekatan Tuntutan (*Demand*)
3. Pendekatan Ratio Fasilitas dan Sasaran
4. Pendekatan Faktor determinan

Rumah Sakit PRO-AKTIF adalah

- RS yang peduli terhadap lingkungan melalui pendekatan efektivitas dan efisiensi kinerja
- RS yang memiliki *relevance index* atau *market share* (pangsa pasar) yang tinggi
- RS yang menjadi PUSAT RUJUKAN PELAYANAN (medis dan rujukan kesehatan)

- RS yang berkembang (*survive and growth*) dan senantiasa berusaha menjaga mutu layanan

PENGERTIAN EFISENSI

1. Efisiensi adalah rasio (perbandingan) antara efek (hasil) yang dicapai secara riil dan efek yang secara teoritis/direncanakan dapat dicapai (*homo technicus*)
2. Efisiensi adalah keseimbangan yang paling baik antara hasil (*output*) dan masukan (*input*) atau antara hasil dan biaya atau ongkos (ilmu ekonomi)

   Input tertentu → output maksimal
   Input minimal → output tertentu

3. Efisiensi adalah keseimbangan antara tingkat rasa puas atau hasil dengan jerih payah yang telah dilakukan guna memperoleh hasil tersebut (ilmu sosial)
4. Efisensi manajemen. ***Doing the right thing,*** artinya melakukan aktivitas sesuai dengan *standard*

operating procedure yang telah ditetapkan. SOP disusun dengan telah mempertimbangkan aspek manfaat, hasil dan biaya. Efketivitas adalah **doing the right thing**, artinya melakukan aktivitas dengan hasil yang dituju (dir4ncanakan) telah tercapai

5. Efisiensi merupakan paduan dari pengertian efisiensi teknik, ekonomi dan sosial (ilmu manajemen). Dalam manajemen kesehatan, efisiensi selain aspek alokasi teknik dan ekonomi juga memperhatikan kepuasan pihak yang berkepentingan (*stakeholders*). *Stakeholders* pertama adalah kepuasan pasien: stakeholder kedua adalah kepuasan lingkungan internal rumah sakit (karyawan) dan manajemen (manajer rumah sakit)

EFISIENSI ALOKATIF

Efisiensi Alokatif berkaitan dengan sumberdaya untuk menghasilkan luaran (produk) yang memberikan nilai tertinggi dari penggunaan. Ada beberap aspek pokok yang perlu diperhatikan saat melakukan efisiensi alokatf yaitu aspek pemerataan (*equity*), jasa umum (*public Goods*) dan efek pelimpahan atau manfaat diluar pengguna (*externality)*

Contoh. 1 flacon DPT untuk 8 bayi dan 1 spuit untuk satu bayi. PadaTabel 1.1 terlihat bahwa program A dan B memberi hasil yang sama yaitu 500 imunisasi DPT 1. Program B lebih efisien, karena menggunakan sedikit tenaga dan menghabiskan sedikit vaksin. Apabila A dan B juga menggunakan tenaga dan jumlah vaksin sama,

maka dikatakan efisien bila jumlah imunisasi

DPT salah satu lebih banyak.

Efisensi internal: Pemanfaatan Tempat Tidur

Grafik Barber Johnson dapat dipakai sebagai salah satu alat ukur (indikator) efisensi pengelolaan rumah sakit, khususnya pemanfaatan Tempat Tidur (Beds)., dari perspektoif internal.

Ada empat indikator/parameter yang digunakan dalam penyusunan Grafik Barber Johnson:

1. BOR (Bed occupancy rate
2. LOS atau *lenght of stay* (adalah lama hari yang mana pasien dirawat.)
3. TOI atau *turn over interval* ..adalah hari di mana tempat tidur tersebut kosong atau tidak digunakan untuk perawatan.
4. BTO atau *Bed turn over rate* (troughput)

Bed Occupancy rate (BOR) = Angka penggunaan tempat tidur (APT).

BOR = APT (angka pemanfaatan tempat tidur) ditetapkan menurut rumus empiris Bridgemen yang dinamakan MOR atau "Maximal occupation rate". MOR merupakan nilai maksimal untuk BOR setiap rumah sakit, di mana rumah sakit tersebut masih dapat menjalankan fungsinya dengan baik dan maksimal. MOR uutk tempat Tidur Kurangh dari 100. BOR unutk Tempat Tiduir lebih dar 100.

Rumus

$$\textbf{MOR} = \frac{n}{n + 3Vn} \times 100\%$$

n = kapasitas tempat tidur rumah sakit. V: Akar

BOR ideal TT kurang dari 100 TT adalah 90% MOR

$$\textbf{BOR} = \frac{\Sigma \text{ hari perawatan setahun}}{\Sigma \text{ tempat tidur x } 365} \times 100\%.$$

Tabel 15.1 Nilai BOR ideal menurut jumlah tempat tidur

Jumlah tempat tidur	Nilai MOR	Nilai BOR ideal
5	42%	32%
10	49%	39%
15	56%	46%
20	59%	49%
25	62%	52%
30	65%	55%
35	67%	57%
40	68%	58%
45	69%	59%
50	70%	60%
75	74%	64%
100	76%	66%
150	80%	70%
200	82%	72%
500	88%	78%
1000	91%	81%

BOR yang optimal bagi setiap rumah sakit adalah 10% di bawah MOR. Dikatakan juga bahwa rumah

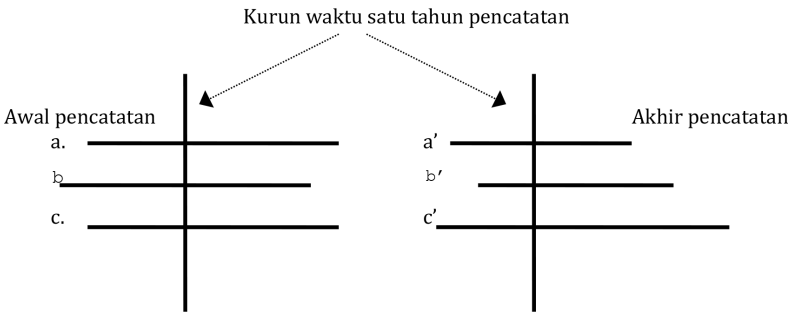
sakit yang memiliki nilai BOR antara 70-85% adalah rumah sakit yang paling baik kinerjanya, dan paling baik neraca *cost benefit*. Berikut ini disajikan suatu gambaran penjabaran rumus Bridgemen untuk berbagai ukuran rumah sakit yang ditinjau menurut jumlah tempat tidurnya. BOR ideal adalah 60-75%

BOR dan informasi

Untuk mendapatkan hasil nilai perhitungan BOR, maka diperlukan data atau informasi tentang: *Hospital beds* = jumlah tempat tidur yang tersedia di rumah sakit (B).,Jumlah hari perawatan (H) atau jumlahg admisi (inpatinet) X ALOS

Jumlah hari perawatan adalah hasil keseluruhan jumlah dari lama perawatan semua penderita misalnya dihitung selama setahun.

Karena pada batas waktu satu tahun pencatatan, tidak mungkin penderita MRS bersama-sama atau pulang bersama-sama, maka cara menghitung jumlah hari perawatan dan penderita MRS adalah sebagai berikut



Gambar 15.2 Cara menghitung lama hari rawat

Keterangan :

a,b,c,a′,b′,c′ : penderita

———— : lama perawatan dalam hari

Penderita-penderita yang pada awal pencatatan (tanggal, bulan, tahun yang telah ditetapkan terlebih dahulu) belum pulang, maka diperhitungkan sebagai admisi (pasien yang dirawat), sedangkan penderita yang pada akhir pencatatan belum pulang tidak diperhitungkan sebagai admisi. Pada bagan diatas a,b,c adalah penderita yang dihitung dalam penghitungan hari perawatan, sedangkan a′, b′, c′ tidak.

Dari penderita a,b,c tidaklah semua diperhitungkan di dalam penghitungan jumlah hari perawatan. Yang boleh dihitung, hanyalah penderita dengan diagnose utama, sedang penderita dengan diagnose sekunder ataupun komplikasi tidak.

Rumus BOR = 0

$$0 = \frac{H}{B \times 365} \times 100\%$$

H = Jumlah hari perawatan per tahun (bed days)

B = Kapasitas tempat tidur atau jumlah tempat tidur yang tersedia

H diperoleh dari rerata jumlah tempat tidur yang ditempati pasien selama setahun (N) dikalikan hari dalam setahun (ALOS X jumlah pasien)

H=365 N

Bila BOR = 100%, artinya semua tempat tidur ditempati pasien. BOR > 100% artinya semua tempat tidur ditempati pasien, bahkan ada 1 tempat tidur ditemapti dua pasien. BOR sebaiknya kurang dari 100% untuk menjamin bila ada pelayanan emergensi (ada wabah, bencana. Oidealnya BOR 70-80%

Cara lazim menentukan standar: 1) dengan mengacu Gold Standard (benchmark dari mereka yang sugah maju: BOR standar adalah 65-80%), 2) membandingkan dengan industri sejenis, dan 3) melihat *trend* (kecenderungan) dari angka BOR, kunjungan rawat jalan dari beberapa tahun sebelumnya.

Kecenderungan dapat menyimpulkan apakah anda berada pada kondisi positif atau negatif. Kecenderungan negatif (tren menurun dari BOR sebelumnya) meskipun masih diatas standar merupakan indikasi organisasi anda dalam keadaan bahaya.

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BOR (eksternal)

Faktor tersebut terkait dengan kompetisi rumah sakit dengan lingkungan eksternalnya

BOR= f (S, PD, PNU, RV, H)

BOR adalah dependen variabel, maka S, PD, PDU, RV DAN H adalah indeopenden variabel

S. Hospital Size (jumlahBeds).Rumah sakit besar ada kecenderungan memiliki jumlah TT yang lebih besar dan lebih efisien

PD. Product diversification index (dalam ruang ada lebih dari satu jenis layanan= Ibu dab Bayi)

PNU. Percent non urgent beds. Pasien urgent seperti ICU dapat memiliki BOR yang tinggi (bisa 72% dari dari selurh konstribusi BOR)

RV. **R**elative variation in demand for hospital care. BOR sangat dipengaruhi oleh perubahan/ fluktuasi peneyakit tertentu. Ratip Beddengan populasi

H. Number of hospitals service in their area (pesang)

BOR juga dipengaruhi oleh layanan pasien elektif dan non elektif. Non urgent facilities memiliki probabilitas BOR lebih tinggi.(1. Mudah dalam mengatur prosedur admisi. 2). Akibat adanya delay admisi bisa diatasi sebelumnya BOR terkait patient delay untuk admisi, operasi dari IGD. BOR dikaitkan dengan Indikator GDR dan NDR

Average length of stay (ALOS=L).

L ini menunjukkan rata-rata lama perawatan seorang pederita dirawat di rumah sakit. L dapat dihitung dengan

Cara 1.

Menjumlahkan secara kumulatif jumlah hari perawatan setiap penderita (termasuk yang meninggal

dunia di rumah sakit setelah dirawat) selama kurun waktu satu tahun, dibagi jumlah penderita yang dirawat (admission=A).

Admisi adalah jumlah penderita yang dirawat di rumah sakit dihitung dalam kurun waktu pencatatan satu tahun. Penderita dihitung sebagai admisi adalah

1. Penderita yang perlu dirawat di rumah sakit semalam atau lebih.
2. Bayi yang lahir dengan kelainan-kelainan prematur.

Yang tidak dihitung sebagai admisi

1. Perawatan kurang dari semalam
2. Bayi lahir normal dan sehat di rumah sakit

Rumus 1. $$L = \frac{H}{A}$$

A = *admission* = jumlah pasien rawat inap

Cara 2.

Sebagai denominatornya adalah angka *discharge* (D) dan death (d). Angka D + d dihitung per tahun. Yang termasuk Discharge (D)

- Penderita yang telah sembuh
- Penderita yang ada perbaikannya dan dipulangkan untuk perawatan di rumah (home care)
- Penderita yang dipindahkan ke rumah sakit lain untuk perawatan lebih lanjut
- Penderita yang dikirim ke lembaga sosial atau yayasan

untuk penerapan rehabilitasi

Rumus 1. $$L = \frac{L}{D+d}$$

D+d = jumlah penderita pulang atau meninggal

Rumus 3. L untuk suatu jenis penyakit tertentu.

$$L = \frac{\text{H penyakit tersebut setahun}}{\text{Jumlah penderita penyakit tersebut setahun}}$$

L yang baik berkisar antara 5-7 hari perawatan. Ini juga tergantung ruang rawat inapnya dan jenis penyakit. Pada penyakit akut maka L menjadi lebih pendek dan pada penyakit kronis maka L menjadi lebih lama. Bila BOR rendah maka ALOS ideal menjadi turun, karena terkait dengan BOR (lihat Grafik Barber Johnson)

Rumus 4. 10% lebih rendah dari nilai MOR (maximun occupancy rate)

$$MOR = \frac{n}{n + 3V\,n}$$

n = kapasitas TTRS (hospital beds). V: Akar

***Turn Over Interval* (TOI=T).**

T menunjukkan periode rata-rata dalam hari, satu tempat tidur (TTRS) tetap kosong atau periode kosong rata-rata TTRS setelah seorang pasien keluar (*discharge)* dengan admisi (masuk menginap) berikutnya. T dihitung melalui pengurangan jumlah hari perawatan teoritis (H) dengan jumlah hari perawatan sebenarnya (Bx365) dibagi *discharge* (D) dan atau *death* (d) dalam tahun yang sama. Nilai T ideal adalah 1-3 hari

Rumus.

$$T = \frac{(B \times 365) - H}{D + d}$$

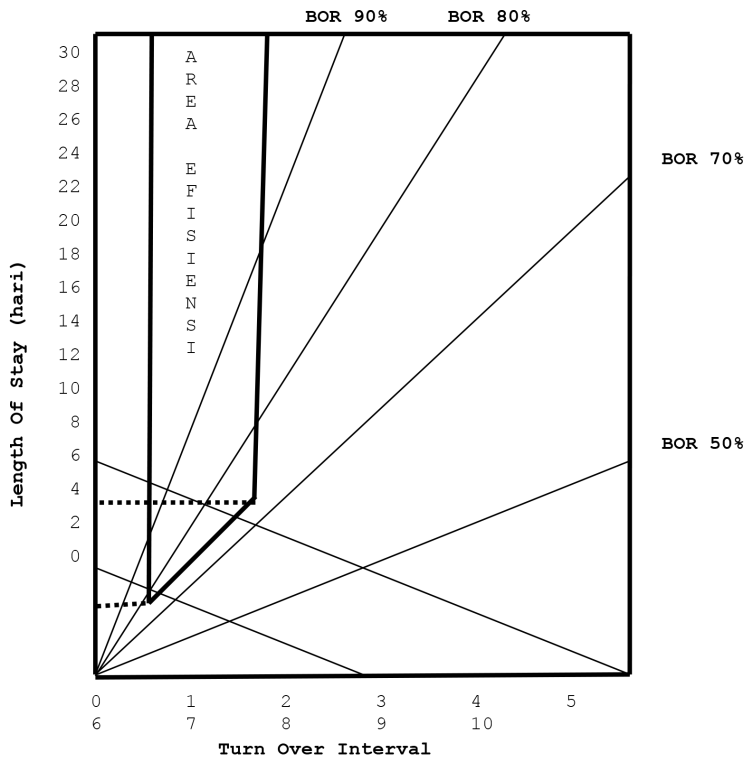
T= positif bial BOR < 100%
T= negatif bila BOR > 100%
T= positif bial BOR < 100%

T dianjurkan untuk menilai efisiensi TTRS masing-masing ruangan dari suatu rumah sakit. T yang kecil atau negatif menunjukkan adanya kekurangan TT diruangan tersebut. T positif besar, menunjukkan kelebihan adanya TT diruangan tersebut. Dari penghitungan T masing-masing ruangan maka dapat disusun realokasi TT yang baik untuk masing-masing ruangan agar efisien. Grafik Barber Johnson T normal antar 1-3 hari.

***Bed Turn Over Rate* (BTO) or Throughput**

BTO ialah frekuensi pemakaian tempat tidur pasien dalam satu periode waktu tertentu, berapa kali tempat tidur pasien dipakai dalam periode 1 tahun. BTO ideal ialah 35-45 kali

$$BTO = \frac{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati=D+d)}}{\text{Jumlah tempat tidur (TT)}} \times 365$$



Gambar. 15.3 Grafik Barber Johnson

Indeks yang lain.

Index yang tekait dengan Mutu Layanan : 6 Dimensi Mutu (WHO; Menkes R.I, 2021): Akses, Equity, Efisiensi, Fokus pasien, Timelines., Safety

* ***Infant Death Rate*** = *Persentase kematian bayi.*

$$\text{IDR (IMR)} = \frac{\Sigma \text{ kematian bayi di rumah sakit}}{\Sigma \text{ bayi lahir hidup keluar, termasuk yang mati waktu tertentu}} \times K \qquad K=100$$

* ***Maternal Death Rate*** = *Persentase kematian obstetrik.*

$$\text{MDR (MMR)} = \frac{\Sigma \text{ pasien obstetri yang meninggal}}{\Sigma \text{ pasien obstetri yang keluar, termasuk yang mati dalam jangka waktu tertentu}} \times K$$

* ***Consultation Rate*** = *Persentase konsultasi.*

$$\text{CR} = \frac{\Sigma \text{ pasien yang menerima konsultasi}}{\Sigma \text{ pasien yang keluar, termasuk yang mati dalam jangka waktu tertentu}} \times K$$

* ***Anesthesia Death Rate*** = *Persentase kematian karena anestesi.*

$$\textbf{AOWADR} = \frac{\Sigma \text{ kematian anestesi dalam satu periode}}{\Sigma \text{ anestesi yang diberikan dalam periode tertentu}} \times K$$

* ***Average Outpatient Attendance per Patient***

= Kunjungan rata-rata seorang pasien berobat jalan.

$$AOAPP = \frac{\sum \text{ kunjungan pasien poliklinik}}{\sum \text{ kunjungan baru pasien poliklinik}}$$

Ukuran ini menunjukkan sering tidaknya pasien berkunjung ke poliklinik.

* ***Avearge Daily New Out Patient Admission***

  = Kunjungan rata-rata pasien berobat jalan yang baru.

$$ADOAD = \frac{\sum \text{ pengunjung baru poliklinik}}{\sum \text{ hari kerja}}$$

* ***Average Daily Out Patient Admission***

  = Kunjungan rata-rata pasien berobat jalan

$$ADOA = \frac{\sum \text{ pengunjung poliklinik}}{\sum \text{ hari kerja}}$$

  $\sum$ angka ini menunjukkan indeks kerja harian pada bagian rawat jalan.

* ***Fatality Rate***

$$FR = \frac{S \text{ kematian satu jenis penyakit}}{S \text{ penderita baru penyakit tersebut yang dirawat}} \times K$$

  Kriteria ini menunjukkan efisiensi secara keseluruhan pada pasien yang dirawat oleh rumah sakit dan menderita penyakit tertentu tersebut.

* *Neonatal Death Rate = Persentase kematian neonatus.*

$$\text{NeoDR} = \frac{\sum \text{kematian bayi baru lahir dalam waktu 28 hari}}{\sum \text{lahir hidup, termasuk yang meninggal waktu tertentu}} \times K$$

* ***Net Death Rate (NDR)***

NDR ialah kematian pasien setelah 48 jam dirawat untuk tiap 1000 pasien keluar

$$\text{NDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati >48 jam dirawat}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}} \times 1000‰$$

Nilai NDR ideal/dapat ditolerir < 25 per 1000 admisi

* ***Gross Death Rate (GDR)***

GDR ialah angka kematian umum kurang dari 48 setelah dirawat untuk setiap 1000 pasien keluar. Nilai GDR tidak boleh lebih dari 45 per 1000 pasien keluar

$$\text{GDR} = \frac{\text{Jumlah pasien mati < 48 jam}}{\text{Jumlah pasien keluar (hidup+mati)}} \times 1000‰$$

* ***Avarage Cost of Medicine fro An Inpatien****t (ACMI)*

= *Jumlah rata-rata pembiayaan obat bagi seorang pasien yang dirawat.*

$$ACMI = \frac{\sum \text{ uang yang dikeluarkan untuk obat}}{\sum \text{ pasien yang dirawat}}$$

MEDICAL AUDIT

Medical audit adalah evaluasi secara periodik dan sistematik dari catatan medik untuk melihat kualitas pelayanan medis di rumah sakit.

Dasar medical audit adalah indeks penyakit, di mana semua data tentang penderita dan kesembuh an, kematian, tindakan pelayanan tercakup didalamnya. Medical audit dapat menemukan tidak efisiensinya suatu jasa pelayanan, sehingga dapat ditingkatkan suatu standar pelayanan rumah sakit dikemudian hari.

Kualitas dari pelayanan medis yang diberikan seorang dokter mencerminkan kualitas dari pelayanan yang diberikan oleh seluruh staf medis. Catatan medik memberikan gambaran semua pelayanan yang diberikan oleh dokter dan stafnya pada seorang pasien

1. ***Admission Rate*** = hospital attendance rate (hospital frequentation rate).

   Admission rate menyatakan jumlah penderita MRS per 1.000 penduduk selama satu tahun. Dalam penghitungan jumlah admission (MRS), penderita ulang dengan kasus yang sama dihitung sebagai MRS baru.

$$Fh = \frac{A}{P} \times 1.000$$

A= Pasien irna. P = Jumlah penduduk wilayah kerja rumah sakit (*population at risk*).

4. Bed Population Ratio= indeks tempat tidur.

$$= I\ b/p$$

Adalah rasio antara kapasitas tempat tidur rumah sakit (B) dibandingkan dengan jumlah penduduk wilayah kerja rumah sakit (P) dalam kurun waktu satu tahun.

$$I\ b/c = \frac{B}{P} \times 1.000$$

Angka indeks tempat tidur ini diperlukan untuk mengantisipasi jumlah tempat tidur rumah sakit yang dibutuhkan satu daerah dalam masa yang akan datang atau perencanaan jumlah tempat tidur rumah sakit yang ideal disediakan saat itu, sehingga kegiatan rumah sakit dapat dinilai baik.

II. INDIKATOR MUTU PELAYANAN RUMAH SAKIT

2.1 Indikator Pelayanan Non Bedah
2.2 Indikator Pelayanan Bedah
2.3 Indikatror Pelayanan Ibu Bersalin dan Bayi
2.4 Indikator Tambahan

2.1 INDIKATOR PELAYANAN NON BEDAH

2.1.1 Angka Pasien Decubitus (*Decubitus Ulcer Rate*)

Definisi operasional:

- Luka pada kulti dan/atau jaringan dibawahnya yang terjadi di rumah sakit karena tekanan yang terus menerus akibat tirah baring.
- Luka decubitus akan terjadi bila pasien sepeeti diatas tidak diboka balik atau dimiringkan dalam waktu 2X24 jam
- Biasanya terjadi pada daerah sekitar bokong, punggung, siku atau kadang kadang terdapat pada mata kaki/tumit.

Tirah baring Pasien yang berbaring total (tidak dapat bergerak) dan bukan karena instruksi pengobatan. Luka lecet karena sebablain tidak termasuk decubitus. Misal. Kena sinar laser

Angka pasien dengan decubitus (APD). Angka ini menunjukan secara khusus tinggi rendahnya **mutu pelayanan keperawatan.**

$$APD = \frac{\text{Jumlah pasien yang menderita decubitus/bulan}}{\text{Total pasien tirah baring bulan yang sama}} \times 100\%$$

2.1.2 Angka Kejadian Infeksi dengan jarum infus (AIKJ)

Infeksi karena jarum infus

Keadaan yang terjadi disekitar tusukan atau bekas tusukan jarum infuse di rumah sakit, dan timbul setelah 3x24 jam dirawat di rumah sakit. Infeksi ini ditandai denagn rasa panas, pengerasan dan kemerahan (kalor, tumor dan rubor) dengan atau tanpa nanah (*pus*) pada daerah bekas tusukan jarum infuse dalam waktu 3x14 jam atauy kurang dari waktu tersebut bila infuse masih terpasang. Lokalisasi infeksi khas yaitu di sekitar bekas tusukan jarum infuse, termasuk vena seksi dan infuse pada kepala bayi dengan menggunakan *Wing Needle* atau *Catether*. Angka ini menunjukan secara khusus tinggi rendahnya **mutu pelayanan keperawatan. PIC.** Kepala unit ruang perawatan

Perkecualian: Infeksi kulit karena sebab lain. Pada infeksi ini tidak didahului oleh pemberian infuse atau suntikan lain

Pemeriksaan Penunjang: Tidak ada

Formula :

$$\text{AIKJ} = \frac{\text{Jumlah kejadian infeksi kulit karena jarum infuse per bulan}}{\text{Total kejadian pemasangan infuse pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

2.1.3 Angka Kejadian Penyulit/Infeksi karena transfusi darah (*Blood Transfusion Complication/Infection Rate*)

Transfusi darah yang tidak dikerjakan sesuai dengan prosedur yang berlaku, dapat menyebabkan 2 macam komplikasi, seperti dibawah ini

Terjadinyakelainan/penyulitkarenainkompatabilitas (golongan darah tidak cocok)

Terjadinya infeksi nosokomial dalam darah penerima (resipien), karena adanya bibit penyakit dalam donor darah (pemberi0 tersebut dalam tiap wqaktu atau sesuai denagn masa inkubasi penyakit tersebut**.**

Perkecualian: Kelainan pada darah atau sepsis yang bukan disebabkan oleh transfuse darah atau suntikan apapun. **Pemeriksaan penunjang:** tidak ada

Formula: Angka kejadian infeksi/penyulit karean transfuse darah (AITD)

$$AITD = \frac{\text{Jumal kejadian infeksi/penyulit karean transfusi darah per bulan}}{\text{\Total pemasangan transfuse darah pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini menunjukan tinggi rendahnya mutu pelayanan gabungan antara Bank darah dan raungan rawat inap

PIC: Kepala bidang keperawatan, Kepala unit Bank darah dan Kepala laboratorium (bila perlu)

2.1.4 Angka ketidak lengkapan Pengisian Catatan Medis (*Medical Record Non Compliance Rate*)

Catatan medis disebut lengkap bila telah terisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai denag formulir yang disediakan, isi harus lengkap dan benar, khususnya Resume Medis dan Resume Keperawatan, termasuk seluruh hasil pemeriksaan penunjang

Rekam Medis disebut benar bila: Rekam medis tersebut sudah diperiksa kelengkapannya oleh Kepala Catatan Medis atau petugas yang ditunjuka, dan kemudian telah diperiksa juga oelh Panitia Cataan Medis (dokter) tentang kebenaran isi resume medis yang dibuat, termasuk adanya diagnose akhir.

Waktu maksimal yang diharapkan: 14 hari

Cara menghitungnya 14 hari mundur kebelakang. Contoh: bila tanggal laporan adalah tanggal 1, makja hari 1 perhitungan adalah tanggal 16 bulan yang lalu.

Formula: Angka Ketidak lengkapan Pengisisan Catatan Medis (AKCM)

$$AKCM = \frac{\text{Jumlah CM yang belum lengkapo dan benar dalam 14 hari/bulan}}{\text{Total Catatan Medis yang masuk pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini menunjukan tinggi rendahnya mutu administrasi dokter dan perawat yang merawat pasien pada periode tertentu dalam mengisi Catatan Medis tepat waktu (< 1 hari)

PIC: Wadir Umum & Keuangan, Wadir Pelayanan Medis

2.1.5 Angka keterlambatan pelayanan pertama Gawat Darurat (*Emergency Response Time Rate*)

Pelayanan pertama Gawat darurat: dikatakn terlambat apabila pelayanan tergadap penderita gawat dan atau darurat yang dilayanai dengan tindakan Life Saving oleh petugas Gawat Darurat lebih dari 15 menit.

Petugas gawat darurat: petugas yang bekerja di raung Gawat Darurat yang telah dilatih **PPGD.**

Tindakan darurat atau life saving: tindakabn yang ditujukan untuk menyelamatkan jiwa manusia yang sedang teracam, karena penyakit atau luka-luka yang dideritanya

Formula: Angka keterlambatan pelayanan pertama GD (AKPGD). PIC. Wadir Pelayanan Medis

$$\text{AKPGD} = \frac{\text{Jumlah pasien GD yang dilayani} > 15 \text{ menit per bulan}}{\text{Total pasien GD pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini mnunjukan tinggi rendahnya mutu pelayanan Gawat Darurat

2.2. KELOMPOK INDIKATOR PELAYANAN BEDAH

2.2.1 Angka Infeksi Luka Operaqsi (*Wound Infection rate*)

Infeksi Luka Operasi

Adanya infeksi nosokomial pada semua kategori luka sayatan operasdi bersih yang dilaksanakan di rumah sakit dan ditandai oleh rasa panas (kalor), kemerahan (color), pengerasan (tumor) dan keluarnya nanah (pus) dalam waktu lebih dari 3x 24 jam

Operasi bersih:

Semua jenis operasi yang tidak mengenai daerah yang dapat menyebabkan terjadinya infkesi, missal: daerah pencernaan makanan, daerah ginjal dan saluran kencing, daerah mulut dan tenggorokan serta daerah saluarn kelamin perempuan. Operasi bersih yang dimaksud di sini adalah operasi yang dipersiapkan terlebih dahuluy (bedah elektif)

Perkecualian. Infeksi nosokomial yang terjadi bukan pada tempat luka, operasi atau terjadinya peradangan di temapt lain

Pemeriksaan penunjang

Adanya kelainin ringan pada LED dan jumlah lekosit dalam pemeriksaan darah rutin. Bila memungkinkan dilakukan biakan (kultur) jaringan yang terinfeksi

Formula: Angka Infeksi Luka Operasi (AILO). PIC Ketua panitia pengendalian infeksi nosokomial

$$\text{AILO} = \frac{\text{Banyaknya infeksi luka operasi bersih per bulan}}{\text{Total operasi bersih bulan tersebut}} 100\%$$

Angka ini menunjukan mutu keperawatan pelayanan bedah

2.2.2 Angka Komplikasi Pasca Bedah (*Surgical Complication Rate*)

Angka ini menunjukan tingkat mutu pelayanan medis/bedah

Komplikasi pasca bedah: terjadinya penyulit (diluar infeksi nosokomial) yang timbul setelah pembedahan yang dipersiapkan (elektif) dan dikategorikan menurut system tubuh manusia (misal: sistem sirkulasi darah, sistem pernafasan dan lain lain)

Bedah elektip:

Semua jenis bedah yang dipersiapkan terlebih dahulu, baik pembedahan bersih, maupun kotor

Perkecualian: Bila penyulit yang terjadi, bukan karena pembedahan elektip.

Pemeriksaan Penunjang:

Adanya kelainan pada pemeriksaan darah, kelainan pada luka operasi, atau terjadinya penyulit di tempat/organ lain.

Pemeriksaan lainnya: diperlukan sesuai dengan jenis komplikasinya

Formula: Angka Komplikasi Pasca Bedah **(AKPB)**

$$\textbf{AKPB} = \frac{\text{Jumlah komplikasi Pasca Bedah Elektip/bulan}}{\text{Total pemdahan elektip pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

2.2.3 Angka Masa Tunggu Sebelum Operasi Elektip (AMSO)

Masa tunggu sebelum operasi elektip: Waktu yang diperlukaqn pasien sejak masuk rumah sakit sampai dilakukannya operasi elektip (catatan: tidak termasuk waktu yang diperlukan unutk pemeriksaan penunjuang, yang biasanya dilakukan dengan berobat jalan, pemeriksaan ini harus sudah diselelsaikan lebih dahulul).

PIC. Wadir Pelayanan Medis

Sasaran: Tidak boleh lebih dari lama dari 24 jam

Perkecualian: Bila ada hal hal dipihak pasien yang mengharuskannya menunggu, misal: timbulnya penyulit secara tiba tiab dan lain lain.

Formula: Angka MAsa tunggu Sebelum Operasi Elektip (AMSO)

$$\text{AMSO: } \frac{\text{Jumlah pasien masa tunggu > 24 jam per bulan}}{\text{Total pasien yang dioperasdi elektip bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini menunjukan tingkat mutu administrasi keperawatan/medis atau administrasi rumah sakit

2.3. KELOMPOK INDIKATOR PELAYANAN IBU BERSALIN DAN BAYI NEONATAL

2.3.1. Angka Kematian Ibu karena Eklampsia (Echlampsia Death Rate)

Eklampsia. Suatu kelainan akut yang terjadi pada wanita hamil dalam persalinan atau nifas yang ditandai dengan timbulnya kejang atau koma.

Pre Eklampsia. Ditandai dengan gejala

- Hipertensi, proteinuri, dan edema yang terjadi pada trimester III kehamilan

- Pre-eklampsia berat: Tekanan sistolik > 160 mm.Hg dan diastolic > 110 mm.Hg; proteinuri > 5 gr/24 jam; Oligouria yaitu produsi urine < 400 cc/24 jam; Gangguan visual, cerebral atau nyeri epigastrium; Edema paru paru atau cyanosis

Perkecualian: Hipertensi menahun (kronik), super imposed eklampsia

Pemeriksaan penunjang;

Pada pre-eklampsia berat/eklampsia : Urine lengkap, Hb, Hematokrit, Asam Urat Darah, Trombosit, SGOT dan SGPT, serta Ureum kreatinin

Formula: Angka Kematian Ibu karena Eklampsia **(AKIE). PIC.** Wadir Pelayanan Medis

$$\text{AKIE: } \frac{\text{Jumlah Ibu meninggal karena Eklampsia/ bulan}}{\text{Total Ibu Eklampsia pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

Angka ini menunjukan tingkat mutu/kompetensi dokter kebidanan rumah sakit

2.3.2 Angka Kematian Ibu karena perdarahan (Maternal Hemorrhage Death Rate)

Kematian ibu karena perdarahan (KIP): kematian ibu yang disebabkan karena perdarahan yang dapat terjadi pada semua kala dalam persalinan. Kematian ibu ini biasanya disebabkan oleh kegagalan Uri (placneta)

untuk keluar secara spontan (retensio placenta), setelah ibu melahirkan, dan tidakj berkontraksinya rahim ibu (atonia uteri) di mana kedua sebab ini menyebabkan perdarahan.

Catatan: Bila terjadi perdarahan hebat/massif: ibu dapat meninggal dalam beberpa jam, tetapi bila sedikti sedikit, ibu baru meninggal setelah beberapa hari tanpa pertolongan.

Perkecualian: Perdarahan karena trauma pada perut atau karena tindakan fifisk yang lain.

Pemeriksaan Penunjang: Fisik. Adanya retensio placenta atau rahim ibu terasa lembek dan membesar. Ada perdarahan per vagina, baik massif atau profus.

Laboratorium: Hb, Hematocrit, Thrombocyte, dan waktu pembekuan darah.

Formula: Angka Kematian Ibu karena Perdarahan (AKIP).
PIC: Wadir Pelayanan Medis

$$\text{AKIP} = \frac{\text{Jumlah ibu meninggal karena perdarahan per bulan}}{\text{Total ibu bersalain denga perdarahan pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

2.3.3. Angka Kematian Ibu karena sepsis (Maternal Septicaemia Death Rate)=AKIS

Kematian ibu yang disebabkan karena keracunan darah. Biasanya disebabkan saat pertolongan persalinan yang mengikuti Standar profesi dan prosedur yang ditetapkan. Penyakit ini ditandai dengan demam tinggi sekali setelah persalinan.

Perkecualian: Demam tinggi yang disebabkan oleh penyakit lain, Misal: thypoid, ginjal, malaria, DHF, dan demam lain yang tidak diketahui penyebabnya.

Pemeriksaan Penunjang: Hb, Leuco, Diff, Thrombocyte, Widal test, darah tepid an kultur.

Formula.

$$\text{AKIS} = \frac{\text{Jumah ibu hamil yang meninggal karena sepsis per bulan}}{\text{Total ibu melahirkan dengan sepsis pada bulan tersebut}} \times 100\%$$

2.3.4. Perpanjangan masa rawat ibu melahirkan (*prolonged LOS of Maternal Delivery)*. PIC: Wadir Pelayanan Medis

Bertambahnya hari rawat ibu sehat (tanpa penyakit lain yang menyertai) yang melahirkan baik secara normal maupun dengan penyulit (Forceps, Decapitasi, Induksi, maupun dengan Caesar.

Sasaran, Semua partus normal : tidak lebih dari 3 hari

Partus penyulit: tidak lebih dari 6 hari

Perkecualian. Perpanjangan masa rawat inap tanpa indikasi medis atau karena sebab si bayi (sakit atau kelainan)

Pemeriksaan Penunjang. Pemerilsaan klinis dan laboratorium tidak menunjukan adanya penyakit lain yang menyertai pada hari ke tiga dan k e enam.

2.3.5 Angka Kematian Bayi dengan BB ≤ 2000 Gr)

Untuk dapat membedakan secara jelas pengaruh BB bayi lahir pada Angka Kematian Bayi dipakai patokan BB bayi lahir 2000 gram.

$$\text{Formula: } \frac{\text{Jumlah kematian bayi BB} < 2000\text{Gr/bulan}}{\text{Total bayi lahir bulan tersebut}} \times 100\%$$

Perkecualian dan Pemeriksaan penunjang tidak ada. Angka ini menunjukabn tingkat mutu pelayanan unit neonatal

2.4 INDIKATOR PENILAIAN YANG LAIN

Untuk menilai pemanfaatan tenaga dipergunakan indikator:

- Rasio kunjungan dengan jumlah tenaga perawat jalan.
- Rasio jumlah hari perawatan dengan jumlah tenaga

perawat inap.

- Rasio jumlah paisien intensif dengan jumlah tenaga perawat yang melayani.
- Rasio persalinan dengan tenaga bidan yang melayani. Rasio dokter terhadap pasien dalam jangka waktu tertentu.
- Rasio dokterterhadap paramedis.
- Rasio paramedis terhadap pasien dalam jangka waktu tertentu.

Rasio digunakan untuk menilai cukup tidaknya masing-masing kategori ketenagaan yang dikaitkan dengan kualitas dan/atau kualitas pelayanan yang dilaksanakan di rumah sakit. Rasio-rasio ini sering digunakan sebagai masukan dalam perencanaan ketenagaan rumah sakit khususnya, maupun perencanaan ketenagaan kesehatan lingkup nasional.

Indikator untuk penilaian cakupan pelayanan adalah:

- Rata-rata kunjungan per hari
- Rata-rata kunjungan baru per hari
- Rasio kunjungan baru dengan total kunjungan
- Jumlah rata-rata pasien ugd per hari
- Rata-rata pasien intensif per hari
- Rata-rata pasien intensif perhari
- Rata-rata pemeriksaan radiologi per hari
- Prosentase r/ yang dilayani terhadap r/ rumah sakit
- Prosentase item obat dalam formularium
- Jumlah pelayanan ambulans
- Rasio banyaknya cucian dengan pasien rawat inap

- Prosentase penyediaan makanan khusus
- Rasio pasien rawat jalan terhadap jumlah penduduk dalam, *catchment area*
- *Admission use rate*
- *Hospitalization rate*

INDEX KEPUASAN MASYARAKAT (LAYANAN RUMAH SAKIT)

Index adalah kumpuan beberapa indicator yang saling terkait. IKM mengacu pada Permenpan No. 14 Tahun 2017 disebutkan bahwa SKM ini bertujuan untuk mengukur tingkat kepuasan masyarakat sebagai pengguna layanan dan meningkatkan kualitas penyelenggaraan pelayanan publik. Dengan sasaran :

1. Mendorong partisipasi masyarakat sebagai pengguna layanan dalam menilai kinerja penyelenggara pelayanan;
2. Mendorong penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik;
3. Mendorong penyelenggara pelayanan menjadi lebih inovatif dalam menyelenggarakan pelayanan publik;
4. Mengukur kecenderungan tingkat kepuasan masyarakat terhadap pelayanan publik.

   Unsur yang menjadi fokus dalam pelaksanaan Survei Kepuasan Masyarakat terdiri dari 9 unsur, terdiri dari (Permenpan.No.14, Th 2017):

1. **Persyaratan** adalah syarat yang harus dipenuhi dalam pengurusan suatu jenis pelayanan, baik persyaratan teknis maupun administratif. Ini terkait dengan registrasi pendaftaran
2. **Sistem, mekanisme dan prosedur** adalah tata cara pelayanan yang dilakukan bagi pemberi dan penerima pelayanan termasuk pengaduan
3. **Waktu penyelesaian** adalah jangka waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh proses pelayanan dari setiap jenis pelayanan
4. **Biaya/Tarif** adalah ongkos yang dikenakan kepada penerima layanan dalam mengurus dan atau memperoleh pelayanan dari penyelenggara yang besarnya ditetapkan Berdasarkan kesepakatan antara penyelenggara dan masyarakat
5. **Produk Spesifikasi Jenis Pelayanan** adalah hasil pelayanan yang diberikan dan diterima sesuai dengan ketentuan yang ditetapkan. Produk pelayanan ini merupakan hasil dari setiap spesifikasi jenis pelayanan
6. **Kompetensi Pelaksana** adalah kemampuan yang harus dimiliki oleh pelaksana meliputi pengetahuan keahlian keterampilan dan pengalaman.
7. **Perilaku Pelaksana** adalah sikap petugas memberikan pelayanan
8. Penanganan pengaduan, saran dan masukan adalah tata cara pelaksanaan penanganan pengaduan dan tindak lanjut

9. **Sarana** adalah segala sesuatu yang dapat dipakai sebagai alat dalam mencapai maksud dan tujuan. **Prasarana** adalah segala sesuatu yang merupakan penunjang utama terselenggaranya suatu proses(usaha,pembangunan, proyek). Sarana yang digunakan untuk benda yang bergerak (komputer,mesin) dan prasarana untuk benda yang tidak bergerak (gedung).

NB. Jumlah unsur atau dimensi disesuaikan dengan kondisi rumah sakit. Demikian juga jumlah indicator ikut menyesuaikan dengan masalah yang dirasakan pasien dan rumah sakit (studi pedahuluan).

Survei ini dilakuak dalam 3-6 bulan sekali,untuk menilai perkembanganmutu layanan

Contoh: Penerapan di rumah sakit

Unsur dan Bobot perunsur ditentukan sesuai keutuhan informasi mutu layanan rumah sakit. Jadi jumlah usur tidak harus Sembilan

Tabel 15. Kerangka Instrumen Penilaian Kepuasan Pelanggaan Rawat Jalan

UNSUR LAYANAN	INDIKATOR LAYANAN
1. **PENDAFTARAN**	1. Pelayanan pendaftaran yang cepat, ramah, penulisan jelas
2. **ADMINISTRASI KEUANGAN**	1. Pelayanan keuangan yang cepat, ramah, perhitungan keuangan jelas
2. **MENUNGGU**	1. Waktu menunggu untuk pemeriksaan, nyaman/tenagn, bersih, keselamatan
3. **POLIKLINIK**	1. Perawat membantu dengan cepat, ramah, informasi jelas,
	2. Dokter memeriksa dengan terampil, cepat, ramah, informasi jelas,
	3. Tempat periksa yang rapi, bersih
4. **LABORATORIUM**	1. Pemeriksaan di laboratorium cepat, ramah., informasi jelas, perlindungan keselamatan
5. **RADIOLOGI**	1. Pemeriksaan di laboratorium cepat, ramah., informasi jelas, perlindungan keselamatan
6. **INSTALASI GAWAT DARURAT**	1. Pelayanan yang cepat,ramah, obat lengkap, informasi jelas

7. **PELAYANAN DOKTER**	1. Dokter memulai pelayanan tepat (timely), empati, responsif, profesioanl kompetensi, infromasi jelas
8. **PELAYANAN PERAWAT**	1. Para perawat memulai pelayanan tepat pada waktunya, responsif, informasi jelas, sopan dan ramah, empati
9. **PELAYANAN ADMINISTRASI & KEUANGAN**	1. Prosedur pelayanan administrasi berjalan lancar, pembayaran transparan
	2. Biaya obat-obatan terjangkau
	3. Biaya pelayanan medis terjangkau
	4. Petugas administrasi memiliki kemampuan yang memadai
	5. Petugas administrasi mampu berkomunikasi dengan baik, sopan
	6. Petugas administrasi memberikan pelayanan dengan cekatan
10. **AKOMODASI DAN KONSUMSI**	1. Ruang/gedung tempat pelayanan tertata bersih dan rapi
	2. Kamar mandi dan WC bersih
	3. Lingkungan RS terasa nyaman
	4. Tempat tidur pasien bersih dan rapi
	5. Cita rasa makanan cukup lezat penyajian memuaskan,
11. **Aman dan hormta**	1. Saya merasa aman berobat di rumah sakit ini, dhargai

Rekapitulasi hasil: Unsur, Rerata Nilai Unsur dan Nilai Rerata Nilai Tertimbang

No	Unsur	Rata-Rata Nilai per Unsur	Nilai Rata-rata Tertimbang
a	*b*	*c*	*4 = (c x 0,071)*
1	Prosedur Pelayanan	3,241	0,230
2	Persyaratan Pelayanan	3,308	0,235
3	Kejelasan Petugas Pelayanan	3,295	0,234
4	Kedisiplinan Petugas Pelayanan	3,295	0,234
5	Tanggung Jawab Petugas Pelayanan	3,295	0,234
6	Kemampuan Petugas Pelayanan	3,268	0,232
7	Kecepatan Pelayanan Pelayanan	3,092	0,220
8	Keadilan Mendapatkan Pelayanan	3,241	0,230
9	Kesopanan dan Keramahan Petugas	3,295	0,234
10	Kewajaran Biaya Pelayanan	3,377	0,240
11	Kepastian Biaya Pelayanan	3,295	0,234
12	Kepastian Jadwal Pelayanan	3,186	0,226
13	Kenyamanan Lingkungan	3,214	0,228
14	Keamanan Pelayanan	3,513	0,249
Jumlah Nilai Rata-Rata Tertimbang			3,260
IKM = Jumlah Nilai Rata-Rata Tertimbang x 25			81,503

Jumlah dari nilai rata-rata tertimbang yaitu sebesar

3,260. Selanjutnya Nilai Indeks tersebut akan dikonversi sebagai berikut: Nilai dasar adalah jumlah responden. Dalam survei ini jumlah responden 25.Nilai IKM setelah Dikonversi= Nilai Indeks rerata x Nilai Dasar = 3,260 x 25= 81,503, artinya Mutu Pelayanan = B: Baik

Pedoman Nilai akhir:

A (sangat Baik) = 88,31 - 100,00;

B (baik) = 76,61 - 88, 30;

C (Kurang Baik) = 65,00 -76,00;

D (Tidak Baik) = 25,00 - 64, 99

PUSTAKA

Becker, B. E., Huselid, M. A., & Ulrich, D. (2001). *The HR scorecard: Linking people, strategy, and performance*. Boston: Harvard Business School Press.

Benny Tjahjono .2019. *Exploring Supply Chain Management in the Context of Health Systems* . Research CentreBus9nee in Society., Conventry University

Depkes RI., 2005. *Pedoman Pengelolaan Obat Publik dan Perbekalan Kesehatan*. Jakarta: Departemen Kesehatan RI.

Don Page and Paul T. *A Conceptual Framework for Measuring Servant-Leadership*. *Trinity Western University,* Canada

Drucker P.F.. 2007. *People and Performance*. Harvard Business School Press.

Elwyn, Edwards, Wensing .2003. Shared decision making: developing the OPTIO SCALE for measuring patient involvement. University of Wales. UK

Emanuel, E.J., Emanuel, L.L., 1992. *Four Models of the Physician-Patient Relationship*. JAMA 267, 6.

Greenleaf R.K. *Servant Leadership: A Journey into the Nature of Legitimate Power and Greatness*. New York, NY: Paulist Press; 1977.

Houghton J.D., Dawle D, Dilillo T.C. 2012. *The Abbreviation Self Leadership Questionaire (ASLQ): A More Concise Measure f Selt Leadership*. *International Journal of Leadership*

Studies, Vol. 7, Iss. 2, School of Global Leadership &Entrepreneurship, Regent University ISSN 1554-3145

Indeed Editorial Team. 2021. *How To Become a Hospital Administrator in 5 Steps. Published May 12, 2021*

Kaplan R. S and David P. Norton,1996. *"Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System,"* Harvard Business Review (January-February 1996): 76.

Kaplan R. S and Norton, David P. 2000. *Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System*. Boston, Massachusetts: Harvard Business Review.

Kaplan, R.S. and Norton, D.P. 2004. *Strategy Maps, Converting Intangible Assets into Tangible Outcome*s, Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press.

Krause D.G. 2022. .*The way of the Leader*. SPARKLE Leadership.

Kemenkes R.I. (2008). PMK Nomor 269/MENKES/PER/III/2008 Tentang Rekam Medis. In *Peraturan Menteri Kesehatan tentang Rekam Medis* (ps. 7).

Kementerian Kesehatan RI. (2013). Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 82 tentang Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit. *Peraturan Menteri Kesehatan*, *87*, 1–36.

Kementerian Komunikasi dan Informatika. Undang-Undang .2016. Nomor 19 Tentang Informasi danTeknolgi Elektronik; Tahun 2016 (UU ITE) sebagai perubahan UU No 11 Tahun 2008.

Kepmendikbud R.I. 2020. Peraturan Menteri

Pendidikan danKeudayaan No. 3 Tahun 2020
Kemenkes R.I. 2020. Strategi Nasional Peningkatan Mutu Pelayanan Rumah Sakit.. KARS 14 Januari 2020. Webinar
Kepmenkes R.I 2021. Strategi Transformasi Digital Kesehatan 2024.
PerMenKeu (PMK) No. 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum
Longest, B.., Rakich, J. S., & Darr, K. 2000. *Managing health services organizations and systems*. Baltimore: Health Professions Press.
Permenpan R.I. 2017. Pedoman Penyusunan Survei Kepuasan Masyarakat Unit Penyelenggara Pelayanan Publik. No. 14.
PerMenKes R.I. 2020. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024
Levesque J.f., Harris M,F.,Russel G.M. *2013. Conceptual framework of access to health care. International Journal for Equity in Health 2013, 12:18*
Lombardi, D. M., & Schermerhorn, J. R. (2007). *Healthcare management*. Hoboken,
NJ: John Wiley and Sons.
Michael J, Mc Question, 2006. *Quality of Care.* Johns Hopkins University
Michelle Beattie, Ashley Shepherd. 2013. *Do the Institute of Medicine's (IOM's) dimensions of quality capture the current meaning of quality in health care*? – An integrative review. Journal of Research in Nursing, June 2013
Muzhir Shaban., Rabah Noory.,Yassen D., Dua/a Yassen. 2012. *Billing System Design Based on Internet Environment.*,(IJACSA) International Journal of

Advanced Computer Science and Applications, Vol. 3, No. 9, 2012

Niven, Paul R. 2002. Balanced Scorecard: Step-by-Step: Maximizing Performance and Maintaining Results. New York: John Wiley & Sons, Inc.

Niven, P.R. 2003. Balanced Scorecard Step-by-Step for Government and Nonprofit Agencies. New York: John Wiley & Sons, Inc.,

PerMenKes R.I. 2020. Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2020-2024. No.2 Tahun 2020

Quick, Jonathan D; Embrey, Martha; Dukes, Graham. 2012. *Managing Access To Medicines and Other Health Technologies*. USA

Robert K. Greenleaf.1970. The Servant as Leader. AT&T. USA

Permenkeu R.I. 2022. Tentang Pengelolaan Penerimaan dalamotnomi khusus. NOMOR 76 /PMK.07 /2022.

Rachmawati A.W., Lantu D.C. 2013. *Servant Leadership Theory Development & Measurement. Published by Elsevier Ltd.*

SAP (Pasal 6 ayat (4) PMK No. 76/PMK.05/2008 tentang Pedoman Akuntansi Dan Pelaporan Keuangan Badan Layanan Umum).

Spears L C. 2010. Character and servant leadership: ten characteristics of effective, caring leaders. *The Journal of Virtues and Leadership*. 2010; 1(1): 25-30.

Supriyanto S., Nyoman A D., 2007. Perencanaan dan Evaluasi Kesehatan. Airlangga University Press., Surabaya.

Supriyanto S., Ratna Wulandari., Ernawaty .2022 *Hospital care Quality*. PT Rajawali., Jakarta

Tamhane S.T., Rene Rodriguez-Gutierrez R.R., Hargraves1 I.., Montori V.M..2015. *Shared Decision-Making in Diabetes Care.* Springer Scien2-15. Springer Science Business Media New York 2015.

UNDANG UNDANG R.I. 2009. No. 44 TAHUN 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta 28 Oktober

Uribe V.D.,, Sarache .W., Gutiérrez E.V. 2019. *Sustainable Supply Chain Management Practices and Sustainable Performance in Hospitals: A Systematic Review and Integrative Framework*, Universidad Nacional de Colombia, Manizales 170003.

Wanga, Elijah Oling. 2022. *The Balanced Scorecard in Healthcare: Everything You Need to Know.* https://experience.care/blog/the-balanced-scorecard-in-healthcare/

World Health Organization, 2022. World health statistics 2022: *Monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. World Health Organization, Geneva.