

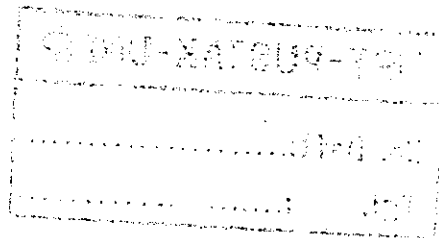
362.110

WIB

P

91

**PENGEMBANGAN PRA-MODEL MANAJEMEN DOKTER  
YANG MENDUKUNG EFISIENSI BIAYA PELAYANAN  
PASIEN PADA ERA ASURANSI KESEHATAN  
DI RS. PANTIWILASA "CITARUM" SEMARANG**



**Tesis**  
**Untuk memenuhi persyaratan**  
**Mencapai derajat sarjana S-2**

**MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT**  
**Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit**

**Daniel Budi Wibowo**  
**E 4A 099006**

**PROGRAM PASCA SARJANA**  
**UNIVERSITAS DIPONEGORO**  
**SEMARANG**

**2002**

**PENGEMBANGAN PRA-MODEL MANAJEMEN DOKTER  
YANG MENDUKUNG EFISIENSI BIAYA PELAYANAN  
PASIEN PADA ERA ASURANSI KESEHATAN  
DI RS. PANTIWILASA "CITARUM" SEMARANG**



**Tesis  
Untuk memenuhi persyaratan  
Mencapai derajat sarjana S-2**

**MAGISTER ILMU KESEHATAN MASYARAKAT  
Konsentrasi Manajemen Rumah Sakit**

**Daniel Budi Wibowo  
E 4A 099006**

**PROGRAM PASCA SARJANA  
UNIVERSITAS DIPONEGORO  
SEMARANG  
2002**

TESIS

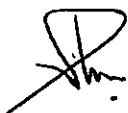
**PENGEMBANGAN PRA-MODEL MANAJEMEN DOKTER  
YANG MENDUKUNG EFISIENSI BIAYA PELAYANAN  
PASIEN PADA ERA ASURANSI KESEHATAN  
DI RS. PANTIWILASA "CITARUM" SEMARANG**

disusun oleh  
Daniel Budi Wibowo  
E 4A099006

Telah dipertahankan di depan Tim Penguji  
Pada tanggal 30 Agustus 2002  
dan dinyatakan telah memenuhi syarat untuk diterima

Menyetujui

Pembimbing I



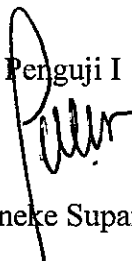
Dr. Sudiro, MPH, Dr. PH

Pembimbing II



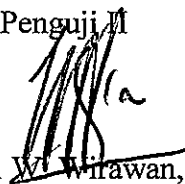
Dra. Chriswardani Suryawati, MKes

Penguji I



Dr. Anneke Suparwati, MPH

Penguji II



Dr. Murti W. Wirawan, MKes



Ketua Program Studi  
Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat

Dr. Sudiro, MPH Dr. PH

NIP. 31252 965

## **PERNYATAAN**

Dengan ini saya menyatakan bahwa tesis ini adalah hasil pekerjaan saya sendiri dan di dalamnya tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan lembaga pendidikan lainnya. Pengetahuan yang diperoleh dari hasil penerbitan maupun yang belum / tidak diterbitkan, sumbernya dijelaskan di dalam tulisan dan daftar pustaka.

Semarang,

**Daniel Budi Wibowo**

## KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah menyertai dalam penulisan tesis ini sejak awal hingga saat ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi persyaratan mencapai derajat sarjana S-2 Magister Kesehatan Masyarakat dengan konsentrasi Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang.

Penulisan thesis ini didasarkan pada penelitian untuk mencari Model Manajemen Dokter RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang di Era Asuransi Kesehatan.. Pada kesempatan ini penulis ingin menyampaikan ucapan terima kasih yang tak terhingga kepada berbagai pihak yang telah membantu proses penulisan tesis ini :

1. Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH. selaku pembimbing I, atas bimbingan dan pengarahan sejak awal hingga selesainya tesis ini.
2. Dra. Chriswardani Suryawati, MKes selaku pembimbing II, atas bimbingan dan pengarahan sejak awal hingga selesainya tesis ini.
3. Dra. Ayun Sriatmi, MKes selaku pe-review yang telah banyak memberi masukan dalam penyelesaian tesis akhir.
4. Dr Aneke Suparwati, MPH dan Dr. Murti Wandrati Wirawan, MKes selaku penguji yang banyak memberi bimbingan dan pengarahan yang sangat berguna.
5. Dr. Sudiro, MPH, Dr.PH. selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat konsentrasi Administrasi Rumah Sakit beserta seluruh staf, yang telah banyak memberikan bantuan dan perhatian selama masa perkuliahan.
6. Dr. Bagoes Widjanarko, MPH, Dr. M. Sakundarno Adi, MSc, dan Farid SKM, DEA yang telah banyak membantu dengan memberi masukan dan petunjuk dalam penulisan tesis ini.
7. Ir. Drs. Sani Susanto Msc PhD, yang telah banyak memberi masukan dalam hal analisa statistik hingga tesis ini bisa diselesaikan.
8. Dr. Soebroto PH, SpPD, MKes, selaku mantan direktur RS. Pantiwilasa "Citarum" yang saat itu memberi ijin penelitian dan sangat mendukung dalam proses dan penelitian dan memberikan literatur.

9. Dr. Sri Kadarsih Subroto, MM, selaku direktur RS. Pantiwilasa “Dr. Cipto” beserta seluruh staf yang memberi fasilitas untuk uji coba kwesioner dan selalu memberikan dorongan dalam penulisan tesis ini.
10. Dr. Susetyo, SPA, Dr. Mary Indriati, Dr. Soebagio S, Dr. Wibowo K, Dr. Liestyorini, Dr Widiastuti, Dr. Tanti L, Drg. Kriswardani, Dr. Arwedi SpPD dan Dr. Karsono SpBP sebagai anggota komite medik yang telah mendukung dengan sepenuh hati dan mendorong penulis dalam menyelesaikan tesis ini.
11. Dr. Wibowo K, Hendro SE dan Dr. Susetyo SpA , selaku wakil direktur RS. Pantiwilasa “Citarum” atas dukungannya sehingga penulis bisa menyelesaikan tesis ini.
12. Sejawat dokter mitra RS. Pantiwilasa “Citarum” yang telah berpartisipasi sebagai responden dalam penelitian ini sehingga dapat diselesaikan.
13. Teman-teman perawat RS. Pantiwilasa “Citarum” yang sangat membantu dalam penelitian ini hingga selesai.
14. Rekan-rekan mahasiswa Program S2 Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Diponegoro, Semarang yang ikut memberikan dukungan, semangat dan kerjasama selama pendidikan.
15. Semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu yang membantu selama perkuliahan, penelitian, penyusunan tesis dan mengikuti ujian akhir.

Secara khusus penulis juga menyampaikan terima kasih yang tulus dan tak terhingga kepada isteri tercinta Drg. Lanny Sunarjo yang telah memberikan dukungan literatur dari Melbourne University, serta dorongan dan doa sejak awal pendidikan hingga selesainya penulisan tesis ini.

Akhirnya semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua, khususnya bagi peningkatan manajemen dokter di RS. Pantiwilasa “Citarum”

Semarang, Juni 2002

Daniel B. Wibowo

## DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HALAMAN JUDUL</b>	i
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	ii
<b>KATA PENGANTAR</b>	iii
<b>DAFTAR ISI</b>	v
<b>DAFTAR TABEL</b>	vii
<b>DAFTAR GAMBAR DAN GRAFIK</b>	viii
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b>	ix
<b>ABSTRAK</b>	x
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar belakang	1
1.1.1 Perumusan Masalah	10
1.1.2 Keaslian Penelitian	11
1.2 Tujuan Penelitian	14
1.2.1 Tujuan Penelitian Umum	14
1.2.2 Tujuan Penelitian Khusus	14
1.3 Manfaat Penelitian	15
1.3.1 Bagi Praktisi Rumah Sakit	15
1.3.2 Bagi RS. Pantiwilasa "Citarum"	15
1.3.3 Bagi Universitas Diponegoro	16
1.3.4 Bagi Peneliti	16
1.4 Lingkup Penelitian	16
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Tinjauan Pustaka	18
A. Dasar Pengertian Asuransi Kesehatan dan "Managed Care"	18
B. Cara Pembayaran Pelayanan Kesehatan	29
C. Pengendalian Mutu dan Pelayanan Pasien Peserta Asuransi	36
D. Manajemen Pembiayaan Rumah Sakit	39
E. Pengendalian Efisiensi Biaya Rumah Sakit	44
F. Peran Dokter dalam Pelayanan Kesehatan	48
G. Manajemen Ideal Dokter di Rumah Sakit	51
2.2 Kerangka Teori	59
<b>BAB III METODE PENELITIAN</b>	
3.1 Rancangan Penelitian	62
3.2 Kerangka Konsep Penelitian	62
3.3 Pertanyaan Penelitian	63
3.4 Hipotesis Penelitian	64
3.5 Variabel Penelitian	64
3.5.1 Variabel independen	64
3.5.2 Variabel dependen	65
3.6 Lokasi Penelitian	65

3.7	Uji Coba Kuesioner	65
3.8	Sumber Data	66
3.9	Metode Pengumpulan Data	69
3.10	Definisi Operasional Variabel	70
3.11	Instrumen Penelitian	72
3.12	Analisis Hasil	73
	3.12.1 Deskriptif	73
	3.12.2 Analitik	73
<b>BAB IV</b>	<b>HASIL PENELITIAN</b>	
4.1	Gambaran Umum RS. Pantiwilasa “Citarum”	78
4.2	Pendukung dan Penghambat Pengumpulan Data	80
	4.2.1 Pengumpulan Data	80
4.3	Hasil Penelitian	81
	4.3.1 Karakteristik Responden Penelitian	81
	4.3.2 Jawaban Responden Terhadap Pertanyaan Variabel Penelitian	83
	4.3.3. Perbedaan Penerimaan Dokter Tetap dan Dokter Mitra Terhadap Variabel Penelitian	88
	4.3.4 Analisis Pengaruh Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen.	97
	4.3.5 Hasil Diskusi Kelompok Terfokus (FGD)	100
<b>BAB V</b>	<b>PEMBAHASAN</b>	
5.1	Keterbatasan Penelitian	118
5.2	Karakteristik Responden	119
5.3	Penerimaan Responden Terhadap Variabel Penelitian	120
5.4	Hasil Uji Statistik	134
	5.4.1 Perbedaan Dokter Tetap dan Dokter Mitra	134
	5.4.2 Pengaruh Seluruh Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen.	136
5.5	Pra-model Manajemen Dokter yang Mengarah Pada Efisiensi Biaya Pengelolaan Pasien.	137
<b>BAB VI</b>	<b>KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1	Kesimpulan	158
6.2	Saran	162
	<b>DAFTAR PUSTAKA</b>	165
	<b>LAMPIRAN</b>	

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Jumlah Peserta Sukarela PT. ASKES di Jawa Tengah 1995-2000	5
Tabel 1.2 : Jumlah Kasus yang Dibayar Pihak Ketiga di RS. Pantiwilasa "Citarum" 1998 – 2000.	7
Tabel 2.1 : Perbandingan Kinerja Beberapa Sistem Pembayaran	34
Tabel 2.2 : Mekanisme Pembayaran Pelayanan Kesehatan	36
Tabel 3.1 : Resume Obyek Penelitian	68
Tabel 3.2 : Rencana Tabel Parameter Analisa Regresi Logistik Dengan SPSS	75
Tabel 4.1 : Kinerja Pelayanan RS. Pantiwilasa "Citarum" 1998 – 2001	80
Tabel 4.2 : Lama Kerja Dokter Responden dengan Keahlian Sekarang	82
Tabel 4.3 : Lama Kerja Dokter Responden di RS. Pantiwilasa "Citarum"	82
Tabel 4.4 : Jumlah Rumah Sakit yang Dilayani Dokter Responden	83
Tabel 4.5 : Tabel Silang Status Dokter dengan Keharusan Mengikuti Prosedur	89
Tabel 4.6 : Tabel Silang Status Dokter dengan Keharusan Mengikuti Formularium	90
Tabel 4.7 : Tabel Silang Status Dokter dengan Keharusan Memperpendek Rawat Inap.	91
Tabel 4.8 : Tabel Silang Status Dokter dengan Perhitungan Jasa Medis Pasien Askes Lebih Rendah Dibanding Pasien Umum.	92
Tabel 4.9 : Tabel Silang Status Dokter dengan Pemberdayaan Komite Medik.	93
Tabel 4.10 : Tabel Silang Status Dokter dengan Kelengkapan Peralatan Medis.	94
Tabel 4.11 : Tabel Silang Status Dokter dengan Kebijakan Dokter Secara Umum.	95
Tabel 4.12 : Tabel Silang Status Dokter dengan Manajemen Efisiensi Pelayanan Pasien.	96
Tabel 4.13 : Rekapitulasi Hasil Uji Chi-Square Jawaban Dokter Tetap dan Dokter Mitra.	97
Tabel 4.14 : Ringkasan Hasil Uji Chi-Square Masing-Masing Variabel Independen dengan Variabel Dependen.	98
Tabel 4.15 : Ringkasan Hasil Analisa Regresi Logistik dengan SPSS-10	99
Tabel 5.1 : Resume Jawaban Responden Terhadap Variabel Penelitian.	120
Tabel 5.2 : Resume Uji Chi-Square Jawaban Dokter Tetap dan Mitra.	134

## DAFTAR GAMBAR DAN GRAFIK

	Halaman
Gambar 2.1 : Hubungan antara (A) Penggalangan Dana Melalui Asuransi (B) Pembiayaan dengan Asuransi, (C) Pemberian Pelayanan Kesehatan, dan (D) Pengaturan Sistem Pelayanan Kesehatan dengan Aasuransi oleh Ppemerintah.	19
Grafik 4.1 : Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Memenuhi Prosedur Standar	83
Grafik 4.2 : Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Menggunakan Obat Sesuai Formularium	84
Grafik 4.3 : Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Memperpendek Rawat Inap.	85
Grafik 4.4 : Penerimaan Dokter Terhadap Perhitungan Jasa Medis Relatif Lebih Rendah untuk Pasien Askes Dibanding Pasien Umum	85
Grafik 4.5 : Penerimaan Dokter Terhadap Pemberdayaan Komite Medik	86
Grafik 4.6 : Penerimaan Dokter Terhadap Kelengkapan Alat Medis	87
Grafik 4.7 : Penerimaan Dokter Terhadap Kebijakan Umum yang Menyangkut Dokter.	87
Grafik 4.8 : Penerimaan Dokter Terhadap Upaya Manajemen Efisiensi Pelayanan Pasien.	88
Grafik 5.1 : Penerapan Pra-Model Manajemen Dokter yang Mendukung Efisiensi Biaya Pelayanan Pasien Pada Era Asuransi Kesehatan di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang	157

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Profil RS. Pantiwilasa “Citarum”
- Lampiran 2 Materi pertanyaan wawancara terstruktur.
- Lampiran 3 Kerangka Diskusi Kelompok Terfokus (FGD)
- Lampiran 4 Struktur Organisasi RS. Pantiwilasa “Citarum”
- Lampiran 5 Print Out SPSS

Abstrak

Daniel

**PENGEMBANGAN PRA-MODEL MANAJEMEN DOKTER  
YANG MENDUKUNG EFISIENSI BIAYA PELAYANAN PASIEN  
PADA ERA ASURANSI KESEHATAN  
DI RS. PANTIWILASA "CITARUM" SEMARANG**

xi + 168 halaman, 23 tabel, 10 grafik dan 5 lampiran

Meningkatnya pasien yang dibayar pihak ketiga di Indonesia, mendorong manajemen rumah sakit untuk melakukan efisiensi biaya. Dokter mempunyai posisi strategis dalam rumah sakit. Untuk itu rumah sakit memerlukan model manajemen dokter yang mendukung efisiensi biaya. Penelitian ini bertujuan mengembangkan pra-model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" yang dapat mendorong secara bermakna efisiensi biaya pelayanan pasien.

Penelitian ini melibatkan 50 dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum", Semarang sebagai responden penelitian. Penelitian ini bersifat observasional dengan menggunakan pendekatan "cross sectional" untuk mencari hubungan antara variabel independen dan dependen dan pengembangan pra-model .

Penelitian ini menemukan secara deskriptif bahwa lebih dari 52 % responden dapat menerima bila diharuskan untuk mentaati prosedur standar pengelolaan pasien, menulis resep sesuai formularium, memperpendek waktu rawat inap, menerima jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien peserta asuransi, pemberdayaan komite medik, peralatan kerja yang ada dan kebijakan umum RS. Pantiwilasa "Citarum" yang menyangkut dokter. Sebagian besar responden (94 %) juga bisa menerima kewajiban untuk mendukung efisiensi biaya pengelolaan pasien. Dengan uji chi square, terdapat perbedaan jawaban yang signifikan ( $p < 0,05$ ) antara responden dokter tetap dan dokter mitra dalam hal penerimaan pada keharusan mengikuti prosedur standar pengelolaan pasien dan keharusan mentaati formularium. Tidak ada perbedaan jawaban yang signifikan pada variabel penelitian lain ( $p < 0,05$ ). Dengan analisis regresi logistik ditemukan tidak ada pengaruh antara penerimaan dokter pada variabel upaya-upaya efisiensi biaya, dan penerimaan dokter pada kebijakan dan fasilitas rumah sakit, terhadap variabel penerimaan pada kewajiban mendukung efisiensi biaya pengelolaan pasien secara umum.

Secara kualitatif dapat disimpulkan pra-model manajemen dokter yang dapat diterima dan mendukung efisiensi biaya pengelolaan pasien meliputi hubungan yang harmonis antara administrator rumah sakit dengan dokter, pemberdayaan komite medik, adanya "Hospital Bylaws", jasa medis yang layak, serta administrator rumah sakit harus memilih dokter.

Kata kunci : dokter, manajemen rumah sakit, asuransi kesehatan.

Kepustakaan : 43 buah (1987 – 2002)

Abstract

Daniel

**PHYSICIAN MANAGEMENT'S PRE-MODEL DEVELOPMENT  
SUPPORTING PATIENT'S COST OF CARE EFFICIENCY  
IN THE HEALTH INSURANCE ERA  
AT PANTIWIILASA "CITARUM" HOSPITAL, SEMARANG**

xi + 168 pages, 23 tables, 10 graphics and 5 attachments.

Increasing patients paid by third party payer, draws hospital's management to do efficiency. Physicians have a strategic position at hospital. Hospital should have a physician's management model that can drive cost efficiency. The objective of this study is to develop physician management's pre-model at Pantiwilasa "Citarum" Hospital which could drive patient's cost of care efficiency.

This study was participated by 50 physicians working at Pantiwilasa "Citarum" Hospital in Semarang as respondents. This research is observational study, using cross sectional approach, to search correlation between independent and dependent variables, and also to develop pre-model.

More than 52 % respondents can accept if they have to follow the standardization of patient's care procedure, to prescribe appropriately fitted with formularium, to shorten the hospitalized time, to receive relatively lower medical fees for patient participated in health insurance, to accept empowering the medical committee, to accept Pantiwilasa's medical equipments and to accept policy of Pantiwilasa "Citarum" related to physician. Most of respondents (94 %) also accept liabilities for supporting patient's cost of care efficiency management. Based on chi-square test, there are significant differences ( $p < 0.05$ ) between the answer of full time physicians and visiting physicians participated in this study. The differences are in the acceptance to follow standard procedure for patient's care, and to prescribe appropriately fitted with formularium. There is no significance difference ( $p < 0.05$ ) in the answer for other study variables that are shorten hospitalized time, lower medical fees for insureded patients, empowering the medical committee, provided medical equipments, policy related to physician, and liabilities for patient's cost of care efficiency management. Based on logistic regression, there is no significant influence in respondent's acceptance on variables of cost efficiency studied, and in respondent's acceptance on hospital's equipments and policy, as well as in the respondent's acceptance on the liabilities to support patient's cost of care efficiency in common.

Qualitatively, concludes that accepted physician management pre-model that support patient's cost of care efficiency includes good relationship between hospital's administrator and physicians, empowering medical staff committee, "Hospital Bylaws" implementation, appropriate medical fee, and physician chosen implementation by hospital's administrator.

Keywords : physician, hospital management, health insurance

Literature : 43 (1987 -- 2002)

## BAB I

### PENDAHULUAN

#### 1.1. Latar Belakang.

Biaya pelayanan kesehatan akan makin meningkat setiap tahun, termasuk biaya pengobatan di rumah sakit. Inflasi biaya kesehatan jauh lebih tinggi dibanding inflasi ekonomi secara umum. Di Indonesia pada awal tahun 1992, inflasi biaya kesehatan mencapai 14 – 16% pertahun, dibanding inflasi umum saat itu sekitar 7 % pertahun (Gani A, 2000).

Ada beberapa hal yang menyebabkan makin mahalnya biaya pelayanan kesehatan, antara lain : (Sulastomo, 2000)

1. Makin berkembang cepatnya teknologi kesehatan termasuk alat-alat teknologi kesehatan canggih yang berharga mahal mendorong rumah sakit dan dokter untuk melakukan investasi dan memperhitungkan biaya penggunaannya.
2. Munculnya obat-obat baru yang diklaim lebih baik, namun dengan harga mahal karena biaya riset yang tinggi, dan ada kecenderungan dokter untuk menggunakan teknologi dan obat-obatan terbaik, guna mendapatkan rasa aman terhadap tanggung jawab moralnya pada pasien.
3. Inflasi yang relatif tinggi di Indonesia menyebabkan tuntutan jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit, termasuk jasa dokter, jasa perawatan, biaya kamar dan biaya-biaya lain meningkat cukup tajam.
4. Berkurangnya subsidi pemerintah dalam rumah sakit milik pemerintah menyebabkan naiknya biaya pelayanan kesehatan.

5. Semakin banyaknya sarana kesehatan, akan selalu menumbuhkan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan (supply induced demand mechanism), tetapi kompetisi yang lebih besar tidak diikuti oleh penurunan harga pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena konsumen tidak mengetahui apa yang sesungguhnya dibelinya, sehingga pasien tidak tahu harga yang sepatasnya mereka bayar.
6. Hubungan pasien dengan dokter sangat menentukan dalam membentuk harga pelayanan kesehatan. Pasien mempunyai kecenderungan memperoleh pelayanan kesehatan terbaik dari dokter yang dipercayainya, teknologi kedokteran terbaik, serta obat-obatan terbaik. Masalah harga seringkali menjadi pertimbangan kedua, terutama pada saat pilihannya hidup atau mati. Sifat pasien ini cenderung untuk mendorong kenaikan harga pelayanan kesehatan. "The law of medical money" mengatakan bahwa kecenderungan itu akan dibatasi oleh tersedianya dana / kemampuan pasien untuk membayar pelayanan kesehatannya.

Dengan kondisi pelayanan kesehatan di atas, ditambah lagi dengan kebiasaan cara pembayaran pelayanan kesehatan di Indonesia yang berdasar jenis pelayanan yang diterima (fee for service), akan menyebabkan terjadinya banyak inefisiensi dalam bidang pelayanan kesehatan. Inefisiensi terjadi akibat faktor alat, obat dan perilaku manusia (Soeparmanto SA, 1999)

Para administrator pelayanan kesehatan harus berusaha mengurangi inefisiensi tsb, tanpa mengurangi kebutuhan layanan medis pasien sesuai tuntutan keadaannya. Yang

harus dikurangi adalah faktor atau tindakan yang irrasional atau berlebihan, baik dari sisi konsumen dan pemberi layanan (Moenardi T, 1999)

Bagi kebanyakan orang, sakit merupakan peristiwa yang tidak pasti dan mungkin jarang terjadi. Namun suatu ketika bila terjadi, biaya pengobatan yang sedemikian besar dapat membebani ekonomi seseorang. Keadaan itu terjadi karena metode pembayaran “out of pocket” atau “fee for service” (Bhisma M, 2000).

Asuransi kesehatan merupakan cara untuk mengatasi resiko dan ketidakpastian peristiwa sakit serta implikasi-implikasi biaya yang diakibatkannya. Asuransi kesehatan mengubah peristiwa yang tidak pasti dan sulit diramalkan menjadi peristiwa yang pasti dan terencana. Asuransi membantu mengurangi resiko perorangan ke resiko sekelompok orang dengan cara perangkuman resiko (risk pooling) dengan cara setiap anggota membayar premi pada lembaga asuransi (Bhisma M, 2000).

Manfaat yang diperoleh pembayar premi adalah , ketika mengalami peristiwa sakit, ia akan memperoleh kompensasi atas sebagian atau seluruh kerugian finansial saat peristiwa itu terjadi (Bhisma M, 2000).

Praktek asuransi kesehatan selalu menekankan jalur pelayanan dengan jenjang pelayanan yang sesuai keperluan medis untuk mengurangi inefisiensi. Masalah yang dapat ditangani dokter umum tidak perlu ke dokter spesialis, karena akan membuat konsekwensi biaya (Bhisma M, 2000).

Pada tahun 1968, mantan presiden Suharto menerbitkan Kepres No. 230/1968 yang melandasi program jaminan pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negeri dan penerima pensiun sipil dan ABRI. Kini program asuransi kesehatan di Indonesia sudah mengalami perkembangan. PP 69/91 yang menggantikan Kepres 1968 menetapkan

bahwa kepesertaan PT. ASKES terbagi menjadi dua kelompok, yaitu peserta wajib (PNS, pensiunan, veteran) serta peserta sukarela. Secara operasional, baik bagi peserta wajib maupun sukarela, PT. ASKES Indonesia berusaha menerapkan prinsip-prinsip *managed care* (JPKM).

Pada tahun 1992, terbitlah berbagai undang-undang yang terkait dengan program jaminan pemeliharaan kesehatan / asuransi. UU No. 2/1992 tentang Usaha Perasuransian telah membuka peluang usaha program asuransi kesehatan (komersial), sebagai bagian dari program asuransi jiwa atau kerugian. Banyak lembaga berusaha mencoba peluang ini, namun sejauh ini belum mencapai skala yang bermakna.

Dalam UU No. 23/1992 tentang kesehatan, terbuka kesempatan untuk mengembangkan program JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat), dengan kepesertaan bersifat aktif (sukarela), yang secara operasional menerapkan prinsip-prinsip “managed care”, antara lain dengan mendorong ke arah sistem pembayaran pra-upaya.

Sampai tahun 1996, peserta PT. ASKES berjumlah sekitar 16,5 juta orang dengan sekitar 500.000 orang adalah peserta sukarela. Pertumbuhan peserta sukarela boleh dikatakan relatif cepat (Sulastomo, 2000). Di Jawa Tengah sejak tahun 1995 hingga tahun 2000, terjadi pertumbuhan peserta sukarela sebanyak 105,37 %. Hal itu bisa dilihat pada tabel sbb :

Tabel 1.1  
Jumlah Peserta Sukarela PT ASKES di Jawa Tengah Tahun 1995 – 2000

Tahun	Jumlah Peserta	Pertumbuhan Peserta	
	(jiwa)	(jiwa)	(%)
1995	42.617		
1996	44.970	2.353	5,52
1997	45.118	148	0,33
1998	42.994	(2.124)	(4,71)
1999	46.785	3.791	8,82
2000	96.084	49.299	105,37

Sumber : PT. ASKES cabang Jawa Tengah

Dengan makin bertambahnya peserta asuransi kesehatan, maka daya tawar (*bargaining power*) perusahaan asuransi terhadap penyelenggara pelayanan kesehatan akan makin kuat. Dalam rangka pengendalian biaya berobat, sistem “reimbursement” atau penggantian biaya pelayanan kesehatan oleh asuransi, sangat tidak menguntungkan bagi perusahaan asuransi, karena tidak semua asuransi dapat menolak klaim yang mereka anggap tidak tepat atau tidak efisien. Sebaliknya dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan, bila dilihat jangka pendek, makin banyak pelayanan kesehatan yang diberikan, makin banyak uang yang dihasilkan. Tidak jarang akhirnya terjadi konflik antara pihak asuransi dan penyelenggara pelayanan kesehatan (Trisnantoro, 1999).

Bila model JPKM atau “managed care” makin berkembang, lembaga asuransi kesehatan baik pemerintah atau swasta akan berusaha mengalihkan sistem “reimbursement” ke arah sistem pembayaran prospektif, atau pembayaran pra-upaya, yaitu suatu sistem pembayaran pada penyelenggara pelayanan kesehatan, baik rumah sakit maupun dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu layanan medik dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah

sakit. Hal ini sudah dilaksanakan di beberapa negara maju. Issue ini juga diperkuat oleh RUU tentang asuransi kesehatan tahun 2001, yang akan menggunakan cara pembayaran prospektif sebagai sistem pembayaran (Bhisma M, 2000).

Kalau perubahan sistem pembayaran itu terjadi, akan terjadi perubahan paradigma manajemen rumah sakit, terutama pada manajemen pembiayaan. Dengan sistem pembayaran prospektif, maka rumah sakit harus mengelola jumlah uang yang diterima itu agar tidak merugi. Dalam hal ini utilitas fasilitas rumah sakit bukanlah menjadi sasaran utama, sebaliknya rumah sakit akan lebih mengupayakan tindakan medis dan perawatan sesuai standar profesional dan standar pelayanan rumah sakit untuk suatu jenis penyakit, agar didapat pelayanan yang efisien dan efektif dengan biaya terkontrol. Dalam manajemen pembiayaan, akan terjadi perubahan dalam perencanaan anggaran belanja rumah sakit, pengendalian biaya operasional dan biaya pengelolaan pasien, serta perhitungan tarif suatu pelayanan. Perusahaan asuransi akan membandingkan tarif dan standar dan kualitas layanan suatu rumah sakit dengan rumah sakit yang lain. Kepuasan pasien tetap mendapat perhatian, tetapi tidak semua tuntutan pasien di luar standar akan dipenuhi, apalagi bila berdampak tambahan biaya (Soeparmanto SA, 2000).

RS. Pantiwilasa "Citarum" yang terletak di jalan Citarum nomor 98, kota Semarang, merupakan salahsatu rumah sakit di bawah Yayasan Kesehatan Kristen untuk Umum (YAKKUM), adalah rumah sakit type madya dengan 185 tempat tidur yang terbagi dalam bangsal perawatan bedah, non bedah, kebidanan kandungan, anak dan bangsal perawatan geriatri. Rumah sakit ini mempunyai 7 dokter umum penuh waktu, 2 dokter spesialis penuh waktu yaitu dokter spesialis penyakit dalam dan anak, 1 dokter gigi dan 76 orang dokter mitra dari berbagai spesialisasi .

RS. Pantiwilasa "Citarum" menggalang hubungan kerja dengan beberapa perusahaan asuransi seperti PT. ASKES Indonesia, PT. Asih Eka Abadi, PT Asuransi Bumi Asih, PT. Asuransi Dharma Bangsa, PT. Asuransi Jiwa Bina Daya, PT Asuransi Jiwasraya, PT. Multi Arta Guna, PT. Winter Life, PT. A.J.A Indonesia dan PT. Central Asia Raya, PT.AIG Lippo.

Jumlah pasien RS. Pantiwilasa "Citarum yang dibayar oleh pihak ketiga, baik itu dari perusahaan asuransi maupun institusi lain menunjukkan kecenderungan makin meningkat. Hal itu dapat diamati pada data sbb:

Tabel 1.2  
Jumlah Kasus yang Dibayar Pihak Ketiga  
di RS. Pantiwilasa "Citarum 1998 – 2000

NO	PEMBAYAR	1998	1999	2000
	<b>RAWAT JALAN</b>			
1	PT. Askes Indonesia	1955	3016	4608
2	Perusahaan	1531	1796	2046
	<b>Jumlah</b>	<b>3486</b>	<b>4812</b>	<b>6654</b>
	<b>RAWAT INAP</b>			
1	PT. Askes Indonesia	747	731	973
2	Asuransi swasta	5	7	37
3	Perusahaan	477	555	618
	<b>Jumlah</b>	<b>1229</b>	<b>1293</b>	<b>1628</b>

Sumber : Data bagian akuntansi RS. Pantiwilasa "Citarum"

Hubungan kerjasama RS. Pantiwilasa "Citarum dengan berbagai perusahaan asuransi tsb, ada beberapa jenis. Dengan PT. ASKES Indonesia, RS. Pantiwilasa berfungsi sebagai PPK (Penyedia Pelayanan Kesehatan) tingkat II, yang menerima rujukan peserta ASKES sosial dan komersial dari PPK tingkat I atau dokter umum. Bentuk kerjasamanya meliputi pelayanan rawat jalan, dan rawat inap, pelayanan gawat darurat, beberapa pemeriksaan diagnostik dan pelayanan obat sesuai DPHO (Daftar Plafond Harga Obat). Cara pembayaran PT Askes Indonesia kepada rumah sakit adalah

“reimbursement” sesuai pelayanan yang diterima pasien peserta Askes yang didasarkan pada plafond biaya dan batasan pelayanan yang ditetapkan PT. Askes , peserta diwajibkan untuk menambah kekurangan biaya rumah sakit. RS. Pantiwilasa “Citarum” memberikan potongan harga untuk beberapa layanan bagi pasien peserta Askes.

Bentuk kerjasama dengan perusahaan asuransi swasta yang lain hanya meliputi pelayanan pasien rawat inap, dengan sistem “reimbursement”, dimana perusahaan asuransi membayar pada rumah sakit, atau mengganti biaya sesuai biaya pelayanan yang diterima pasien peserta asuransi itu atau sesuai isi perjanjian antara perusahaan asuransi dan pasien sebagai pesertanya.

Walaupun sistem “reimbursement” masih dipertahankan , pihak asuransi mengharapkan RS. Pantiwilasa “Citarum” dapat menghilangkan inefisiensi dalam pelayanan terhadap pasien peserta asuransi. Lembaga asuransi, baik PT. ASKES Indonesia dan perusahaan asuransi swasta secara berkala melakukan review pelayanan dengan cara evaluasi jumlah pasien, pengelolaan pasien dibandingkan standar serta review biaya untuk kasus-kasus dan pasien tertentu (Sulastomo, 2000).

Beberapa permasalahan yang sering dipertanyakan pembayar pihak ketiga adalah terjadi perbedaan jumlah tagihan yang bermakna antara satu dokter dengan dokter lainnya untuk suatu kasus yang relatif sama dengan kelas perawatan yang sama , serta masih rendahnya pemakaian obat DPHO bagi peserta ASKES. Di RS. Pantiwilasa “Citarum” pemakaian obat DPHO baru mencapai 49 % dari seluruh resep askes yang dilayani di instalasi farmasi, baik rawat jalan maupun rawat inap.

Beberapa kebijakan yang dilaksanakan RS. Pantiwilasa “Citarum” yang menyangkut pelayanan dokter terhadap pasien peserta asuransi , khususnya pasien

peserta PT. ASKES Indonesia, adalah himbauan pada dokter untuk mengupayakan penggunaan obat DPHO pada pasien peserta PT. ASKES Indonesia, serta pemberian wewenang pada Instalasi Farmasi RS. Pantiwilasa "Citarum" untuk mengganti obat yang tidak termasuk DPHO dengan obat sejenis yang ada di instalasi farmasi .

Pemilihan dokter yang mengelola pasien, sepenuhnya diserahkan pada pilihan pasien peserta asuransi, karena semua dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" baik dokter tetap dan dokter mitra bersedia mengelola pasien rawat inap peserta asuransi. Baik PT. ASKES Indonesia atau asuransi lain tidak membatasi pemilihan dokter di rumah sakit.

Selain itu, honor dokter dalam merawat pasien peserta asuransi disesuaikan dengan kesepakatan plafond honor dokter antara rumah sakit dan perusahaan asuransi. Selama ini masih dipakai cara perhitungan honor dokter secara retrospektif, sehingga dokter baru menerima honor itu, setelah klaim dari rumah sakit pada perusahaan asuransi terbayar.

Di satu sisi ,dengan makin mahalnya biaya pelayanan kesehatan, dan di sisi lain lembaga asuransi kesehatan yang aktif mencari peserta, maka dapat diperkirakan bahwa di masa depan, pasien RS. Pantiwilasa "Citarum" dan rumah sakit lain akan didominasi oleh peserta asuransi kesehatan dan peserta JPKM, baik peserta yang mendapatkan hak pelayanan kesehatan karena dibayar oleh perusahaan pemberi kerja, maupun peserta perorangan.

Salah satu kunci dalam manajemen rumah sakit menghadapi meningkatnya pasien yang ditanggung asuransi dan tuntutan efisiensi biaya pengelolaan pasien peserta asuransi kesehatan dan JPKM adalah manajemen dokter yang berwenang mengelola pasien peserta asuransi dan JPKM. Dokter di Indonesia mempunyai kecenderungan

meningkatkan utilisasi peralatan, memakai obat-obatan dan teknologi baru tanpa memperhatikan konsekuensi biaya demi pelayanan terbaik bagi pasiennya, disamping adanya kolusi dokter dengan industri farmasi (Trisnantoro, 1999).

Rumah sakit harus mempunyai model manajemen dokter yang dapat mengendalikan efisiensi dalam biaya pelayanan pasien, namun tanpa mengabaikan tuntutan mutu pelayanan dari pasien dan etik profesional (Moenardi T, 1999). Untuk mewujudkan hal tsb, bukan sesuatu yang mudah.

Penelitian yang dilakukan ini bermaksud untuk mencari pra-model manajemen dokter di rumah sakit yang dapat mengendalikan biaya pengelolaan pasien pada era asuransi kesehatan yang dapat diterima dokter, pasien, rumah sakit dan lembaga asuransi kesehatan. Rancangan model manajemen ini dibuat dengan memperhatikan penerimaan dan harapan dokter terhadap upaya-upaya manajemen penghematan biaya pasien dan hubungan dokter – rumah sakit.

### **1.1.1 Perumusan masalah.**

Dokter mempunyai peran penting dalam pelayanan rumah sakit, termasuk dalam hal pengendalian biaya pasien seperti tuntutan lembaga asuransi kesehatan dan pembayar pihak ketiga. Saat ini rumah sakit di Indonesia belum mempunyai model manajemen yang dapat mengupayakan efisiensi biaya pelayanan pasien asuransi kesehatan dengan memperhatikan penerimaan dokter terhadap kemungkinan upaya-upaya manajemen efisiensi biaya dan hubungan dokter - rumah sakit.

Jumlah pasien peserta asuransi di RS. Pantiwilasa “Citarum” mempunyai kecenderungan meningkat, untuk itu diperlukan pengembangan suatu model

manajemen dokter baik dokter tetap dan dokter mitra, yang berorientasi pada efisiensi biaya pelayanan pasien, sebagai antisipasi pelayanan rumah sakit guna menghadapi tuntutan pelayanan dari perusahaan asuransi dan pembayar pihak ketiga.

Bagaimanakah pra-model manajemen dokter di rumah sakit berdasarkan penerimaan dokter pada keharusan mentaati prosedur standar pengelolaan pasien, keharusan menggunakan obat sesuai formularium, keharusan memperpendek rawat inap, jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien asuransi, pemberdayaan komite medik, penerimaan pada fasilitas medis yang ada, kebijakan rumah sakit yang menyangkut dokter secara umum serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi biaya pasien, sesuai tuntutan lembaga asuransi kesehatan untuk efisiensi biaya pasien rumah sakit?

#### **1.1.2. Keaslian penelitian.**

Sepanjang pengetahuan penulis, belum ada penelitian dalam suatu institusi rumah sakit di Indonesia yang meneliti model manajemen dokter menghadapi era asuransi kesehatan, khususnya model manajemen dokter untuk menghadapi tuntutan efisiensi biaya oleh perusahaan asuransi yang dapat diterima oleh dokter, rumah sakit, pasien dan lembaga asuransi kesehatan.

Ada beberapa penelitian di Amerika yang membahas beberapa faktor dalam sistem "managed care" yang dipakai di Amerika yang berhubungan dengan manajemen dokter dan penghematan biaya, antara lain "Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance" (Mark, et al, 1998), "The Effects of Managed Care on Physician and Clinical Integration in Hospitals" (Morrisey, et al, 1999), "Is Provider capitation working ? : Effects on Physician-Hospital Integration and cost of care"

(Bazzoli, et al, 2000), "Impact of HMO market structure on physician – hospital strategic alliances" (Lawton, et al, 2000), "Physicians' Attitudes About Prescribing and Knowledge of the Cost of Common Medications" (Steven Reichert, et al, 2000), "Trust Between Managers and Physicians in Community Hospitals : The Effects of Power Over Hospital Decisions" (Mellisa, et al, 2001).

"Hospital-Physician Arrangements and Hospital Financial Performance" merupakan penelitian yang meneliti pengaruh beberapa strategi untuk memberikan keterlibatan dokter dalam rumah sakit, dengan kinerja keuangan rumah sakit. Data penelitian ini diambil dari data survey hubungan rumah sakit – dokter di Amerika, tahun 1993. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa rumah sakit dengan laba kecil dan biaya tinggi, lebih berusaha menerapkan upaya-upaya untuk melibatkan dokter dalam kebijakan rumah sakit dan memodifikasi perilaku dokter, mendorong kepala departemen ikut bertanggung jawab terhadap laba-rugi rumah sakit menimbulkan efek positif terhadap laba.

"The Effects of Managed Care on Physician and Clinical Integration in Hospitals", secara empiris meneliti pengaruh "managed care" terhadap integrasi rumah sakit dan klinik di daerah perkotaan. Sumber data adalah hasil survey hubungan rumah sakit – dokter di Amerika tahun 1993. Hasil penelitian ini menyatakan keterlibatan dokter dalam kebijakan rumah sakit meningkat, sejalan dengan meningkatnya pengaruh "managed care".

"Is Provider capitation working ? : Effects on Physician-Hospital Integration and Cost of Care" , meneliti dua pengaruh potensial dari kapitasi, yaitu efeknya pada integrasi antara fungsional, finansial dan proses klinis antara rumah sakit dan dokter serta

efek terhadap biaya rumah sakit, dalam hubungannya dengan proses integrasi itu. Data penelitian diambil dari survey yang dilakukan oleh “American Hospital Association” tahun 1995 yang berisikan informasi tentang kegiatan integrasi rumah sakit – dokter, dan kontrak kapitasi global yang dilakukan oleh “Management Service Organizations”. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa kapitasi mendorong integrasi antara rumah sakit dan dokter dalam hubungannya dengan masalah administrasi, pembagian resiko keuangan dokter, kerjasama untuk membentuk layanan baru, dan jaringan komputer.

“Impact of HMO Market Structure on Physician-Hospital Strategic Alliances” meneliti membandingkan pengaruh penetrasi dan jumlah HMO (Health Maintenance Organization) di pasaran, terhadap bentuk aliansi strategis rumah sakit – dokter antara 1993 hingga 1995 . Data diambil dari study cross sectional sensus HMO dan survey tahunan yang diselenggarakan oleh “American Hospital Association” antara 1993 – 1995. Hasil penelitian menemukan bahwa bentuk aliansi rumah sakit – dokter lebih dipengaruhi jumlah HMO, dibanding penetrasi HMO. Bentuk aliansi tidak berhubungan dengan biaya rumah sakit, laba atau kompetisi antar rumah sakit.

“Physicians’ Attitudes About Prescribing and Knowledge of the Cost of Common Medications” meneliti perilaku dokter dalam hal persepan dan pengetahuan tentang biaya obat. Sumber data adalah survey tertulis pada dokter tetap dan dokter tamu rumah sakit perkotaan tahun 1997 di Amerika. Hasil penelitian menunjukkan bahwa dokter mulai sadar biaya dalam persepan, tetapi kurang pengetahuan tentang harga obat, dan macam obat yang dijamin asuransi.

“Trust Between Managers and Physicians in Community Hospitals: The Effects of Power Over Hospital Decisions” merupakan penelitian tentang hubungan “saling

percaya” antara dokter – manajer rumah sakit, dengan wewenang manajer serta dokter dalam pengambilan keputusan, khususnya masalah biaya mutu, kemitraan, strategi, manajemen kelompok panel dokter. Sumber data adalah survey hubungan rumah sakit – dokter di Amerika tahun 1993. Hasil penelitian ini menyatakan bahwa kekuasaan manajer rumah sakit dan dokter dalam mengambil keputusan berhubungan dengan saling percaya. Dokter merasa mendapat kepercayaan lebih besar bila mereka mendapat kewenangan, khususnya dalam empat hal yang diteliti tersebut.

Dari ke enam penelitian itu, semuanya dilakukan di Amerika dengan “setting” situasi manajemen kesehatan secara umum yang berbeda dengan Indonesia. Penelitian yang dilakukan penulis lebih mengkhususkan manajemen dokter dalam rumah sakit swasta, dimana jumlah dokter mitra jauh lebih dominan dari dokter tetap, pada situasi transisi mekanisme pembiayaan kesehatan ke arah asuransi kesehatan dan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

## **1.2. Tujuan penelitian.**

### **1.2.1. Tujuan penelitian umum.**

Mengembangkan pra-model manajemen dokter di rumah sakit yang dapat mendorong secara bermakna efisiensi biaya pelayanan pasien.

### **1.2.2. Tujuan penelitian khusus.**

1. Mengetahui penerimaan dokter RS. Pantiwilasa “Citarum” terhadap keharusan mentaati prosedur standar pengelolaan pasien, keharusan menggunakan obat sesuai formularium, keharusan memperpendek rawat inap, jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien asuransi, pemberdayaan komite medik, penerimaan pada

fasilitas medis yang ada, kebijakan rumah sakit yang menyangkut dokter secara umum serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi biaya pasien.

2. Mengetahui perbedaan penerimaan dokter tetap dan dokter mitra RS. Pantiwilasa “Citarum” terhadap keharusan mentaati prosedur standar pengelolaan pasien, keharusan menggunakan obat sesuai formularium, keharusan memperpendek rawat inap, jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien asuransi, pemberdayaan komite medik, penerimaan pada fasilitas medis yang ada, kebijakan rumah sakit yang menyangkut dokter secara umum serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi biaya pasien .
3. Mengetahui pengaruh penerimaan dokter RS. Pantiwilasa “Citarum” pada keharusan mentaati prosedur standar pengelolaan pasien, keharusan menggunakan obat sesuai formularium, keharusan memperpendek rawat inap, jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien asuransi, pemberdayaan komite medik, penerimaan pada fasilitas medis yang ada, kebijakan rumah sakit yang menyangkut dokter secara umum terhadap kewajiban mendukung manajemen efisiensi biaya pelayanan pasien.
4. Mengembangkan suatu pra-model manajemen dokter di rumah sakit yang mendukung pengendalian biaya pasien rumah sakit berdasarkan penerimaan dokter terhadap upaya-upaya manajemen efisiensi biaya pasien, dan hubungan dokter – rumah sakit.

### **1.3. Manfaat penelitian.**

#### **1.3.1. Bagi praktisi rumah sakit.**

Dengan mengetahui gambaran penerimaan dokter terhadap upaya-upaya manajemen penghematan biaya pasien dan upaya manajemen dokter di rumah sakit serta model manajemen dokter yang sesuai dengan penerimaan dokter terhadap hal-hal tersebut, praktisi manajemen rumah sakit dapat mengambil kebijakan dan mengatur strategi dalam mengatur dan menjaga hubungan dengan dokter, agar dapat ditemukan bentuk manajemen dokter yang mampu mengantisipasi tuntutan efisiensi biaya pengelolaan pasien di rumah sakit dan efisiensi biaya secara umum, di era asuransi kesehatan.

#### **1.3.2. Bagi RS. Pantiwilasa "Citarum"**

Manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" dapat mengetahui penerimaannya dokternya terhadap rencana upaya manajemen penghematan biaya pengelolaan pasien dan upaya manajemen dokter, pihak manajemen rumah sakit dapat mengadopsi model manajemen dokter berdasar penerimaan hal-hal tersebut untuk menghadapi era asuransi kesehatan di masa depan.

#### **1.3.3. Bagi Universitas Diponegoro.**

Khususnya untuk Program Magister IKM, lebih khusus lagi untuk konsentrasi Administrasi Rumah Sakit, akan menjadi rujukan penelitian selanjutnya yang berhubungan dengan manajemen rumah sakit menghadapi era asuransi kesehatan dengan segala konsekwensinya. Karena penelitian tentang hal ini baru pertama kali dilakukan di lingkungan Universitas Diponegoro, maka akan menambah khasanah penelitian civitas

academica, dan dapat disosialisasikan dan diperdalam pada berbagai kesempatan dan penelitian lain.

#### 1.3.4. Bagi Peneliti.

Sebagai praktisi, peneliti akan mempunyai pengalaman dalam melakukan suatu penelitian, dan dapat diterapkan untuk membantu kesiapan manajemen rumah sakit Pantiwilasa "Citarum" secara umum dalam menghadapi era asuransi kesehatan dengan segala konsekwensinya.

#### 1.4. Lingkup Penelitian.

Rancangan model manajemen dokter yang dihasilkan penelitian ini lebih menitikberatkan pada upaya manajemen rumah sakit untuk mengakomodir desakan efisiensi biaya yang akan dilakukan oleh lembaga asuransi kesehatan. Pendekatan yang dilakukan untuk merancang model manajemen dokter ini, melalui penerimaan dokter terhadap upaya manajemen efisiensi biaya pasien dan penerimaan dokter pada manajemen dokter yang sudah dilaksanakan di RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini.

Untuk menerapkan hasil penelitian ini masih harus dilengkapi dengan kajian tentang situasi persaingan antar rumah sakit, jumlah dokter dengan spesialisasi tertentu, serta perbandingan tarif jasa medis di rumah sakit lain, dan pra-model ini baru bisa diuji pada situasi dimana pengaruh lembaga asuransi kesehatan pada manajemen rumah sakit sudahlah kuat.

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### 2.1 Tinjauan pustaka.

##### A. Dasar Pengertian Asuransi Kesehatan dan “managed care”.

Pengertian asuransi kesehatan pada dasarnya dikembangkan dari pengertian asuransi secara umum, yaitu :

1. Asuransi adalah suatu upaya untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan-kemungkinan yang dapat mengakibatkan kerugian ekonomi (Breider and Breadles, 1972).
2. Asuransi adalah suatu perjanjian dimana si penanggung dengan menerima suatu premi mengikatkan dirinya untuk memberi ganti rugi kepada si tertanggung yang mungkin diderita karena terjadinya suatu peristiwa yang mengandung ketidakpastian dan yang akan mengakibatkan kehilangan, kerugian atau kehilangan suatu keuntungan (Kitab UU Hukum Dagang, 1987).

Asuransi pada dasarnya juga adalah suatu mekanisme untuk mengalihkan resiko (ekonomi) perorangan menjadi resiko kelompok. Datangnya suatu resiko termasuk resiko sakit sering tidak dapat diperhitungkan, sehingga apabila resiko itu ditanggung masing-masing orang yang terkena resiko, beban resiko (ekonomi) akan terasa berat. Tetapi bila resiko perorangan itu dialihkan menjadi resiko kelompok (risk sharing) maka resiko itu dapat diperhitungkan. Hukum bilangan banyak (the law of large number) mengatakan bahwa semakin besar jumlah anggota kelompok, semakin pasti

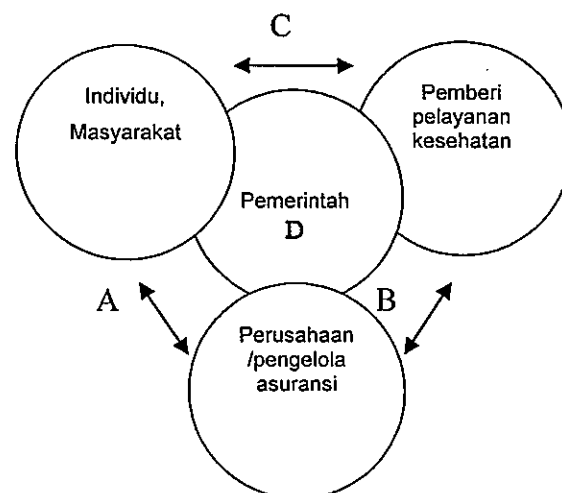
resiko yang diperkirakan akan menjadi beban perorangan. Maka dapat dikatakan bahwa mekanisme asuransi adalah suatu alat untuk mengubah resiko perorangan yang tidak pasti menjadi suatu kepastian (Bhisma M, 2000; Sulastomo, 2000).

Meskipun demikian, aplikasi prinsip asuransi dalam pelayanan kesehatan, atau asuransi kesehatan sudah tentu diwarnai oleh sifat pelayanan kesehatan, dimana sifat sosial selalu terkait pada nilai suatu bangsa, tanpa mengurangi aspek ekonomi dari pelayanan kesehatannya sendiri (Sulastomo, 2000).

Sistem pelayanan kesehatan dengan asuransi mencakup empat komponen, yaitu :

- perorangan, keluarga, dan masyarakat;
- perusahaan / badan penyelenggara asuransi;
- pemberi jasa pelayanan;
- pemerintah.

Keempat komponen tersebut memberikan empat jenis hubungan fungsional seperti disajikan pada grafik 2.1 sbb:



Grafik 2.1

(sumber : Bhisma M, 2000)

Hubungan antara (A) penggalangan dana melalui asuransi; (B) pembiayaan dengan asuransi; (C) pemberian pelayanan kesehatan; dan (D) pengaturan sistem pelayanan kesehatan dengan asuransi oleh pemerintah.

- A. Penggalangan dana perorangan ataupun masyarakat oleh penyelenggara asuransi.
- B. Pembiayaan kesehatan oleh penyelenggara asuransi.
- C. Pemberian pelayanan kesehatan dan medis oleh pemberi pelayanan.
- D. Pengaturan sistem pelayanan kesehatan dengan asuransi oleh pemerintah.

**Pola tripartit.** (Sulastomo, 2000; Bhisma M, 2000)

Perhatikan gambar 2.1. Fungsi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dilakukan terpisah oleh dua institusi yang berbeda. Perusahaan asuransi membiayai pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan swasta pada fasilitas-fasilitas yang bukan milik perusahaan asuransi. Pola hubungan fungsional ini dikenal sebagai pola tripartit, disebut pula pola tak langsung. Karena perusahaan asuransi sebagai “pihak ketiga” tidak memiliki kewenangan langsung terhadap kedua pihak lainnya, yakni pemberi pelayanan kesehatan dan individu / masyarakat. Sistem pembiayaan itu disebut “sistem pembayaran pihak ketiga” (third party payment system).

Bentuk asuransi kesehatan yang paling sederhana dimana perusahaan asuransi hanya bertanggung jawab mengembalikan uang tanggungan yang jumlahnya ditetapkan dimuka untuk melindungi peserta dari suatu peristiwa, disebut **indemnitas**. Dalam indemnitas, perusahaan asuransi tidak berurusan dengan penyediaan pelayanan kesehatan, dalam arti perusahaan asuransi tidak mempekerjakan para dokter dan membuat kontrak dengan para dokter untuk memberikan pelayanan kepada peserta. Perusahaan asuransi tidak membatasi konsumen dalam memilih dokter. Premi peserta ditentukan berdasar probabilitas sakit peserta tersebut. Dalam indemnitas tidak dikenal kajian utilisasi untuk mengontrol biaya. Instrumen pengendalian utilisasi yang dipakai adalah deduktibel dan / atau ko-asuransi, dimana sebagian biaya pelayanan kesehatan

dibayar oleh peserta asuransi. Pihak pemberi pelayanan kesehatan kemudian melakukan klaim kepada perusahaan asuransi sesuai biaya pelayanan dikurangi deduktibel dan ko-asuransi.

**Pola Bipartit.** (Sulastomo, 2000; Bhisma M, 2000)

Dalam sejarah pelayanan kesehatan di Amerika Serikat, pola tripartit ternyata cenderung meningkatkan biaya kesehatan. Meskipun tidak jelas benar apakah kecenderungan peningkatan biaya medis itu akibat sistem asuransi. Yang jelas, dengan pola tripartit pihak perusahaan asuransi tidak memiliki otoritas untuk mengontrol pihak pemberi pelayanan kesehatan dalam mengendalikan biaya. Perusahaan-perusahaan asuransi dan pemerintah menaruh perhatian dengan peningkatan biaya tersebut, sehingga timbul ide untuk mengintegrasikan fungsi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan yang dikenal sebagai konsep model “managed health-care”. Salah satu bentuk “managed health-care” yang populer di Amerika Serikat adalah “Health maintenance Organization (HMO)”.

Ada dua model HMO yang banyak dianut, yaitu HMO memiliki rumah sakit, dokter atau penyelenggara pelayanan kesehatan sendiri, serta model kedua dimana HMO mengadakan ikatan kerjasama dengan suatu institusi penyelenggara pelayanan kesehatan. Selain kedua model ini masih dimungkinkan berbagai model yang lain sebagai variasi kedua model itu.

Karena fungsi pembiayaan dan penyediaan pelayanan kesehatan dilakukan oleh suatu institusi, maka pola ini dikenal sebagai pola bipartit atau pola langsung.

Hampir di seluruh dunia kini menerapkan prinsip asuransi sebagai mekanisme untuk pembiayaan pelayanan kesehatan, khususnya pelayanan kesehatan perorangan.

Laporan Bank Dunia 1993 menginventarisir perkembangan itu dan melaporkan bahwa ternyata semakin tinggi tingkat kemakmuran suatu negara, semakin dibutuhkan program asuransi kesehatan, karena semakin tinggi pendapatan perkapita suatu negara, semakin tinggi tingkat kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang semakin baik. Pada tingkat ini, pemerintah manapun tidak akan sanggup menyediakan sarana untuk memenuhi kebutuhan itu, sehingga perlu peran serta masyarakat sendiri untuk membiayai kebutuhan pelayanan kesehatan.

Laporan itu kemudian memberikan rekomendasi untuk mengalokasikan anggaran pemerintah bagi masyarakat yang memang tidak mampu dan mengembangkan program asuransi kesehatan bagi kelompok yang lebih mampu. Program asuransi kesehatan dengan demikian memang harus dimulai dari dan bagi kelompok masyarakat tertentu yang secara ekonomi layak. Pada tingkat dimana kelompok masyarakat miskin sudah sedikit, program asuransi kesehatan menjadi suatu program yang diikuti oleh seluruh penduduk, sehingga dikenal sebagai program asuransi kesehatan nasional (National Health Insurance Programme).

Bank Dunia dalam laporannya tahun 1993 mengelompokkan tiga bentuk asuransi kesehatan yang kini banyak dilaksanakan di dunia, yaitu "Private Voluntary Health Insurance" (Asuransi kesehatan Komersial), "Social Health Insurance" (Asuransi Kesehatan Sosial), "Regulated Private Health Insurance" (Asuransi Kesehatan Sukarela dengan regulasi) (Sulastomo, 2000).

**Social Health Insurance (Sulastomo, 2000).**

Asuransi Kesehatan Sosial merupakan prinsip asuransi yang paling banyak dianut di berbagai negara. Model ini diintrodusir pertama kali oleh Jerman pada tahun 1883.

Prinsip asuransi kesehatan sosial yang diterapkan waktu itu adalah :

- Kepesertaan bersifat sukarela.
- Premi berdasar persentase pendapatan gaji.
- Premi ditanggung bersama oleh pemberi kerja dan pekerja.
- Peserta dan keluarganya mendapat jaminan pemeliharaan kesehatan.
- Peserta memperoleh kompensasi selama sakit.
- Peranan pemerintah besar.

Bentuk asuransi semacam ini, menjunjung tinggi prinsip “kesehatan” sebagai suatu pelayanan sosial, sehingga pelayanan kesehatan tidak boleh semata-mata berdasar status sosial, sehingga masyarakat lapisan bawah terhambat untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

**Private Voluntary Health Insurance (Sulastomo, 2000).**

Asuransi Kesehatan Komersial adalah bentuk asuransi kesehatan yang dewasa ini diterapkan di Amerika Serikat, yang merupakan satu-satunya negara di dunia yang tulang punggung asuransinya bersifat komersial. Prinsip-prinsip Asuransi Kesehatan Komersial adalah :

- Kepesertaan bersifat sukarela.
- Premi berdasarkan angka absolut, sesuai kontrak.
- Peserta dan keluarganya memperoleh santunan biaya pelayanan sesuai kontrak.
- Peranan pemerintah relatif kecil.

Prinsip-prinsip ini membuka peluang jumlah perusahaan asuransi kesehatan yang sangat banyak, sehingga masyarakat terpecah dalam berbagai perusahaan asuransi. Akibatnya prinsip "The Law of Large Number" tidak tercapai.

#### **Regulated Private Voluntary Health (Sulastomo, 2000)**

Bentuk ini adalah suatu asuransi kesehatan yang merupakan suatu alternatif bagi asuransi kesehatan komersial, yang oleh Bank Dunia disarankan untuk menampung keinginan yang berlebih, disamping yang telah diselenggarakan oleh asuransi kesehatan sosial.

Prinsip-prinsipnya adalah sbb :

- Kepesertaan bersifat sukarela.
- Premi berdasar jumlah absolut.
- Peserta memperoleh jaminan pemeliharaan kesehatan sesuai kontrak.
- Peran pemerintah relatif besar (dalam bentuk regulasi).

Bentuk asuransi ini merupakan pelengkap bagi kelompok masyarakat yang menghendaki pelayanan yang lebih baik dari yang sudah dijamin oleh sistem asuransi kesehatan sosial.

Bank Dunia memberikan rekomendasi untuk memilih bentuk ini seandainya masih diperlukan untuk melengkapi Asuransi Kesehatan Sosial.

#### **Managed Care (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat – JPKM).**

"Managed Care" secara umum didefinisikan sebagai semua upaya yang dilakukan oleh pembayar dan penyelenggara pelayanan kesehatan untuk mengontrol biaya dengan mengurangi pelayanan yang tidak diperlukan (Shorten dan Hull, 1996). Upaya itu dapat berbentuk organisasi (Health Maintenance Organization – HMO, di Amerika; Jaminan

Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat – JPKM, di Indonesia dsb) atau berbentuk proses-proses untuk utilisasi fasilitas kesehatan (review utilisasi, pembayaran prospektif, opini alternatif, ijin perawatan dsb) (Burn et al, 2000).

“Managed Care” secara tradisional juga didefinisikan sebagai pengaturan yang kontinyu yang mengintegrasikan pembiayaan dan pelayanan kesehatan. Penyelenggara “managed care” mengadakan kontrak dengan pemberi pelayanan kesehatan tertentu untuk memberikan sejumlah layanan kesehatan tertentu dengan perhitungan biaya secara kapitasi atau sesuai jenis pelayanan (Sekhri et al, 2000).

Prinsip sistem “managed care” adalah mengupayakan pelayanan kesehatan pada masyarakat yang berkualitas dengan biaya yang efektif. Visi dari organisasi “managed care” adalah bertanggung jawab untuk mengatur pelayanan kesehatan pada suatu populasi masyarakat melalui suatu sistem pelayanan kesehatan yang :

- Meliputi semua jenis pelayanan kesehatan mulai pelayanan kesehatan primer hingga tersier yang termonitor dan terkoordinir.
- Menekankan pada pencegahan dan promosi kesehatan.
- Menerapkan jenjang pelayanan yang tepat, mulai dari klinik sederhana hingga rumah sakit.
- Mengembangkan dan mengupayakan efisiensi dan efektivitas penggunaan jenis-jenis pelayanan kesehatan.

Dari beberapa penelitian di Amerika, sistem managed care ternyata mampu menghambat laju peningkatan biaya kesehatan, khususnya dalam hal biaya pelayanan di rumah sakit dan dokter spesialis. Pasien peserta “managed care” di Amerika rata-rata lebih singkat dua hari di unit pelayanan intensif dibanding dengan pasien yang membayar

secara “fee for service” tanpa perbedaan angka kematian yang bermakna pada kedua kelompok itu (Sekhri et al, 2000).

### **Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) di Indonesia.**

Di Indonesia, asuransi kesehatan sudah mulai dikembangkan sejak tahun 1947, yaitu ketika asuransi kecelakaan kerja mulai diperkenalkan. Asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan penerima pensiun sudah mulai tahun 1968. Model asuransi yang dipilih saat itu adalah Asuransi Kesehatan Sosial, yang diharapkan menjadi embrio dari suatu program “National Health Insurance”. Pada tahun 1985, Menteri Kesehatan dan Menteri Tenaga Kerja RI menandatangani sebuah surat keputusan bersama untuk mengembangkan “Program Jaminan Kesehatan tenaga Kerja”, yang akan memberikan jaminan kesehatan bagi tenaga kerja sektor swasta. Pada tahun 1992, terbit tiga Undang-Undang yang membuka peluang bagi perkembangan program asuransi kesehatan. Dalam UU No. 2 / 1992, tentang Usaha Perasuransian terbuka kesempatan untuk mengembangkan program asuransi kesehatan, semacam asuransi kesehatan komersial dan program asuransi kesehatan sosial. Dalam UU No. 3 / 1992 tentang Jaminan Sosial Tenaga Kerja, terbuka peluang mengembangkan program semacam Asuransi Kesehatan Sosial bagi tenaga kerja. Dengan UU Kes. No. 23 / 1992, terbuka peluang mengembangkan Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan (JPKM) yang mirip prinsip-prinsip “managed care” dan “Regulated Private Voluntary Health Insurance” (Sulastomo, 2000).

Pengertian JPKM seperti tercantum dalam UU Kes. No 23 / 1992 pasal 1 adalah sbb : Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan

kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya.

Pemeliharaan kesehatan dalam JPKM diselenggarakan secara menyeluruh, yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan secara terpadu dan berkesinambungan (Nyoman, 1995).

Pelaksanaan JPKM ini melibatkan tiga pelaku utama yang selalu berhubungan dan saling mempengaruhi satu sama lain, yakni badan usaha atau badan penyelenggara JPKM (Bapel JPKM), peserta JPKM dan Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK). Ketiga pelaku ini diharapkan selalu menjalin hubungan yang positif dan sinergis demi kepentingan bersama, dalam rangka pembinaan oleh Pemerintah melalui Badan pembina JPKM (Rai, 1995).

Masing-masing pelaku dalam penyelenggaraan JPKM mempunyai hak dan kewajiban yang harus dipenuhi. Peserta mempunyai hak mendapat paket pemeliharaan kesehatan sesuai ketentuan dan berkewajiban membayar iuran kepada Bapel JPKM. PPK mempunyai hak mendapatkan pembayaran kapitasi dari Bapel JPKM dan berkewajiban memberikan jasa pelayanan kepada peserta sesuai ketentuan. Bapel JPKM mempunyai hak menghimpun iuran dari peserta dan berkewajiban mengelola secara tertib pendanaan, melindungi hak peserta dan membayar kapitasi kepada PPK. Badan Pembina JPKM mempunyai hak mendapatkan informasi penyelenggaraan JPKM dan berkewajiban membina penyelenggaraan JPKM agar sesuai dengan tujuan dan ketentuan penyelenggaraan yang ditetapkan dalam peraturan perundang-undangan tentang pemeliharaan kesehatan, kepesertaan dan pendanaan (Rai, 1995).

JPKM akan mewujudkan pemerataan pemeliharaan kesehatan yang bermutu, dengan biaya yang terkendali (efisien), asalkan diterapkan secara utuh sesuai 7 Jurusan JPKM sbb : (Rai, 1995)

1. Paket Pemeliharaan Kesehatan Dasar Paripurna (PPKDP), yakni paket yang disusun untuk memenuhi kebutuhan medis yang utama dari peserta, atau harus sesuai dengan kebutuhan biaya yang dikeluarkan. Jurusan ini terutama untuk mewujudkan pemerataan pelayanan kesehatan.
2. Jaga mutu, yakni upaya untuk memantau dan menilai kepuasan peserta dan efektifitas pelayanan kepada peserta dengan standar yang disepakati.
3. Pelayanan terstruktur, yakni upaya untuk mengarahkan perilaku peserta dalam memanfaatkan pelayanan yang berhasilguna, serta untuk mendorong budaya hidup sehat. Jurusan ini terutama untuk mengendalikan penggunaan pelayanan kesehatan oleh peserta, sehingga tidak berlebihan, tetapi juga tidak kurang.
4. Penanganan keluhan, yakni upaya untuk memacu peningkatan mutu pelayanan dengan menampung keluhan peserta.
5. Kapitasi, yakni sistem pembayaran di muka kepada PPK, yang memberi kesempatan pada PPK untuk merencanakan pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan, berorientasi kepada upaya peningkatan kesehatan dan pencegahan penyakit, dan untuk membudayakan hidup sehat. Jurusan ini terutama untuk mengendalikan biaya.
6. Sistem bagi hasil, yakni kebersamaan merasakan manfaat dan menghadapi tantangan antara Bapel JPKM, PPK dan Peserta. Jurusan ini untuk pengendalian biaya, pemerataan dan peningkatan mutu.

7. Ikatan Kerja Sama (IKS), yakni kesepakatan tertulis dalam penyelenggaraan JPKM, antara PPK dan Bapel JPKM, antar PPK, dan antara peserta dengan Bapel JPKM.

Dalam pelaksanaan JPKM di Indonesia, secara umum belum berjalan dengan baik. Beberapa masalah yang dapat diidentifikasi adalah : (Rai, 1995)

1. Sebagian besar masyarakat Indonesia belum terbiasa dengan pembiayaan pra-upaya.
2. JPKM belum memasyarakat, dan belum dimengerti sepenuhnya.
3. Adanya peraturan keuangan yang belum mendukung pembayaran kapitasi di fasilitas kesehatan pemerintah.
4. Kemampuan manajemen yang terbatas untuk mewujudkan terselenggaranya 7 jurus JPKM secara utuh.
5. Paket pemeliharaan kesehatan belum menarik, hanya berorientasi pada paket pengobatan, padahal masyarakat sehat jumlahnya lebih besar.
6. Tingkat kepesertaan dan pembayaran iuran, terutama dalam dana sehat, belum diatur dengan baik.
7. Banyaknya masyarakat yang miskin, mengurangi perhatian terhadap JPKM.
8. Belum ada sistem pembinaan yang menyeluruh dan terpadu.

#### B. Cara Pembayaran Pelayanan Kesehatan.

Mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan meliputi aliran pembiayaan dari konsumen ke pembayar pihak ketiga, yang disebut dengan premi, dari konsumen ke penyelenggara pelayanan kesehatan termasuk dokter, poliklinik dan rumah sakit, mekanisme pembayaran dari pembayar pihak ketiga ke penyelenggara pelayanan kesehatan, serta pembayaran dari rumah sakit / poliklinik kepada dokter.

### **Mekanisme pembayaran dari konsumen pada pembayar pihak ketiga.**

Yang dimaksud dengan konsumen adalah pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan, sedangkan yang dimaksud dengan pembayar pihak ketiga adalah penanggung biaya pelayanan kesehatan konsumen yang antara lain dapat berupa perusahaan tempat konsumen bekerja, lembaga asuransi kesehatan, bapel JPKM dsb.

Hubungan antara konsumen dengan pembayar pihak ketiga dapat terjadi karena fasilitas kerja, jaminan sosial, atau konsumen mendapatkan jaminan biaya pelayanan kesehatan untuk diri atau keluarganya dengan membayar sejumlah biaya dimuka yang disebut premi. (Bhisma M, 2000).

Pada dasarnya, ada dua pendekatan perhitungan premi, yaitu berdasarkan probabilitas sakit dan utilisasi pelayanan kesehatan. Penentuan premi berdasarkan probabilitas sakit merupakan metode yang banyak dipergunakan oleh banyak asuransi swasta. Tingkat premi keanggotaan perorangan asuransi kesehatan ditentukan berdasarkan probabilitas sakit peserta yang dapat diperkirakan secara statistik, yang lazim disebut aktuarial. Jadi, penentuan premi perorangan didasarkan pada penilaian tentang umur, riwayat penyakit masa lampau, riwayat keluarga, riwayat lingkungan, perilaku dan gaya hidup (Bhisma M, 2000).

Penentuan premi berdasarkan utilisasi pelayanan kesehatan merupakan metode yang dipergunakan oleh banyak organisasi "managed care" atau JPKM. Penentuan premi umumnya dilakukan melalui proses dua tahap, yaitu tahap pertama berupa penentuan angka kapitasi yang menunjukkan anggaran pendapatan perkapita yang dibutuhkan organisasi "managed care" dan akan dipergunakan untuk penentuan premi dan jasa

penyelenggara pelayanan kesehatan. Tahap kedua berupa penentuan premi berdasarkan angka kapitasi dan situasi pasar asuransi kesehatan.

### **Mekanisme pembayaran dari konsumen pada penyelenggara pelayanan kesehatan.**

Pada umumnya, di Indonesia pembayaran dari konsumen kepada penyelenggara pelayanan kesehatan masih berbentuk fee for service. Di beberapa fasilitas penyelenggara pelayanan kesehatan yang menggunakan sistem asuransi bipartit, konsumen membayar premi pada penyelenggara pelayanan kesehatan, untuk mendapat jaminan pelayanan kesehatan sesuai kontrak.

Pembayaran berdasar pelayanan (fee for service) adalah tindakan diagnosis, terapi, pelayanan pengobatan dan tindakan lain yang diidentifikasi satu persatu, kemudian dijumlahkan dan ditagih kepada pasien atau pembayar pihak ketiga. Sistem pembayaran seperti ini mendorong terselenggaranya pelayanan kesehatan yang tidak efisien dan berlebihan, yang menyebabkan meningkatnya biaya pelayanan kesehatan, karena dalam hubungan tradisional pasien – dokter, kedua pihak selalu minta pelayanan sebaik-baiknya dengan teknologi dan obat-obatan semutakhir mungkin, sehingga seringkali dokter tidak mampu menolak kemauan pasien. Secara alami hal ini mendorong penggunaan pelayanan kesehatan yang berlebihan, apalagi cara pembayaran ini akan memberikan insentif keuangan pada pemberi pelayanan kesehatan bila melakukan tindakan lebih banyak dan dirawat lebih lama. Bagi pembayar pihak ketiga, dan bagi kelompok masyarakat yang kurang mampu, cara pembayaran ini sangat memberatkan karena inefisiensi yang terjadi (Sulastomo, 2000).

**Mekanisme pembayaran dari pembayar pihak ketiga pada penyelenggara pelayanan kesehatan** (Glasser et al, 1987; Sulastomo, 2000).

Ada beberapa cara yang dipakai oleh pembayar pihak ketiga pada penyelenggara pelayanan kesehatan, antara lain reimbursement, anggaran global, pembayaran tarif harian pembayaran berdasar kasus dan kapitasi.

1. Reimbursement.

Dengan sistem reimbursement, rumah sakit menerima pembayaran atas pelayanan yang diberikan pada peserta asuransi kesehatan. Biasanya perusahaan asuransi sudah memberikan batasan jenis pelayanan serta biaya maksimal yang diperbolehkan untuk ditagihkan pada perusahaan asuransi. Dengan cara reimbursement, rumah sakit harus memilah-milah biaya pelayanan yang dapat ditagihkan pada perusahaan asuransi dengan yang harus dibayar oleh pasien.

2. Anggaran Global / Budget.

Dengan sistem anggaran global, rumah sakit menerima ,biasanya dimuka, alokasi dana yang dipakai untuk memenuhi semua pengeluaran pelayanan dalam suatu periode waktu tertentu. Biasanya seluruh anggaran pelaksanaan ditetapkan dimuka yang dirancang untuk menyediakan pengeluaran tertinggi, tetapi memungkinkan pemanfaatan dana secara fleksibel dalam batas tertentu. Dengan cara ini dokter atau rumah sakit harus menanggung resiko jika terdapat kekurangan atau sebaliknya bisa mendapat keuntungan bila ada sisa dana.

## 2. Pembayaran per diem atau tarif harian (daily charges).

Rumah sakit mendapat pembayaran berdasarkan jumlah dan hari perawatan pasien yang jumlahnya sama perharinya tanpa memandang jenis penyakitnya. Ada beberapa variasi dari metode ini, yaitu : (Azrul A, 1992).

- Meliputi semua biaya termasuk honor dokter.
- Meliputi semua, kecuali honor dokter dibayar secara terpisah.
- Meliputi semua termasuk biaya dokter, tetapi ada beberapa jenis tindakan klinik yang dibayar terpisah.

Mekanisme ini juga mendorong inefisiensi, karena rumah sakit akan mendapat tambahan penghasilan dengan menambah lama hari perawatan guna meningkatkan BOR (bed occupation rate). Perpanjangan hari perawatan tidak terlalu menambah beban biaya rumah sakit, karena tindakan diagnostik dan tindakan lain yang mahal telah dilakukan sebelumnya, sedangkan biaya harian yang diterima tetap jumlahnya (Bhisma M, 2000).

## 3. Pembayaran berdasar kasus / paket biaya (case payment).

Pembayaran dilakukan berdasarkan tarif jenis penyakit yang dirawat (Diagnosis related group – DRG). Dengan cara pembayaran ini, jumlah yang diterima rumah sakit mungkin tidak berkaitan dengan biaya pelayanan sesungguhnya yang diberikan pada pasien tertentu. Implikasi finansial cara pembayaran ini adalah pengendalian biaya merupakan aspek krusial bagi kelangsungan finansial jangka panjang rumah sakit. Rumah sakit harus melakukan mengelola pasien dengan biaya rendah dengan mengurangi utilisasi yang tidak perlu, antara lain memilih obat-obatan yang berharga

murah, memperpendek lama perawatan, mengurangi intensitas perawatan dan memperbaiki efisiensi pelayanan. Namun cara ini juga mendorong rumah sakit untuk menurunkan mutu pelayanan, karena penurunan kualitas bisa menghemat biaya. Kesulitan yang lain, khususnya rumah sakit di Indonesia, adalah belum adanya standar pengelompokan diagnosis guna perhitungan biaya perawatan, karena tingginya variasi biaya pengelolaan suatu kasus antara satu dokter dengan dokter yang lain atau suatu rumah sakit dengan rumah sakit lain.

#### 4. Kapitasi.

Pembayaran dilakukan sesuai jumlah orang yang menjadi tanggung jawab pemberi pelayanan kesehatan yang besarnya sudah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan. Rumah sakit bertanggung jawab atas semua resiko untuk memberikan pelayanan institusi kepada populasi anggota yang sudah ditentukan. Jika rumah sakit tidak sanggup memberikan suatu jenis layanan tertentu, maka biaya layanan tersebut dikurangkan dari pembayaran kapitasi. Rumah sakit perlu melakukan kontrol terhadap pengelolaan pasien, dan melakukan proyeksi perhitungan biaya secara cermat agar tidak rugi.

Tabel di bawah ini menyajikan perbandingan kinerja masing-masing sistem pembayaran.

Tabel 2.1  
Perbandingan kinerja beberapa sistem pembayaran

SISTEM	KENDALI BIAYA	KUALITAS	ADMINISTRASI
Fee for service	Sangat jelek	Sangat baik	Sangat sulit
Global	Sangat baik	Cukup	Mudah
Per Diem	Cukup	Jelek	Sangat mudah
Case payment	Baik	Cukup	Sulit
Kapitasi	Sangat baik	Cukup	Sangat mudah

Sumber : G. Mukti Ali, 2000

Dari pembahasan di atas dapat disimpulkan bahwa sistem pembayaran per pelayanan (fee for service) atau pembayaran retrospektif sangat tidak efisien, dan cenderung untuk diganti dengan sistem pembayaran pra-upaya (prospektif) dalam bentuk global, per diem, "case payment" atau kapitasi. Namun demikian sistem pembayaran per pelayanan tampaknya paling memuaskan bagi pemberi pelayanan dan peserta asuransi kesehatan (Mukti, 2000).

### **Mekanisme pembayaran rumah sakit pada dokter (Bhisma M, 2000).**

Pada dasarnya ada tiga sistem pembayaran pada dokter yaitu:

#### 1. Jasa per jenis pelayanan (fee for service).

Dokter menerima jasa untuk setiap jenis pelayanan yang diberikan, yang dapat dibayarkan langsung oleh pasien atau oleh pihak ketiga sebagai penyandang dana / penyelenggara asuransi. Besarnya jasa tergantung pada volume pelayanan yang diberikan, dan diatur dengan berbagai cara untuk mendapatkan kewajaran.

#### 2. Jasa kapitasi.

Dengan jasa kapitasi, dokter dibayar berdasarkan jumlah tetap populasi yang menjadi liputan dokter tersebut. Jasa tersebut dibayarkan tanpa memandang apakah pasien memanfaatkan dokter atau tidak dan tidak bergantung frekwensi kunjungan. Biasanya dokter yang menerima jasa kapitasi adalah dokter pemeriksa pertama, sedangkan dokter spesialis berdasar "fee for service".

#### 3. Sistem Gaji.

Pembayaran gaji kepada dokter berdasarkan jumlah waktu yang dicurahkan dokter untuk menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan secara global, bukan

berdasar tugas-tugas yang lebih rinci. Di Amerika Serikat, besarnya gaji biasanya ditentukan melalui negosiasi antara asosiasi dokter dan penyandang dana / perusahaan asuransi. Besarnya gaji bervariasi, bergantung pada umur, pengalaman, maupun besarnya tanggung jawab dokter bersangkutan.

Di bawah ini tabel ringkasan mekanisme pembayaran pelayanan kesehatan di Indonesia.

Tabel 2.2  
Mekanisme Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Mekanisme pembayaran konsumen – pihak ketiga	Mekanisme pembayaran konsumen – PPK	Mekanisme pembayaran pihak ketiga - PPK	Mekanisme pembayaran PPK - dokter
Premi	Fee for service	Reimbursement	Fee for service
		Anggaran global	Jasa Kapitasi
		Tarif harian	Gaji
		Paket biaya per kasus	
		Kapitasi	

### C. Pengendalian Mutu dan Biaya Pelayanan Peserta Asuransi .

Salahsatu hal yang sering menjadi pertanyaan peserta asuransi kesehatan dan JPKM adalah mutu pelayanan. Ada beberapa hal yang menyebabkan pertanyaan tentang mutu yaitu, adanya batasan untuk pemilihan tempat dan fasilitas penyelenggara pelayanan kesehatan, serta adanya insentif finansial untuk efisiensi pelayanan bagi penyelenggara pelayanan kesehatan, yang menimbulkan kekhawatiran bagi peserta (Sulastomo, 2000). Ada beberapa hal yang dapat dilakukan untuk memberikan mutu pelayanan yang baik bagi peserta asuransi, yaitu : (Sulastomo, 2000)

### 1. Pemilihan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK).

Lembaga / perusahaan asuransi kesehatan serta bapel JPKM harus memilih dan menetapkan sejumlah PPK yang menjadi mitra kerja. Tidak perlu seluruh PPK yang berada di suatu wilayah ditetapkan sebagai PPK yang akan melayani peserta asuransi. Dengan demikian ada syarat dan kriteria tertentu yang harus dipenuhi oleh PPK untuk menjadi PPK yang menerima layanan peserta asuransi, yang menjadi jaminan mutu layanan bagi peserta asuransi serta jaminan pengendalian biaya bagi pembayar pihak ketiga.

### 2. Pembinaan Penyelenggara Pelayanan Kesehatan (PPK).

Apabila sebuah PPK telah ditetapkan menjadi mitra pembayar pihak ketiga, akan sangat bermanfaat apabila pada PPK itu dijelaskan berbagai kebijaksanaan, prosedur pelayanan medik dan administrasi yang harus dilakukan dalam melayani peserta asuransi. Selain itu perlu diadakan "peer review", untuk menjaga mutu layanan dan "utilization review" untuk mengetahui tingkat efisiensi pelayanan. Pengendalian penggunaan obat akan sangat membantu dalam pengendalian biaya layanan. Perlu diperhatikan pula pelayanan administrasi dan non medik pada sebuah PPK. Pada akhirnya, tujuan pembinaan PPK adalah mengupayakan agar PPK itu memiliki perilaku yang kondusif bagi pelaksanaan suatu program pelayanan kesehatan yang bermutu dengan batas-batas pengendalian biaya yang wajar.

### 3. Pembinaan Peserta.

Sejauh mungkin, kepada peserta asuransi harus dijelaskan berbagai kebijaksanaan serta prosedur layanan, hak dan kewajibannya. Harus disadari bahwa pada dasarnya ada

perbedaan kepentingan antara pembayar pihak ketiga dan peserta, baik dalam hal tuntutan mutu layanan dan pengendalian biaya. Kepada peserta perlu dijelaskan beberapa latarbelakang kebijakan pelayanan dan anggapan umum yang keliru. Selain itu perlu diperkenalkan perilaku hidup sehat, untuk menumbuhkan upaya pencegahan dan promotif.

#### 4. Pelayanan Non Medik.

Pelayanan administrasi dan non medik juga merupakan salahsatu aspek penting dalam pelayanan kesehatan. Pembayaran reimbursement yang cepat akan memotivasi PPK untuk memberikan pelayanan bagi peserta. Setiap PPK juga harus memiliki standar pelayanan administrasi dan non medik yang memuaskan peserta asuransi.

Kadang-kadang peserta asuransi kesehatan karena merasa telah membayar premi, akanberusaha untuk memanfaatkan fasilitas PPK secara berlebih-lebihan, yang dikenal dengan "over utilization", sehingga meningkatkan biaya pelayanan kesehatan dan akhirnya meningkatkan harga premi. Dalam industri asuransi ada beberapa cara yang dipakai untuk mencegah "over utilization", antara lain deduktibel, "co-payment" (co-insurance), dan pemberian prioritas pada pelayanan-pelayanan inelastis (Bhisma M, 2000).

Cara deduktibel adalah sejumlah biaya pelayanan kesehatan yang menjadi tanggungan peserta asuransi untuk dibayar sebelum menerima manfaat asuransi. Dengan kata lain, manfaat asuransi belum akan diterima, bila peserta belum membayar sejumlah biaya tertentu, atau jumlah biaya pelayanan belum melewati jumlah tertentu (batas resiko peserta sendiri).

Cara “Co-payment” (ko-asuransi) adalah fraksi biaya kesehatan yang harus dibayar peserta asuransi. Dengan cara ini, peserta berbagi biaya atas kerugian yang dialami, sehingga terdorong untuk meminimalkan biaya.

Dengan memberikan prioritas tinggi pada pelayanan kesehatan yang bersifat inelastis (misalnya upaya preventif dan promotif), dan prioritas rendah kepada pelayanan yang elastis (misalnya, cuci darah) akan membantu mengontrol “over utilization” pelayanan kesehatan.

#### D. Manajemen Pembiayaan Rumah Sakit.

Di Indonesia, sedang terjadi reformasi sistem pembiayaan kesehatan ke arah asuransi kesehatan dengan sistem pembayaran sebelum dilakukan layanan kesehatan (pembayaran prospektif). Menghadapi era pembayaran biaya kesehatan oleh pihak ketiga ini, manajemen pembiayaan rumah sakit harus mampu menghadapi situasi ini dengan mengatur biaya agar sesuai dengan sistem pembayaran prospektif (Moenardi, 1999).

Kontrol biaya merupakan salah satu bagian dari strategi umum rumah sakit menghadapi era asuransi kesehatan. Strategi umum untuk menghadapi situasi ini adalah: (Moenardi. 1999)

1. Pemasaran dan pelayanan pelanggan.
2. Peningkatan mutu pelayanan.
3. Efisiensi dan penekanan biaya.
4. Pengelolaan sumber daya manusia yang terbagi menjadi 3 hal pokok, yaitu profesionalisme, “pay for performance” dan pelatihan serta pengembangan sumber daya manusia.

5. Restrukturisasi organisasi rumah sakit agar lebih adaptif.
6. Pengembangan teknologi medis dan informasi.
7. Kerjasama internasional dan aliansi.

Manajemen pembiayaan rumah sakit berusaha mengatur agar seluruh biaya operasional rumah sakit, kebutuhan biaya pengembangan dan keuntungan dapat dipenuhi dari pendapatan rumah sakit (Glaser et al, 1987).

Dengan sistem manajemen pembiayaan yang baik, manajer selalu dapat mengetahui apa yang terjadi pada unit di bawahnya. Trend yang menggembirakan atau tidak menggembirakan dapat dengan mudah diketahui. Biaya-biaya operasional rumah sakit dapat dengan mudah dikenali asal biaya, sehingga bagian yang efisien dan inefisien dapat dengan mudah ditemukan.

Penghasilan rumah sakit dapat berasal dari beberapa sumber, yaitu: (Glaser et al, 1987)

- Pembayaran pasien secara langsung.
- Pembayaran dari pembayar pihak ketiga atau asuransi.
- Subsidi Pemerintah.
- Donasi.
- Penghasilan dari unit usaha lain, selain pelayanan klinis pada pasien.
- Penghasilan non operasional.

Pusat biaya operasional dalam pelayanan rumah sakit dapat ditinjau dari beberapa segi dan dikelompokkan menjadi beberapa kelompok, antara lain : (Levy, 1992).

- Biaya obat dan bahan medis habis pakai.

- Biaya rumah tangga.
- Biaya pemeliharaan.
- Biaya investasi dan pengembangan.
- Biaya penelitian dan pengembangan.
- Biaya pemasaran.
- Biaya pengembangan sumber daya manusia.
- Biaya sewa dan pajak.
- Biaya perjalanan dinas dsb.

Salah satu fungsi manajemen pembiayaan adalah menghitung biaya untuk setiap prosedur yang dilakukan di rumah sakit, walaupun untuk pelayanan rumah sakit tidak mungkin seluruh biaya akan sama setiap saat, misalnya biaya operasi appendix antara satu kasus dengan kasus lain tidak selalu bisa sama persis, karena ada perbedaan waktu operasi, dan berat ringannya kasus yang mengakibatkan perbedaan biaya bahan medis pembantu operasi.

Sejak tahun 1983, pemerintah Amerika Serikat mengembangkan manajemen pembiayaan yang menggunakan kelompok diagnosis terkait (Diagnosis related group – DRG). Dengan DRG, rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan kombinasi kasus, dimana suatu kasus tertentu memiliki harga tertentu tanpa memandang apa yang dilakukan rumah sakit terhadap kasus itu. Sistem klasifikasi DRG diperoleh secara empiris melalui penelitian lintas rumah sakit, kemudian diperkirakan biaya rata-rata bagi masing-masing DRG. Komponen-komponen biaya untuk penyusunan DRG mencakup :  
(Bhisma M, 2000)

- Lama perawatan baik untuk perawatan rutin maupun khusus.

- Biaya per hari untuk perawatan rutin maupun khusus.
- Perkiraan biaya pelayanan pendukung (laboratorium, radiologi, obat-obatan, alat habis pakai, dan pelayanan lain) per kasus.

Dalam sistem DRG, masing-masing DRG diberi bobot menurut penggunaan sumber daya relatif dibandingkan dengan rata-rata kasus. Sebagai contoh, emboli paru (DRG 078) diberi bobot 1.4136, sedangkan pneumothorax tanpa komplikasi (DRG 095) diberi bobot 0.6242. Tarif penggantian untuk tiap kasus ditetapkan dimuka, berdasarkan biaya dan pembobotan tsb.

Kontrol biaya bukanlah sekedar penghematan dan mengurangi pelayanan, tetapi yang menjadi target pengendalian adalah inefisiensi biaya dan barang, serta mencari cara untuk mencegah hilangnya sumber daya. Kontrol biaya berarti mempertajam urutan skala prioritas pengeluaran rumah sakit, baik pengeluaran untuk kapital, penggantian maupun operasional. Kontrol biaya berarti juga pengelolaan optimal terhadap piutang, mengantisipasi kemungkinan piutang tidak tertagih (bad debt), mengelola aliran kas dan mengelola dana seefektif mungkin (Mukti, 2000).

Pengembangan sistem informasi keuangan terpadu yang meliputi sistem pengadaan sampai sistem pelayanan secara terintegrasi secara on-line akan meningkatkan efektivitas biaya dari proses internal rumah sakit. Hal ini diperlukan karena banyak rumah sakit di Indonesia masih menerapkan konsep “strategic bussines unit – SBU”, dimana perhitungan biaya pelayanan dilakukan untuk tiap unit pelayanan, sehingga terjebak dalam tarif tinggi yang tidak kompetitif dan tidak disukai pembayar pihak ketiga. Dengan informasi keuangan terpadu, maka biaya akan dapat ditinjau secara keseluruhan, serta inefisiensi dapat dengan mudah ditemukan guna perbaikan (Setyawan, 2000).

Secara umum, dalam menghadapi tuntutan efisiensi pelayanan itu manajemen rumah sakit, khususnya dalam manajemen pembiayaan harus melakukan beberapa hal, yaitu :

- Efisiensi jumlah tempat tidur (Glaser et al, 1987).
- Pengendalian biaya pengelolaan pasien (Soeparmanto, 1999).
- Melakukan kesepakatan dengan dokter tentang metode pembayaran dan tarif (Glaser et al, 1987).
- Penghitungan biaya secara menyeluruh, bukan per unit usaha agar perhitungan tarif tidak menjadi mahal (Setyawan, 2000).
- Memberlakukan metode akuntansi akrual (Azrul, 2000).
- Mengganti dengan cara-cara yang lebih hemat tanpa mengorbankan mutu pelayanan (Glaser et al, 1987).
- Memastikan pelayanan yang sesuai standar (Glaser et al, 1987).
- Membatasi metode pengobatan yang kurang disukai (Glaser et al, 1987).

Dokter mempunyai peran penting dalam upaya meningkatkan efisiensi pelayanan rumah sakit. Sekitar 80 % biaya dikontrol dokter (Sulastomo, 2000). Dokter mampu melakukan efisiensi biaya pasien dengan melakukan pengobatan sesuai standar pengobatan yang disepakati, memilih obat-obatan secara rasional dengan mempertimbangkan harga dan efektivitas obat serta mematuhi formularium yang ditetapkan, memilih pemeriksaan penunjang seperlunya, melakukan metoda pengobatan rasional dan memulangkan pasien secepatnya (Glaser et al, 1987).

Suatu rumah sakit yang mampu mengendalikan biaya yang dikontrol dokter melalui suatu sistem manajemen hubungan dokter – rumah sakit, akan mampu bertahan

dan mengadaptasi perubahan sistem pembayaran dari pembayaran retrospektif ke sistem pembayaran prospektif (Glaser et al, 1987).

#### E. Pengendalian Efisiensi Biaya Rumah Sakit.

Konsep efisiensi biaya harus dibedakan dengan konsep pengurangan biaya. Usaha pengendalian efisiensi biaya di rumah sakit dimaksudkan untuk meningkatkan produktivitas, yaitu dengan sejumlah masukan (input) yang ada, dapat memaksimalkan keluaran (output) . Seringkali untuk meningkatkan produktivitas diperlukan tambahan input atau biaya, tetapi tambahan output yang dihasilkan lebih besar dari tambahan input. Konsep pengendalian efisiensi biaya mengandung arti sebagai suatu usaha secara sadar yang dilakukan terus menerus untuk mengontrol kenaikan biaya pelayanan rumah sakit (Junadi, 1994).

Pengendalian efisiensi biaya rumah sakit harus diterapkan oleh administrator rumah sakit secara konsisten, karena dorongan situasi pelayanan kesehatan di Indonesia yang makin kompetitif, sumber daya yang makin terbatas, tuntutan pasien untuk pelayanan yang lebih memuaskan, kemajuan teknologi kesehatan dan kebijakan swastanisasi rumah sakit pemerintah yang sudah mulai dilaksanakan. Semua hal itu mendorong rumah sakit untuk lebih mengendalikan biaya pelayanannya. (Syaaf, 1994; Junadi, 1994).

Dalam melaksanakan program pengendalian efisiensi biaya, administrator rumah sakit dapat melaksanakan 4 langkah strategis sbb : (Junadi, 1994).

1. Awas biaya. Administrator rumah sakit perlu awas tentang biaya yang timbul dari setiap operasional rumah sakit.

2. Pengawasan biaya. Administrator rumah sakit perlu menyediakan mekanisme dan media untuk mengidentifikasi, melaporkan dan mengawasi biaya. Analisis perlu dilakukan untuk melihat hubungan antar biaya dengan kinerja individu, bagian tertentu dan keseluruhan rumah sakit. Fokusnya adalah dimana timbulnya biaya operasional, berapa banyak dan mengapa.
3. Pengelolaan biaya. Administrator rumah sakit perlu menyusun sistem untuk mengontrol dan mengusahakan timbulnya rencana, strategi dan program untuk tercapainya tujuan dari efisiensi biaya. Fokusnya adalah apa yang dapat dilakukan dan dilakukan oleh siapa.
4. Menyediakan insentif dan kompensasi yang mendorong kelangsungan program pengendalian efisiensi biaya dengan memperhatikan kinerja perorangan dan kelompok.

Agar pengendalian efisiensi biaya rumah sakit dapat berhasil dengan baik, keempat strategi ini sebaiknya dilaksanakan secara utuh dan berurutan.

Secara mendasar, program pengendalian efisiensi rumah sakit, harus meliputi aspek “demand” pada layanan dan aspek “supply” dari layanan kesehatan di rumah sakit (Syaaf, 1994). Pada aspek “demand” yang perlu diperhatikan adalah permintaan konsumen terhadap jenis-jenis pelayanan rumah sakit, termasuk tuntutan teknologi kesehatan, serta pemanfaatan teknologi itu dikaitkan dengan kesediaan pembayar pihak ketiga. Bila sistem pembayaran rumah sakit dari pihak ketiga sudah menggunakan sistem kapitasi, perlu dilakukan pengendalian permintaan pasien terhadap pelayanan yang tidak terlalu diperlukan.

Dari aspek "supply", tampaknya bentuk upaya yang dapat dilakukan cukup beragam, yang secara sederhana dapat dibagi menjadi :

a. Upaya pengawasan langsung jangka pendek, yang mencakup kegiatan-kegiatan :

- Penetapan pagu anggaran.
- Pembenahan jumlah sumber daya manusia.
- Pengawasan pola tarif.
- Pengawasan jumlah layanan tertentu.

Efek dari pelaksanaan upaya ini akan tampak pada tarif yang bersaing.

b. Upaya pengawasan tidak langsung jangka pendek, yang mencakup kegiatan :

- Pembenahan skala nilai relatif dari alat kesehatan bertehnologi tinggi.
- Pembuatan daftar positif dan negatif alat kesehatan canggih.
- Penyampaian biaya penggunaan alat kesehatan canggih.
- Pembuatan profil kegiatan dokter yang berhubungan dengan alat kesehatan yang ada.

Efek dari kegiatan ini adalah untuk mencegah pengadaan alat yang tidak prioritas dan pemanfaatan yang berlebihan.

c. Upaya pengawasan langsung jangka menengah yang mencakup kegiatan :

- Pengawasan terhadap pembangunan dan pengembangan fisik.
- Pengawasan terhadap pengadaan alat kesehatan canggih.
- Pengawasan dan insentif bagi kegiatan inovasi.

d. Upaya pengawasan langsung jangka panjang yang mencakup kegiatan :

- Pengawasan terhadap jumlah dokter umum dan spesialis.

Bila ditinjau dari aspek komponen pelaksanaan, upaya pengendalian efisiensi biaya rumah sakit dapat diuraikan sbb : (Syaaf, 1994)

a. Pengurangan biaya operasional.

Pada komponen ini, pengamatan terhadap pengeluaran yang dianggap terlalu besar akan secara langsung ditindaklanjuti dengan melakukan pengurangan. Tindakan ini akan menunjukkan manfaat langsung dan segera, sehingga dapat dikelompokkan dalam tindakan jangka pendek langsung.

b. Pembinaan biaya operasional.

Pada komponen ini, yang diamati dan ditindaklanjuti adalah adanya peningkatan pengeluaran operasional yang dijaga untuk tidak melebihi pertumbuhan inflasi pada kurun waktu yang sama. Salahsatu komponen yang cukup besar baik nilai nominal maupun pertumbuhannya adalah biaya tenaga kerja. Apabila hal ini dapat disubstitusi oleh alat canggih atau cara lain yang relatif lebih murah, maka hasilnya diharapkan akan timbul segera. Komponen ini dapat dikelompokkan dalam tindakan jangka pendek langsung dan tidak langsung.

c. Pengawasan biaya pengganti teknologi.

Biaya yang harus dikeluarkan untuk mengganti teknologi seharusnya benar-benar dikeluarkan untuk penggantian alat baru, bukan "make-up" alat lama. Pengertian "make-up" di sini adalah alat lama dengan tambahan tertentu yang mempunyai nilai ekonomis pendek. Komponen ini termasuk upaya langsung jangka menengah.

d. Penghindaran terhadap biaya yang tidak perlu.

Dalam batasan tertentu dapat diambil sebagai contoh yaitu tentang pendidikan atau pelatihan sumber daya manusia yang diadakan dengan dalih pengembangan ilmu

pengetahuan dan teknologi. Peningkatan seperti ini dalam pengertian yang kurang menguntungkan adalah, dapat meningkatkan tuntutan tenaga ahli yang sudah dilatih untuk alat canggih itu.

Karena program pengendalian efisiensi biaya di rumah sakit harus dilakukan terus menerus pada semua aspek, maka keberhasilan program ini sangat tergantung banyaknya personil yang terlibat. Manajemen program memang menjadi tanggung jawab administrator rumah sakit, tetapi pelaku utama dari program efisiensi biaya ini sebenarnya adalah dokter, perawat, karyawan rumah sakit dan pasien. Pada umumnya pelaku pelayanan kesehatan di rumah sakit seringkali kurang memiliki kesadaran tentang biaya. Pasien cenderung meminta pelayanan terbaik dengan konsekuensi biaya, dokter cenderung memberikan obat dan teknologi terbaik tanpa memperhatikan biaya dan administrator rumah sakit dalam melakukan investasi yang lebih bersifat prestise, tanpa memperhitungkan biaya secara matang (Junadi, 1994).

Agar program pengendalian efisiensi biaya di rumah sakit dapat dilaksanakan oleh semua unsur, dapat dibuat Komisi Program Efisiensi Biaya (Junadi, 1994). Tujuan komisi ini adalah membantu administrator rumah sakit dalam usaha mengefisienkan biaya rumah sakit. Tugasnya dapat bervariasi, mulai investigasi, memberi nasehat sampai berpartisipasi dalam pelaksanaan program.

#### F. Peran dokter dalam pelayanan kesehatan.

Masalah tenaga dokter adalah masalah yang agak kritis. Banyak rumah sakit swasta yang besar sekalipun, tidak memiliki dokter ahli penuh waktu secara lengkap. Hal ini terjadi karena hampir seluruh dokter ahli dikuasai oleh pemerintah. Dokter ahli pada

umumnya bekerja di rumah sakit swasta sebagai dokter tamu atau konsultan, yang mempunyai hak untuk merawat pasien di rumah sakit. Ini berakibat bahwa tidak mustahil sebagian besar pasien yang dirawat di rumah sakit adalah pasien titipan dokter-dokter pada rumah sakit yang bersangkutan. Sejauh terjadi kerjasama harmonis antara dokter dan rumah sakit, tidak akan terjadi masalah (Sulastomo, 2000).

Peran dokter sangat berbeda dengan peran karyawan lain di rumah sakit. Dokter sangat menentukan utilisasi rumah sakit dan tingkat biaya. Secara etis dokter mempunyai hak untuk memilih pemeriksaan penunjang, memilih metoda pengobatan, memilih obat-obat yang dipakai serta menentukan lama perawatan serta menentukan tarif.

Otoritas dokter dalam mengelola pasien berasal dari beberapa elemen mendasar, yaitu kuasa Aesculapian (Aesculapian power), kuasa karismatik (Charismatic power) dan kuasa sosial (Social power) (Krouse, 1977; Brody, 1992).

Kuasa Aesculapian adalah kuasa yang dimiliki dokter yang berhubungan dengan ilmu serta cabang Ilmu Kedokteran yang dipelajarinya. Kuasa ini berasal dari pengetahuan tentang tubuh manusia, serta beberapa fakta dan teori kompleks yang berhubungan dengan itu (Widjanarko, 1997).

Kuasa karismatik berdasar pada kualitas personal dokter dan independensi dari disiplin ilmu yang membangkitkan kuasa Aesculapian. Dokter secara umum terlibat dalam peristiwa penting dalam kehidupan seseorang, seperti kelahiran, kematian, sakit dsb. Pada situasi seperti ini, dokter memegang peran unik yang penting, yang mampu memberikan nasehat dan kelegaan pada pasien serta keluarganya.

Kuasa sosial berasal dari status sosial dokter yang dianggap sebagai tokoh panutan. Hal ini tercermin dalam hubungan dokter dan masyarakat, dimana umumnya

masyarakat mempercayai apa yang dilakukan dokter sebagai suatu kebenaran medis (Widjanarko, 1997).

Dengan otoritas dokter yang berasal dari kuasa-kuasa ini, memposisikan dokter dalam posisi khusus dalam suatu sistem pelayanan kesehatan masyarakat, yang menyangkut banyak pekerja kesehatan. Dokter lebih berperan dalam menentukan arah pekarya kesehatan lain dalam pelayanan pasien. Dengan demikian dokter berperan sebagai manajer, programer dan koordinator bagi seluruh pekerja kesehatan dalam menangani suatu kasus.

Di Indonesia, latar belakang kultur dan budaya sangat mempengaruhi hubungan dokter – pasien, karena di masyarakatnya ada hirarki sosial yang dengan dipadukan dengan penilaian yang tinggi terhadap pendidikan kedokteran, sehingga menjadikan otoritas dokter sangat besar, jauh lebih besar dari pekerja kesehatan lain dan ahli pengobatan alternatif. Masyarakat mempercayakan keputusan medis pada dokter dan seringkali mengabaikan pertimbangan ekonomis. Akibatnya dokter dapat menciptakan “pasar” bagi pelayanannya sendiri dan hal-hal yang berhubungan, seperti metode pengobatan, jenis obat-obatan, pemeriksaan penunjang diagnostik dan lama perawatan di rumah sakit. Fenomena ini dikenal dengan “physician’s induced demands” yang memposisikan dokter sebagai perantara dan penjual pelayanan kesehatan, sehingga efisiensi dan efektivitas pelayanan sangat bergantung pada dokter.

Di Indonesia, dimana sistem pembayaran “fee for service” masih dominan dan budaya masyarakat yang mempercayakan masalah sakit sepenuhnya pada dokter yang merawat, sangatlah sulit untuk mengontrol otoritas dokter. Peran pembayar pihak ketiga yang diharapkan makin besar di masa mendatang diharapkan dapat membatasi otoritas

dokter, walaupun masih diragukan kemampuan sebagian besar masyarakat untuk membayar premi asuransi kesehatan, untuk mendapat pelayanan kesehatan yang layak dan bermutu. Cara lain untuk membatasi otoritas dokter adalah dengan monitoring metode pengobatan yang dilaksanakan dokter, misalnya dengan adanya apoteker yang mengingatkan dokter bila ada penulisan resep yang tidak rasional, atau dengan mengadakan audit medik terhadap pekerjaan dokter.

#### G. Manajemen ideal dokter di rumah sakit.

Ada beberapa fenomena perilaku dokter dalam hubungannya dengan rumah sakit, yaitu : (Glaser et al, 1987).

##### 1. Hak istimewa dokter.

Pada daerah urban di negara berkembang, umumnya hanya sekelompok dokter yang mendapat kesempatan untuk bekerja di rumah sakit, dan menutup kesempatan bagi sebagian dokter baru, terutama dokter ahli untuk bekerja di rumah sakit. Sehingga akhirnya para dokter terbagi menjadi dua kelompok, yaitu kelompok rumah sakit yang mempunyai kesempatan melakukan pengobatan tingkat lanjut dan dokter praktek swasta yang hanya menangani kasus sederhana. Pada daerah rural dan kota kecil, dimana dokter ahli masih langka, maka semua dokter yang mempunyai kualifikasi dapat merawat pasien di rumah sakit.

##### 2. Waktu kerja di rumah sakit.

Saat ini banyak dokter pemerintah yang bekerja paruh waktu di rumah sakit swasta. Mereka mendapat sejumlah gaji dari pemerintah, tetapi menghabiskan banyak waktunya di rumah sakit swasta. Trend saat ini adalah membayar dokter sejumlah

besar gaji, tetapi menuntut mereka untuk bekerja sepenuhnya di rumah sakit dan membatasi praktek pribadi (Azrul, 1992). Dari segi manajemen, rumah sakit dapat saja bertahan dengan keadaan sekarang yang membiarkan dokter ahli bekerja di banyak rumah sakit, tetapi kenyataan menunjukkan bahwa rumah sakit pemerintah memberikan pelayanan murah, dan dimanfaatkan banyak orang, tetapi mempunyai kualitas pelayanan medis rendah, karena kurang perhatian dokter (Sulastomo, 2000).

### 3. Struktur pelayanan.

Secara tradisional, banyak kelompok staf medis fungsional dalam rumah sakit dikendalikan oleh dokter-dokter senior untuk waktu yang tidak terbatas. Akibatnya dokter senior mempunyai peran yang sangat dominan, sedangkan dokter junior harus menunggu lama untuk mendapat promosi, agar dapat lebih berperan (Azrul, 1992).

### 4. Cara pembayaran dokter rumah sakit.

Cara pembayaran yang paling disukai dokter senior adalah fee for service, karena mereka berdasarkan pengalamannya mempunyai banyak pasien. Banyak dokter senior milik pemerintah mendapat penghasilan lebih banyak sebagai dokter tamu, dibanding penghasilannya sebagai dokter tetap di rumah sakit pemerintah. Dengan perubahan kecenderungan untuk “mengikat” dokter di suatu rumah sakit sepenuhnya, maka perlu dipikirkan kompensasi dokter yang memadai sebagai dokter penuh waktu (Azrul, 1992).

Dalam membangun model manajemen dokter di rumah sakit, administrator rumah sakit harus menyadari bahwa kelompok dokter bukanlah suatu kelompok yang homogen, melainkan kelompok dokter merupakan suatu kelompok profesional yang sangat

individualistik, yang memandang masalah manajemen dokter dan hubungan dokter dan manajemen rumah sakit dari berbagai perspektif (Egger, 2000).

Selain faktor dokter, ada beberapa faktor tentang rumah sakit yang akan mempengaruhi model manajemen dokter di rumah sakit, yaitu (1) karakteristik rumah sakit, (2) kinerja finansial rumah sakit, (3) karakteristik pasar rumah sakit, (4) "bargaining power" antara rumah sakit dan dokter, (5) efek "bandwagon". Rumah sakit dengan kinerja finansial yang buruk, akan lebih memperhatikan manajemen dokter, dengan tujuan lebih mengendalikan biaya, Rumah sakit yang lebih didominasi pasarnya oleh lembaga asuransi kesehatan dan "managed care" juga akan lebih memperhatikan masalah manajemen dokter, karena pengaruh tekanan lembaga itu. Bila "bargaining power" dokter terhadap rumah sakit rendah (misalnya akibat jumlah rumah sakit yang sedikit), maka pihak administrator rumah sakit akan lebih mudah mengatur dokter yang bekerja di rumah sakit itu. Efek "bandwagon" adalah suatu rumah sakit akan lebih mudah memilih suatu model manajemen dokter di rumah sakit, bila model itu sudah dilaksanakan oleh rumah sakit terdekat. (Mark, Tami, 1998)

Brogadir (2000) mengidentifikasi enam kebutuhan fundamental dokter di rumah sakit, yaitu (1) rumah sakit harus mampu menyediakan kebutuhan data dan informasi yang diperlukan dokter, (2) ada evaluasi dan dukungan kontrak kerja dokter dan rumah sakit, (3) memperlakukan dokter sebagai "customer" yang berharga, (4) melengkapi fasilitas kerja dokter, (5) akses bagi dokter untuk menempuh pendidikan berkelanjutan, dan (6) kerjasama dalam mencari pasien.

Model manajemen dokter di rumah sakit yang banyak dilaksanakan saat ini, perlu dilakukan evaluasi, karena dengan kecenderungan perubahan pasar rumah sakit ke arah

lembaga asuransi kesehatan dan “managed care” serta perubahan trend pembayaran ke arah pembayaran prospektif serta tekanan penghematan biaya, akan memaksa rumah sakit untuk lebih memperhatikan dan meningkatkan manajemen hubungan antara dokter dan rumah sakit (Morrisey et al, 1999). Beberapa tantangan yang dihadapi dalam masalah manajemen dokter di rumah sakit adalah bagaimana berhubungan dengan dokter secara harmonis, produktif dan “cost effective”. Beberapa administrator rumah sakit bahkan menyatakan “Anda tidak dapat hidup dengan mereka (dokter) , tetapi anda tidak dapat hidup tanpa mereka (dokter)”. (Egger, 2000).

Ada empat komponen menurut Egger (2000), yang dapat mendasari pembangunan suasana kerja yang baik dalam kerangka hubungan rumah sakit dan dokter, yaitu (1) kejujuran dan komunikasi terbuka, (2) manajemen yang tidak otoriter, (3) suasana saling percaya dan menguntungkan, (4) ada data-data mengenai kinerja, produktivitas dan mutu layanan klinis.

Filipi (2000), memberikan sembilan cara, bagaimana seharusnya rumah sakit memperlakukan dokter yang bekerja di sana, yaitu :

1. Perlakukan sebagai partner, bukan karyawan.
2. Menyamakan orientasi rumah sakit dan dokter, yaitu pada kepuasan pasien.
3. Membuat dokter lebih bertanggung jawab atas tindakannya. Salah satu cara yang dapat dilakukan adalah dengan memberdayakan komite medik untuk menuntut tanggung jawab pada kelompoknya sendiri (peer group).
4. Ada sarana untuk mengukur produktivitas dokter dalam hal kinerjanya, beban kerjanya dan efisiensi kerja dokter.

5. Ada insentif atas penghematan biaya yang dilakukan dokter. Dokter juga harus selalu mendapat informasi atas kinerja masing-masing.
6. Dokter harus berorientasi pada data, sehingga masing-masing mampu menilai hasil kerjanya dan dapat mengoreksi, bila terjadi hal yang tidak sesuai dengan target kerjanya.
7. Dokter dan rumah sakit mempunyai tolok ukur sukses bersama. Untuk itu rumah sakit harus memberikan pada dokter peran dalam manajemen medis, kesempatan untuk memberi masukan dalam kebijakan strategis serta berperan dalam kebijakan operasional, sehingga tolok ukur sukses itu dibuat dan dihayati bersama.
8. Rumah sakit harus menjadi inovator teknologi.
9. Dokter dilibatkan dalam pengambilan keputusan.

Ada suatu survey nasional yang dilakukan di Amerika, oleh Mc. Manis Associates (1999), yang bertujuan untuk mencari bagaimanakah hubungan rumah sakit – dokter yang sudah ada, bagaimana efektivitasnya dan model hubungan macam apa yang diharapkan. Dalam rangka survey itu dilakukan diskusi kelompok terpusat (FGD) yang diikuti oleh pimpinan rumah sakit eksekutif senior rumah sakit. Ada sepuluh hal yang harus dilakukan oleh rumah sakit untuk membangun hubungan yang efektif antara rumah sakit dan dokter sbb :

1. Tahu kapan waktu untuk “menahan” dan “melepas” dokter. Rumah sakit tidak boleh mempertahankan semua dokter yang sudah ada, atau cenderung tidak peduli dengan dokter yang bekerja di sana. Rumah sakit harus mempertahankan dokter yang dapat bekerjasama secara harmonis dan saling menguntungkan dengan

- rumah sakit, sebaliknya harus berani melepas dokter yang menimbulkan banyak permasalahan bagi rumah sakit.
2. Membuat landasan bersama. Masing-masing harus membagikan visinya, termasuk mengenali tujuan yang saling menguntungkan, memformulasikan struktur dan strategi untuk mencapai tujuan itu. Beberapa contoh dalam tujuan bersama itu antara lain, memperbaiki mutu layanan dan mutu klinis, memperbaiki koordinasi pelayanan dan manajemen, meningkatkan efisiensi dan responsifitas pada dokter dan pasien, memperluas pasar pelayanan, visi yang hanya berdasarkan kepentingan finansial tidak akan berhasil dsb.
  3. Jangan terus berpegang pada satu model manajemen dokter. Manajemen dokter sangat bergantung pada situasi masing-masing. Beberapa faktor yang menuntun manajemen dokter adalah situasi pasar, dinamika dan karakteristik organisasi , serta tujuan masing-masing.
  4. Untuk hubungan yang damai diperlukan penyeimbangan kekuatan. Rumah sakit dan dokter harus sering mendiskusikan hubungan mereka, tanpa menunggu salah satu pihak atau pesaing membuat suatu langkah yang merugikan hubungan itu.
  5. Saling ketergantungan antara rumah sakit dan dokter harus dipelihara. Saat ini persepsi rumah sakit adalah dokter dengan segala kemampuannya sangat mempengaruhi biaya rumah sakit. Di masa mendatang kemajuan tehnologi, pola pelayanan pasien dan tekanan efisiensi biaya akan mempengaruhi pelayanan rumah sakit. Dokter kurang mampu untuk membangun infra struktur dan perspektif jangka panjang, untuk mengantisipasi pelayanan kesehatan di masa depan. Pihak manajemen rumah sakit lebih mampu mengantisipasi hal-hal tsb.

6. Diperlukan pimpinan yang dapat menjadi teladan bagi kelompoknya. Ketua komite medis harus mampu untuk mengorganisir kebijakan dan kegiatan bagi kelompoknya, sehingga dapat menyelenggarakan program pendidikan berkelanjutan, membentuk team kerja yang baik, dan mengembangkan ketrampilan baru bagi dokter. Upaya ini harus dilakukan secara luas dan relatif sering, sehingga banyak dokter mempunyai kesempatan untuk berpartisipasi.
7. Satu bentuk tidak dapat memenuhi semua. Tidak ada suatu model manajemen dokter di rumah sakit yang dapat diterapkan pada semua tingkat rumah sakit. Model manajemen sangat bergantung pada keadaan masing-masing. Secara tradisional, komite medis bertanggung jawab tentang kredensial (keabsahan dokter untuk melakukan kewenangannya), "quality assurance", dan "peer review".
8. Atur aliran dana (cash flow) dan ukur kinerja. Pimpinan rumah sakit harus menghitung kontribusi dari kelompok dokter terhadap kinerja keuangan rumah sakit, bukan hanya berupaya mengatur manajemen dokter secara efisien.
9. Saling memahami, bukan saling memberi informasi. Harus ada komunikasi dua arah yang mendalam, bukan hanya sekedar memberikan informasi, tetapi lebih ke arah upaya untuk saling memahami apa yang dikehendaki. Harus ada fleksibilitas dalam hubungan antara rumah sakit dan dokter.
10. Ambil kebijakan secara tepat. Tekanan efisiensi biaya dan "managed care" menyebabkan berkurangnya pendapatan dokter dan rumah sakit, sehingga keinginan bersama rumah sakit dan dokter untuk mendapat penghasilan lebih

menjadi terhambat. Hal ini mendorong rumah sakit dan dokter untuk mengambil kebijakan tanpa saling merugikan dan saling mematikan dalam pelayanan.

Buchmueller (2000), memberikan beberapa nasihat dalam membangun suasana kerja yang baik dengan pekerja di rumah sakit, khususnya dokter sbb :

1. Cari dokter yang tepat.
2. Jelaskan apa yang rumah sakit harapkan.
3. Beri dokter alat kerja yang dibutuhkan.
4. Bantu dokter untuk merasa bangga atas pekerjaannya.
5. Perlakukan dokter dengan adil.
6. Tegakkan aturan kerja yang disepakati.
7. Ambil keputusan berdasarkan fakta.
8. Cari dan waspadai gejala dan tanda-tanda yang terjadi di tempat kerja.
9. Lakukan pengukuran kinerja dokter.
10. Bekerja dalam team.
11. Ciptakan suasana kerja yang menyenangkan.
12. Kenali dan berikan penghargaan pada dokter yang berprestasi.
13. Tunjukkan respek terhadap dokter dalam kegiatan sehari-hari.

Sebagai dasar dari manajemen dokter dan rumah sakit, Holm (2000) mengingatkan bahwa tidak ada suatu hubungan yang berhasil, bila tidak dilandasi dengan saling mempercayai, ada keuntungan ekonomis dan komitmen bersama untuk kesehatan masyarakat. Dengan saling mempercayai, pimpinan rumah sakit akan memberikan kesempatan pada kelompok dokter untuk mempengaruhi keputusan rumah sakit. (Succi, 1998).

## 2.2 Kerangka Teori.

Dengan makin mahalny biaya pelayanan kesehatan yang disebabkan berbagai macam sebab, maka ada kecenderungan masyarakat untuk mengalihkan resiko pemeliharaan kesehatan pada suatu lembaga penjamin kesehatan baik yang berbentuk asuransi kesehatan atau badan pelaksanaan JPKM.

Pembayaran pelayanan kesehatan dengan metoda "fee for service" atau pembayaran retrospektif pada pelayanan rumah sakit yang sekarang masih banyak dianut dirasakan banyak memberikan kemungkinan inefisiensi dalam pelayanan rumah sakit yang menyebabkan meningkatnya biaya perawatan pasien. Untuk itu pemerintah mendorong ke arah sistem pembayaran pra-upaya atau pembayaran prospektif dalam pelayanan kesehatan yang dianggap dapat mendorong rumah sakit untuk melakukan efisiensi pelayanan.

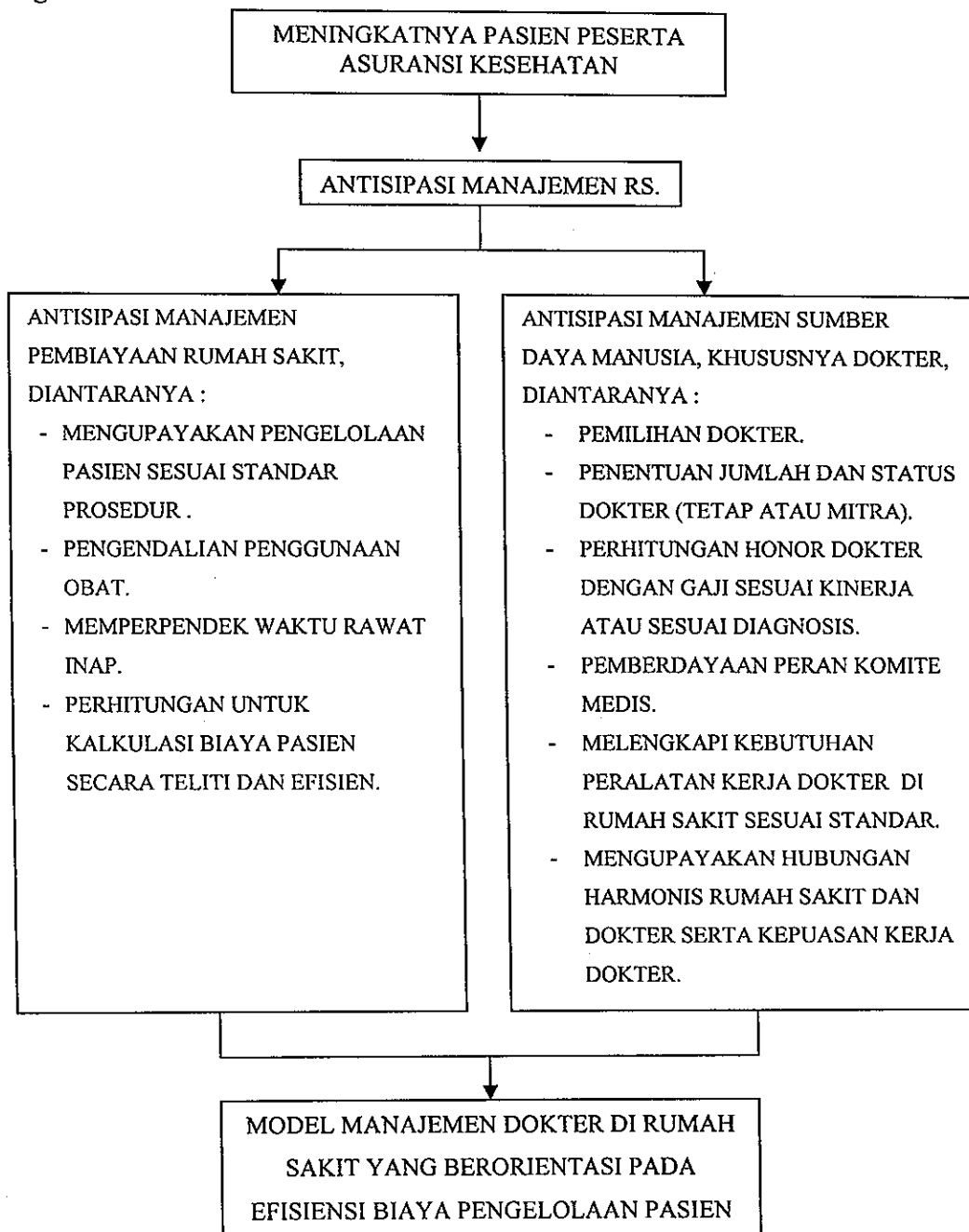
Di masa mendatang, dengan makin berkembangnya lembaga asuransi kesehatan, badan pelaksana JPKM dan perubahan sistem pembayaran ke arah prospektif, akan mendorong rumah sakit ke arah efisiensi biaya pelayanan, agar dapat bersaing dan menyesuaikan dengan tuntutan pasar. Dokter yang dianggap sangat menentukan dalam pembiayaan rumah sakit memerlukan suatu manajemen khusus, agar dokter mau melakukan upaya penghematan biaya pasien tanpa mengganggu hubungan harmonis dan saling menguntungkan antara rumah sakit ,dokter, pasien dan lembaga asuransi / badan pelaksana JPKM.

Rumah sakit dalam mengantisipasi kondisi yang diprediksikan itu, harus menyiapkan diri pada hampir semua sektor manajemen, antara lain manajemen pembiayaan, manajemen sumber daya manusia, manajemen rumah tangga dan logistik,

prosedur administrasi dan berbagai sisi manajemen yang lain. Ada dua sektor manajemen yang dianggap penting yang mempengaruhi manajemen dokter di rumah sakit di era asuransi kesehatan, yaitu manajemen pembiayaan rumah sakit, yang mengupayakan pengaturan arus biaya serta efektifitas pembiayaan dan anggaran, serta manajemen sumber daya manusia, khususnya dokter, baik itu dokter tetap atau dokter mitra, yang mengupayakan supaya terjadi hubungan saling menguntungkan dan memuaskan antara dokter dan rumah sakit. Diharapkan dokter dapat didayagunakan secara maksimal sesuai kebutuhan rumah sakit, dan dokter mendapat hal yang menjadi tujuannya bekerja di rumah sakit.

Untuk menyelaraskan kedua kepentingan manajemen itu diperlukan suatu model manajemen dokter yang berorientasikan pada efisiensi biaya pengelolaan pasien, yang dapat diterima semua dokter dengan segala karakteristik dan kehendaknya. Model itu harus mengakomodasikan kepentingan rumah sakit, dokter, lembaga asuransi kesehatan / badan pelaksana JPKM, serta kepentingan pasien. Efisiensi biaya pasien tidak boleh terlalu banyak mengorbankan pasien sebagai fokus pelayanan.

### Kerangka teori.



Sumber : Berry ,1999 ; Buchmueller ,2000 ; Egger,2000 ; Succi,1998.

## BAB III

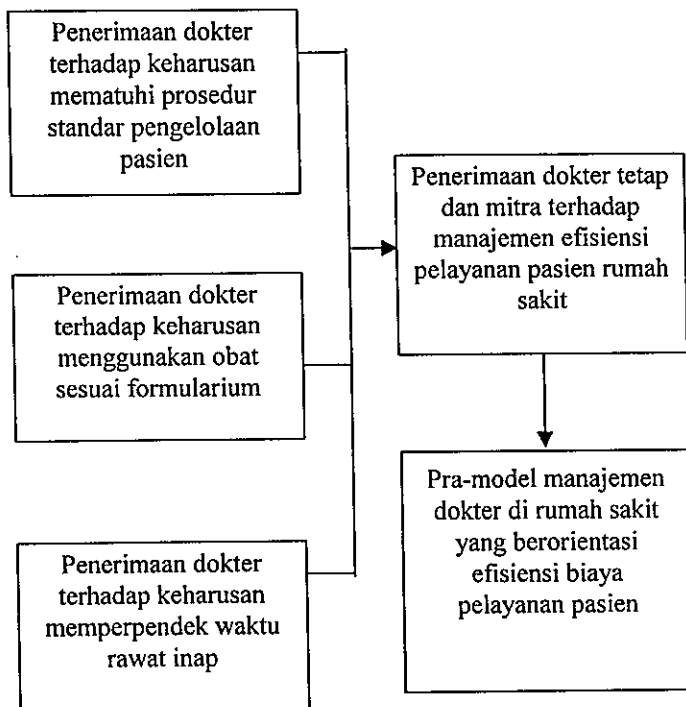
### METODOLOGI PENELITIAN

#### 3.1. Rancangan penelitian.

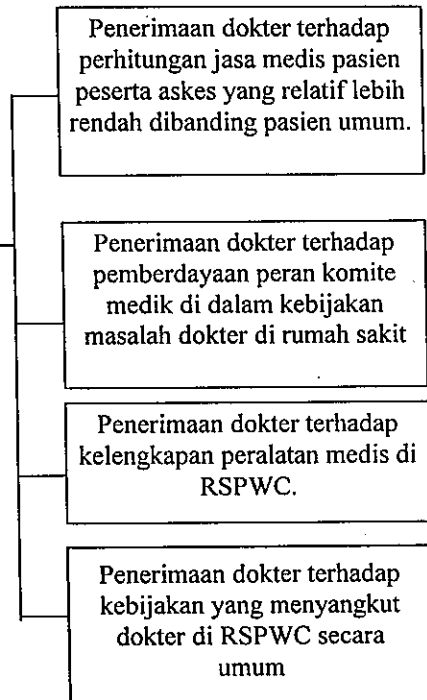
Penelitian “Pengembangan Pra-model Manajemen Dokter RS. Pantiwilasa Citarum Semarang dalam Rangka Efisiensi Biaya Pengelolaan Pasien pada Era Asuransi Kesehatan” ini bersifat observasional dengan menggunakan pendekatan “cross sectional” untuk mencari hubungan antara variabel independen dan dependen dan pengembangan model. Metode pengumpulan data kuantitatif dengan menggunakan kuesioner terstruktur dan dianalisis secara univariat, bivariat dan multivariat, serta dilengkapi dengan metode kualitatif untuk menjelaskan asosiasi hubungan yang dicari.

#### 3.2. Kerangka konsep penelitian.

##### Manajemen pembiayaan



##### Manajemen SDM dokter



### 3.3. Pertanyaan penelitian.

1. Bagaimana tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra RS. Pantiwilasa "Citarum" pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis dokter untuk pasien askes yang relatif lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di rumah sakit, kebijakan yang menyangkut dokter secara umum, serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.
2. Apakah ada perbedaan tingkat penerimaan antara dokter tetap dan dokter mitra RS. Pantiwilasa "Citarum" pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis dokter untuk pasien askes relatif lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di rumah sakit, kebijakan yang menyangkut dokter secara umum, serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.
3. Bagaimana pengaruh penerimaan dokter pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis dokter untuk pasien askes lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di rumah sakit,

kebijakan yang menyangkut dokter secara umum; terhadap penerimaan dokter pada kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.

4. Bagaimana model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" yang dapat mendorong efisiensi biaya pengelolaan pasien dan diterima oleh dokter, pasien, rumah sakit dan lembaga asuransi kesehatan, dengan memperhatikan penerimaan dokter pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis dokter untuk pasien askes lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di rumah sakit, kebijakan yang menyangkut dokter secara umum, serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.

### **3.4. Hipotesis penelitian.**

- a. Ada perbedaan tingkat penerimaan antara dokter tetap dan dokter mitra pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis pasien askes lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di RS. Pantiwilasa "Citarum", kebijakan yang menyangkut dokter secara umum, serta kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit
- b. Ada pengaruh penerimaan dokter pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium

standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, penghitungan jasa medis dokter untuk pasien askes lebih rendah dari pasien non asuransi, upaya pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di rumah sakit, kebijakan yang menyangkut dokter secara umum, terhadap penerimaan dokter pada kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.

### **3.5. Variabel penelitian.**

#### **3.5.1. Variabel Independen.**

1. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan mengikuti prosedur standar pengelolaan pasien.
2. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan memberikan obat sesuai DPHO atau formularium standar.
3. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan memperpendek waktu rawat inap.
4. Tingkat penerimaan dokter pada perhitungan jasa medis untuk pasien peserta asuransi yang relatif lebih rendah dibanding pasien umum.
5. Tingkat penerimaan dokter pada pemberdayaan peran komite medik dalam pengambilan kebijakan dalam rumah sakit.
6. Tingkat penerimaan dokter pada peralatan medis RS. Pantiwilasa "Citarum".
7. Tingkat penerimaan dokter pada kebijakan yang menyangkut dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini, secara umum.

#### **3.5.2. Variabel dependen.**

Tingkat penerimaan dokter pada kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan.

### 3.6. Lokasi Penelitian.

Lokasi penelitian adalah RS. Pantiwilasa "Citarum", yaitu suatu rumah sakit swasta di bawah Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum (YAKKUM). Rumah sakit ini beralamat di jalan Citarum 98 Semarang.

### 3.7. Uji Coba Kuesioner.

Sebelum dilakukan pengumpulan data pada dokter tetap dan dokter mitra yang merawat pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum", dilakukan uji coba kuesioner penelitian pada lima dokter di RS. Pantiwilasa "Dr. Cipto". Uji kuesioner ini dianalisa secara kualitatif untuk menilai validitas muka dan validitas isi dengan cara melakukan wawancara mendalam setelah dilakukan pengisian. Dari hasil uji coba, didapatkan hasil sbb :

1. Kata "pihak manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" mengharuskan" pada rancangan kuesioner nomor 1,2,dan3, sebaiknya dihilangkan, karena berkonotasi memerintah dokter. Dengan adanya kata-kata itu, ada kecenderungan dokter menolak apa yang diharuskan tanpa memandang makna kuesioner (menggangu validitas muka).
2. Validitas isi rancangan kuesioner sudah sesuai yang dimaksud, khususnya untuk kelompok kuesioner variabel independen dan variabel dependen.

Untuk memperbaiki validitas muka tanpa mengganggu validitas isi, telah dilakukan penyempurnaan kuesioner seperti terlampir.

### **3.8. Sumber data.**

#### **a. Unit Analisis.**

1. Dokter tetap dan dokter mitra yang merawat pasien. Dalam analisis akan dibedakan antara kedua kelompok ini.
2. Direktur dan komite medis.

#### **b. Prosedur sampling.**

##### **1. Populasi.**

Seluruh dokter tetap yang berhak merawat pasien sebanyak 7 orang dan seluruh dokter mitra yang merawat pasien sebanyak 74 orang.

Direktur dan anggota komite medis sebanyak 8 orang.

##### **2. Sampel penelitian.**

Mengingat jumlah populasi yang tidak banyak, dan batas waktu penelitian yang terbatas, metode pemilihan sampel dilakukan secara purposif sampling, yang berusaha untuk mencakup seluruh populasi dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" yang merawat pasien di bangsal rawat inap dalam dua bulan penelitian. Penelitian dilakukan pada bulan Juli dan Agustus 2001, mencakup seluruh dokter umum tetap yang diperbolehkan merawat pasien di bangsal perawatan sebanyak 5 orang, dokter spesialis tetap sebanyak 2 orang dan 43 dokter mitra yang merawat pasien di bangsal rawat.

Peserta Kelompok Diskusi Terfokus (FGD) adalah direktur RS. Pantiwilasa "Citarum" dan anggota komite medik yang terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, kepala Staf Medis Fungsional bedah dan non bedah dan beberapa ketua panitia tetap di bawah komite medik. Peserta Kelompok Diskusi Terfokus (FGD) antara 8–12 orang.

Tabel 3.1  
RESUME OBYEK PENELITIAN

UNIT ANALISIS	SAMPEL	INFORMASI YANG DIKUMPULKAN	CARA PENGUMPULAN DATA	ANALISIS DATA
Dokter tetap dan dokter mitra yang merawat pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang	Seluruh dokter tetap dan dokter mitra RS. Pantiwilasa "Citarum" yang merawat pasien dalam bulan Juli dan Agustus 2002.	<p>Variabel independen :</p> <p>Penerimaan dokter terhadap upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk mengelola pasien sesuai prosedur yang ditetapkan, mengendalikan penggunaan obat, memperpendek waktu rawat inap, perhitungan jasa medis dokter untuk pasien peserta asuransi kesehatan yang relatif lebih rendah dibanding pasien umum, pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada, kebijakan masalah dokter yang diterapkan saat ini secara umum.</p> <p>Variabel dependen :</p> <p>Kewajiban mendukung manajemen yang mendorong efisiensi.</p> <p>Pra-model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum".</p> <p>- Faktor yang harus diperhatikan manajemen agar dokter mau menerima upaya manajemen pengendalian biaya.</p>	<p>1. Wawancara menggunakan Kuesioner terstruktur.</p> <p>2. Focus Group Discussion</p>	<p>1. Deskriptif univariat .</p> <p>2. Bivariat dengan chi square untuk mengetahui perbedaan penerimaan dokter tetap dan mitra.</p> <p>3. Regresi logistik multipel untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen.</p> <p>4. Analisis kualitatif untuk penyusunan rancangan model manajemen</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Harapan dokter dalam manajemen dokter.</li> <li>- Harapan RS. Pantiwilasa "Citarum" terhadap dokter dalam pengelolaan pasien peserta asuransi.</li> <li>- Sumber Prosedur standar pelayanan medis yang akan dipakai.</li> <li>- Cara penghitungan jasa medis untuk pasien peserta asuransi yang diharapkan.</li> <li>- Model manajemen dokter yang dapat mendorong efisiensi yang bisa diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa "Citarum".</li> </ul>		dokter.
--	--	--	--	---------

### 3.9. Metoda pengumpulan data.

Data primer :

1. Pengumpulan data oleh peneliti dengan wawancara pada responden berdasarkan kuesioner terstruktur . Setiap variabel penelitian diwakili oleh sebuah kuesioner. Sebelum dilakukan penelitian, kuesioner terlebih dulu diujikan pada 5 dokter tetap di RS. Pantiwilasa "Dr. Cipto" untuk menguji validitas isi dan validitas muka kuesioner. Untuk mengurangi bias, peneliti sebelum wawancara menjelaskan bahwa jawaban yang diberikan responden hanya untuk kepentingan penelitian, dan tidak berkaitan dengan kebijakan manajemen RS. Pantiwilasa.

RS. Pantiwilasa "Dr. Cipto" dipilih untuk uji coba kuesioner, karena mempunyai kebijakan manajemen yang sama dengan RS. Pantiwilasa "Citarum".

2. Kelompok diskusi Terfokus (FGD) direktur dan komite medis. Topik yang akan dibahas pada kelompok diskusi Terfokus adalah “Bagaimanakah model manajemen dokter yang mendorong efisiensi biaya pengelolaan pasien yang bisa diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa “Citarum” di era asuransi kesehatan”. (lampiran 2) Sebagai fasilitator adalah peneliti sendiri.

### **3.10. Definisi operasional variabel .**

#### **Variabel independen.**

- a. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan menggunakan prosedur standar pengelolaan pasien adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan tentang kemauan dokter untuk mengikuti Prosedur Standar Pengelolaan Pasien yang ditetapkan manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum” dalam mengelola pasien peserta asuransi kesehatan. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - dapat menerima – tidak dapat menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.
- b. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan menggunakan obat sesuai DPHO dan formularium, adalah pernyataan dokter tentang pertanyaan tentang keharusan untuk lebih mengutamakan penggunaan obat yang tercantum dalam Daftar Plafond Harga Obat (DPHO) bagi pasien peserta askes dan formularium standar RS. Pantiwilasa “Citarum” bagi pasien peserta asuransi kesehatan lain. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.

- c. Tingkat penerimaan dokter pada keharusan untuk memperpendek waktu rawat inap adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan tentang keharusan dokter untuk memulangkan pasien segera setelah rawat jalan dimungkinkan. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.
- d. Tingkat penerimaan dokter pada penghitungan jasa medis untuk merawat pasien peserta asuransi kesehatan relatif lebih rendah dibanding pasien umum adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan mengenai kerelaan dokter bila honor dokter untuk merawat pasien peserta asuransi relatif lebih rendah dibanding honor dokter untuk merawat pasien bukan peserta asuransi kesehatan. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.
- e. Tingkat penerimaan dokter pada pemberdayaan peran komite medik dalam pengambilan kebijakan di rumah sakit adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan terhadap peranan dan pelibatan komite medik yang merupakan representasi dokter dalam manajemen rumah sakit terhadap pengambilan kebijakan dalam rumah sakit, khususnya yang berhubungan dengan masalah teknis medis, kredensial dan pedoman jasa medis Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.
- f. Tingkat penerimaan dokter pada peralatan medis RS. Pantiwilasa “Citarum” adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan tentang kelengkapan peralatan medis yang dipakai untuk mendukung keahlian dokter. Diukur sesuai pilihan dokter

menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.

- g. Tingkat penerimaan dokter pada kebijakan masalah dokter di RS. Pantiwilasa “Citarum” saat ini secara umum adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan mengenai pendapat dokter terhadap kebijakan manajemen rumah sakit yang menyangkut hubungan rumah sakit - dokter di RS. Pantiwilasa “Citarum” selama ini. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan sangat menerima - bisa menerima – tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah ordinal.

#### **Variabel dependen.**

- h. Tingkat penerimaan dokter pada manajemen efisiensi pengelolaan pasien rumah sakit adalah pernyataan dokter terhadap pertanyaan mengenai sikap dokter bila dilakukan upaya-upaya efisiensi dan pengendalian biaya pengelolaan pasien di RS. Pantiwilasa “Citarum”. Diukur sesuai pilihan dokter menggunakan rentang pilihan menerima - tidak bisa menerima. Skala pengukuran adalah nominal.

#### **3.11. Instrumen penelitian.**

Alat bantu penelitian adalah kuesioner terstruktur tentang penerimaan dokter terhadap beberapa upaya manajemen penghematan biaya pasien dan manajemen ideal dokter di rumah sakit, serta penerimaan dokter terhadap efisiensi pelayanan pasien rumah sakit (lampiran 1).

Untuk membahas hasil penelitian sementara berdasarkan hasil dan analisis kuesioner terstruktur, faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" agar dokter dapat menerima upaya-upaya manajemen pengendalian biaya, apa yang diharapkan dokter dalam hubungan RS. Pantiwilasa "Citarum" – dokter (manajemen dokter), apa yang diharapkan RS. Pantiwilasa "Citarum" terhadap dokter dalam hal pengelolaan pasien peserta asuransi kesehatan serta bagaimana bentuk model manajemen dokter yang dapat mendorong efisiensi biaya pengelolaan pasien yang bisa diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa "Citarum" , akan dilakukan dengan metode Kelompok Diskusi Terfokus (FGD) yang diikuti dokter dan komite medis (lampiran 2).

### **3.12. Analisis hasil.**

#### **3.12.1 Deskriptif.**

Hasil pengisian kuesioner akan dihitung untuk mendapat gambaran masing-masing tingkat penerimaan dokter secara deskriptif dengan distribusi frekuensi .

#### **3.12.2. Analitik.**

Analisis bivariat dengan Chi-square untuk mengetahui adakah perbedaan tingkat penerimaan antara dokter tetap dan dokter mitra. Analisis multivariat dengan regresi logistik untuk mengetahui pengaruh variabel independen terhadap variabel dependen. Digunakan regresi logistik, karena skala pengukuran pada variabel independen adalah kategoris (ordinal) dan distribusinya belum tentu distribusi normal. Selain itu, skala pengukuran variabel dependen bersifat dikhotomi (Sharma, 1996). Analisis kuantitatif akan menggunakan software SPSS 10.

7. Penerimaan dokter pada kebijakan terhadap dokter yang berlaku di RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini, selanjutnya disebut "kebijak" (berskala ordinal).

Variabel dependen akan dinamai sbb :

1. Penerimaan dokter pada upaya manajemen untuk efisiensi biaya pelayanan pasien rumah sakit, selanjutnya disebut "efisiensi" (berskala nominal : menerima dan tidak menerima).

Dengan menggunakan data kuesioner untuk variabel independen dan variabel dependen, prosedur analisis regresi logistik dalam SPSS secara "maximum likelihood" akan menghitung secara iteratif algoritmis, nilai estimasi parameter-parameternya sbb :

Tabel 3.2  
Rencana Tabel Parameter Analisis Regresi Logistik dengan SPSS 10

<u>variabel</u>	<u>B</u>	<u>SE</u>	<u>Wald</u>	<u>df</u>	<u>Signif</u>	<u>R</u>	<u>Exp (B)</u>
Prosedur							
Obat							
WRawat							
Jasamed							
Kommed							
Almedis							
Kebijak							
"Constant"							

"B" adalah estimasi koefisien regresi logistik untuk tiap variabel.

"SE" adalah nilai "standar error" dari koefisien regresi logistik B.

"Wald" adalah nilai statistik Wald yang berdistribusi secara "Chi square" yang merupakan ukuran apakah koefisien regresi logistik B tidak sama dengan 0.

“df” adalah derajat kebebasan.

“Signif” adalah menunjukkan hasil uji nilai signifikansi “B” terhadap 0 dengan statistik Wald.

“R” adalah koefisien korelasi parsial.

“Exp (B) ” atau “e<sup>B</sup> ” adalah besarnya perubahan nilai “odds” bila variabel independen berubah sebesar 1 unit, dengan catatan variabel independen lain tidak berubah.

Maksud penggunaan metode iteratif algoritmis adalah agar secara mudah, cepat serta obyektif dapat memilih metode seleksi variabel dalam fasilitas SPSS.

Berdasar nilai estimasi hasil perhitungan komputer itu, dapatlah diperhitungkan probabilitas menerima / tidaknya dokter terhadap upaya manajemen efisiensi biaya pelayanan pasien (efisiensi = “Z”) sbb :

$$Z = a + b_1 (\text{prosedur}) + b_2 (\text{obat}) + b_3 (\text{waktu rawat}) + b_4 (\text{jasa medis}) + b_5 (\text{komite medis}) + b_6 (\text{alat medis}) + b_7 (\text{kebijakan}).$$

Model parsimonius ini, dapat diterapkan untuk rumah sakit dengan karakter mirip RS. Pantiwilasa “Citarum” dan menjadi bahan masukan dalam langkah penelitian selanjutnya, yaitu Kelompok Diskusi Terfokus (FGD).

Analisis kualitatif melalui FGD yang diikuti direktur dan anggota komite medis akan menganalisis secara kualitatif penerimaan dokter terhadap upaya manajemen efisiensi biaya rumah sakit. Dari hasil FGD ini akan dikembangkan suatu pra-model manajemen yang dapat diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa “Citarum” bila waktu dan situasinya tepat.

Pra-model manajemen dokter yang akan dikembangkan, diharapkan dapat menentukan beberapa hal, yaitu :

- Bagaimana sebaiknya komposisi antara dokter tetap dan dokter mitra.
- Apa yang dapat dilakukan manajemen rumah sakit untuk mengendalikan biaya pengelolaan pasien dari sisi manajemen dokter.
- Sumber acuan Standar prosedur medis yang dipakai di RS. Pantiwilasa "Citarum".
- Bagaimana sistem perhitungan jasamedis dokter untuk pelayanan terhadap pasien asuransi.
- Apa yang dapat dilaksanakan oleh manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum", agar dokter mau mentaati ketentuan asuransi tanpa berat hati.

## BAB IV

### HASIL PENELITIAN

#### 4.1. Gambaran Umum RS. Pantiwilasa “Citarum”

RS. Pantiwilasa “Citarum” yang terletak di jalan Citarum 98, Semarang merupakan salah satu rumah sakit milik Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum (Yakkum) yang berkantor pusat di Solo. Rumah sakit ini diresmikan pada tanggal 5 Mei 1973, dan dibangun dengan bantuan pemerintah Belanda. Selama 29 tahun usia rumah sakit ini, telah terjadi 4 kali pergantian direktur, yaitu mulai Dr. B. Kandu SpOG (alm), Dr. Suhardjo (alm), Dr. Sri Kadarsih MM, Dr. Subroto SpPD MKes dan terakhir Dr. Daniel Budi Wibowo yang menjabat sejak Februari 2002.

Pelayanan RS. Pantiwilasa “Citarum” masih meliputi pelayanan dasar dan pelayanan sekunder rumah sakit. Hampir semua bidang spesialisasi mempunyai klinik pelayanan, yaitu spesialis penyakit dalam, spesialis anak, spesialis bedah (umum, digestif, anak, syaraf, plastik, gigi dan mulut, tumor, urologi, orthopedi), spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis kulit, spesialis mata, spesialis THT, spesialis psikiatri, dan spesialis syaraf. Selain itu RS. Pantiwilasa “Citarum” memiliki fasilitas penunjang antara lain pelayanan Rontgen, USG dan CT Scan, Laser mata, Physiotherapi serta Hemodialisa. Kapasitas rawat inap sejumlah 185 tempat tidur. Pasien rawat inap terbagi dalam 5 bangsal, yaitu bangsal Anggrek (kasus bedah), Bougenville (kasus kebidanan dan kandungan), Cempaka (kasus penyakit dalam), Dahlia (kasus penyakit anak) dan Bangsal Geriatri (kasus lanjut usia). Selain itu juga ada ruang bedah dengan 3 kamar operasi, ruang bersalin dan ruang perawatan intensif (ICU).

Hingga bulan Juli 2002, RS. Pantiwilasa "Citarum" dilayani oleh 394 karyawan tetap yang terdiri dari 2 dokter spesialis tetap, 7 dokter umum tetap, 1 dokter gigi tetap, dan 84 dokter mitra. Saat ini, manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" dikendalikan oleh direktur yang dibantu 3 wakil direktur, yaitu wakil direktur pelayanan (medis, keperawatan dan penunjang medis), wakil direktur administrasi dan keuangan serta wakil direktur umum merangkap direktur Akademi Kebidanan (lampiran 4). Sebagai representasi karyawan dalam manajemen adalah Badan Musyawarah Kesejahteraan Karyawan (BMKK) RS. Pantiwilasa "Citarum", yang bersama dengan direktur dan pengurus Yakkum cabang Semarang merupakan unsur trimitra.

Komite Medik yang merupakan representasi dokter tetap dan mitra di RS. Pantiwilasa "Citarum" telah dibentuk sejak tahun 1996, terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, bendahara, anggota, dan dilengkapi dengan beberapa panitia, antara lain panitia Kredensial, panitia Farmasi Terapi, panitia Etik, panitia Rekam Medis, panitia pencegahan Infeksi Nosokomial, panitia Kanker dan panitia Perinatal Resiko Tinggi. Komite medik membawahi dua kelompok Staf Medis Fungsional (SMF), yaitu SMF Medis dan SMF Bedah. Hubungan Komite Medik dengan Direktur adalah hubungan kemitraan dan koordinatif, karena komite medik mewakili profesi dokter. Komite medik melakukan rapat berkala untuk membahas hal-hal yang berhubungan langsung dengan profesi dan keberadaan dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum".

Kinerja RS. Pantiwilasa "Citarum" pada tahun 1998 – 2001 belum terlalu optimal, tetapi menunjukkan trend peningkatan. Hal itu bisa dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4.1  
Kinerja Pelayanan RS. Pantiwilasa "Citarum" 1998 – 2001

	1998	1999	2000	2001
Bed Occupancy Rate (BOR)	53 %	53 %	59 %	62 %
Length of Stay	4 hari	5 hari	4 hari	4 hari
Turn Over Interval	4	4	3	3
Bed Turn Over Rate	4	4	4	4

Sumber : Bagian Rekam Medis RS. Pantiwilasa "Citarum".

## 4.2. Pendukung dan Penghambat Pengumpulan Data

### 4.2.1. Pengumpulan data.

Kuesioner terstruktur yang sudah disempurnakan digunakan sebagai dasar wawancara pada dokter tetap dan dokter mitra yang merawat pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum". Dari 62 dokter yang merawat di bangsal, yaitu 7 dokter tetap dan 55 dokter mitra yang merawat pasien, berhasil diwawancarai 50 dokter (83 %) yang terdiri dari 7 dokter tetap (100 %) dan 43 dokter mitra (78 %), dalam 2 bulan penelitian. Hasil wawancara itu dikompilasi dan dianalisis secara statistik menggunakan software SPSS-10. Hasil sementara analisis (deskriptif dan analitik) itu dipakai sebagai dasar melakukan diskusi kelompok terfokus (Focus group discussion – FGD) di tingkat komite medik.

Kesulitan dan hambatan yang dihadapi penulis dalam pengumpulan data, terutama disebabkan oleh kesibukan dokter, khususnya dokter mitra. Ada beberapa dokter mitra yang menolak tanpa alasan yang jelas untuk diwawancarai. Ada beberapa dokter yang selama dua bulan penelitian tidak merawat pasien, sehingga tidak diwawancarai.

Karena wawancara dilakukan sendiri oleh penulis, yang juga merupakan bagian dari manajemen, maka sebelum wawancara diberikan penjelasan pada dokter bahwa penelitian ini hanya untuk kepentingan ilmiah penulisan thesis dan tidak ada konsekuensi

atau berhubungan langsung dengan kebijakan RS. Pantiwilasa "Citarum". Juga ditekankan agar jawaban benar-benar sesuai dengan pendapat dokter responden, bukan hanya jawaban yang sekedar "menyenangkan" pihak manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum".

Kegiatan Diskusi Kelompok Terfokus, hanya diikuti oleh anggota komite medik yang merupakan dokter tetap dan 2 dokter mitra kepala SMF bedah dan SMF medis. Diskusi ini sudah beberapa kali tertunda karena berharap kedatangan lebih banyak dokter mitra, tetapi tetap sulit memenuhi harapan.

Dalam analisis data secara statistik, pada analisis regresi logistik, terjadi kesulitan analisis, karena jawaban responden yang homogen menyebabkan analisis yang dibuat tidak valid, sehingga memerlukan pemikiran lebih mendalam.

Kegiatan penelitian ini sempat tertunda cukup lama karena RS. Pantiwilasa "Citarum" menghadapi kegiatan akreditasi rumah sakit 12 bidang, sehingga semua sumber daya terkonsentrasi pada kegiatan itu.

Dalam kegiatan penelitian ini, makin dirasakan betapa sulitnya mendorong partisipasi dokter mitra, khususnya dalam kegiatan di luar teknis medis.

#### **4.3. Hasil Penelitian.**

##### **4.3.1. Karakteristik Responden Penelitian.**

Dari 50 dokter responden penelitian, terdiri dari 7 orang dokter tetap (14 %) dan 43 dokter mitra (86 %). Menurut keahliannya terdiri dari 6 dokter umum (12 %) dan 44 dokter spesialis (88 %).

Agama responden terdiri dari 32 orang beragama Islam (64 %), 13 orang Kristen Protestan (26 %), 5 orang Katholik (10 %).

Dokter yang menjadi responden, sudah bekerja sebagai dokter dengan keahlian sekarang, antara 5 hingga 46 tahun, dengan rerata 14,52 tahun, dan modus 10-14 tahun.

Tabel 4.2  
Lama Kerja Dokter Responden dengan Keahlian Sekarang

LAMA KEAHLIAN (tahun)	FREKUENSI	PERSENTASE
5-9	12	24 %
10-14	18	36 %
15-19	9	18 %
20-24	7	14 %
25-29	0	0
30-34	2	4 %
35-39	1	2 %
40-44	0	0
45-49	1	2

sumber : data primer terolah (September 2001)

Dokter responden, sudah melayani di RS. Pantiwilasa "Citarum" antara 2 hingga 27 tahun, dengan rerata 10,54 tahun, dan modus 5-9 tahun.

Tabel 4.3  
Lama Kerja Dokter Responden di RS. Pantiwilasa "Citarum"

LAMA KERJA (tahun)	FREKWENSI	PERSENTASE
0-4	11	22 %
5-9	15	30 %
10-14	10	20 %
15-19	5	10 %
20-24	6	12 %
25-29	3	6 %

sumber : data primer terolah (September 2001)

Jumlah rumah sakit yang dilayani dokter responden antara 1 hingga 6 rumah sakit, dengan rerata 3 rumah sakit dan modus 3 rumah sakit.

Tabel 4.4  
Jumlah Rumah Sakit yang Dilayani Dokter Responden

JUMLAH RS. YANG DILAYANI	FREKWENSI	PERSENTASE
1	5	8.2
2	10	16.4
3	22	36.1
4	5	8.2
5	6	9.8
6	2	3.3

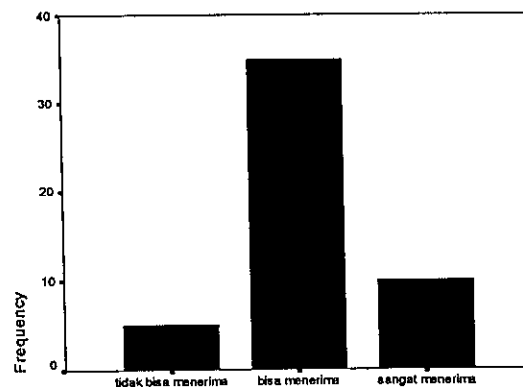
sumber : data primer terolah (September 2001)

#### 4.3.2. Jawaban Responden Terhadap Pertanyaan Variabel Penelitian.

- a. Penerimaan responden terhadap keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien.

Dari 50 dokter responden, 35 responden (70 %) menyatakan bisa menerima keharusan mematuhi prosedur standar, 10 responden (20 %) menyatakan sangat menerima dan 5 responden (10 %) menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.1  
Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Mematuhi Prosedur Standar.



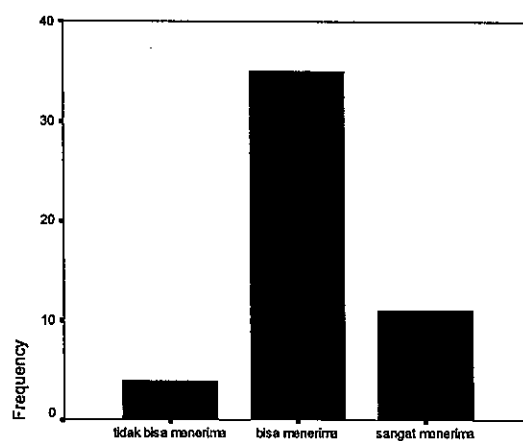
sumber : data primer terolah (September 2001)

b. Penerimaan responden terhadap keharusan menggunakan obat sesuai formularium.

Dari 50 dokter responden, 35 (70 %) menyatakan bisa menerima keharusan menggunakan obat sesuai formularium RS. Pantiwilasa "Citarum", khususnya bagi pasien yang dibayar pihak ketiga, dan DPHO bagi pasien ASKES, 11 responden (22 %) menyatakan sangat menerima, dan 4 responden (8 %) menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.2

Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Menggunakan Obat Sesuai Formularium.

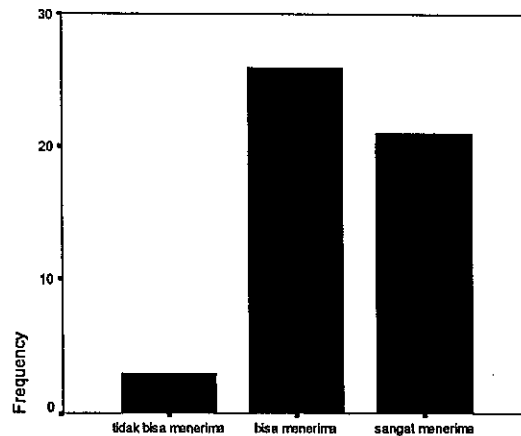


sumber : data primer terolah (September 2001)

c. Penerimaan responden terhadap keharusan memperpendek waktu rawat inap.

Dari 50 dokter responden, 26 (52 %) menyatakan bisa menerima keharusan untuk memulangkan pasien secepat mungkin setelah rawat jalan memungkinkan, 21 (42 %) menyatakan sangat menerima, dan 3 (6 %) menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.3  
Penerimaan Dokter Terhadap Keharusan Memperpendek Waktu Rawat Inap.

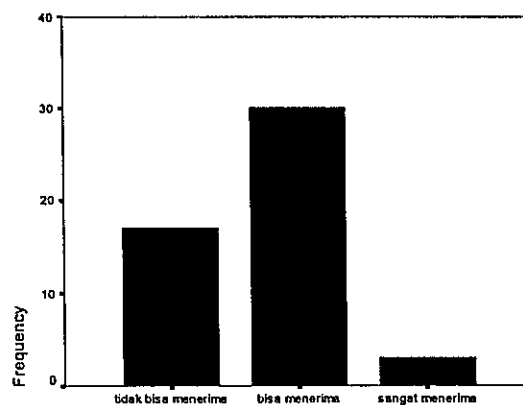


sumber : data primer terolah (September 2001)

- d. Penerimaan responden terhadap perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum.

Dari 50 responden, 30 (60 %) menyatakan bisa menerima perhitungan jasa medis untuk pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum, 17 (34 %) menyatakan tidak bisa menerima, dan 3 (6 %) menyatakan sangat menerima.

Grafik 4.4  
Penerimaan Dokter Terhadap Perhitungan Jasa Medis Relatif Lebih Rendah untuk Pasien Askes Dibanding Pasien Umum.

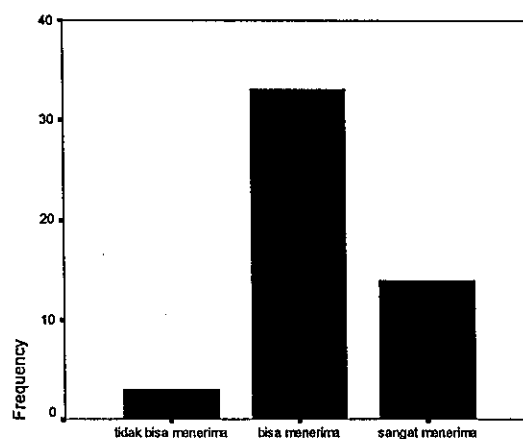


sumber : data primer terolah (September 2001)

- e. Penerimaan responden terhadap pemberdayaan peran komite medik dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit.

Dari 50 dokter responden, 33 (66 %) menyatakan bisa menerima pemberdayaan komite medik, khususnya dalam kebijakan yang menyangkut dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum", 14 (28 %) menyatakan sangat menerima, dan 3 responden (6 %) menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.5  
Penerimaan Dokter Terhadap Pemberdayaan Komite Medik.

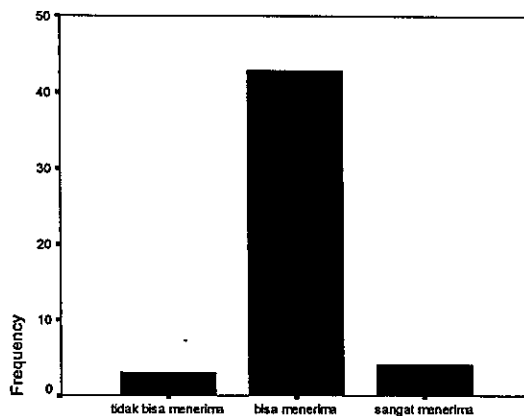


sumber : data primer terolah (September 2001)

- f. Penerimaan responden terhadap kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum".

Dari 50 dokter responden, 43 (86 %) menyatakan bisa menerima kelengkapan peralatan medis RS. Pantiwilasa "Citarum", 4 (8 %) menyatakan sangat menerima, dan 3 (6 %) menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.6  
Penerimaan Dokter Terhadap Kelengkapan Alat Medis.

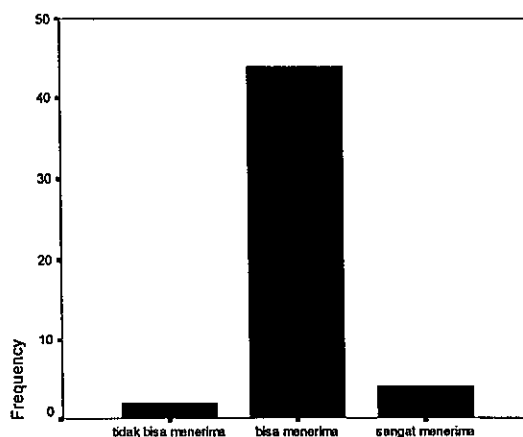


sumber : data primer terolah (September 2001)

- g. Penerimaan responden terhadap kebijakan yang menyangkut dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum".

Dari 50 dokter responden, 44 (88 %) menyatakan bisa menerima kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum", 4 (8 %) menyatakan sangat menerima, dan hanya 2 (4 %) yang menyatakan tidak bisa menerima.

Grafik 4.7  
Penerimaan Dokter Terhadap Kebijakan Umum yang Menyangkut Dokter.

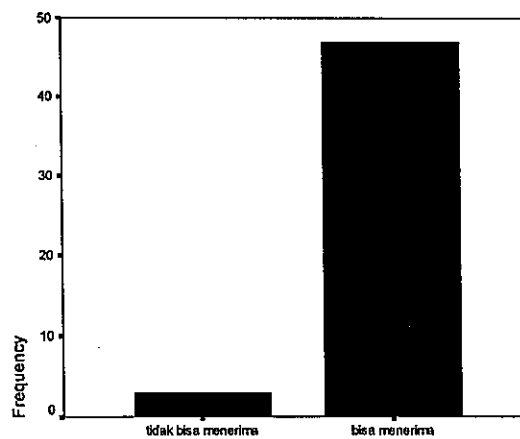


sumber : data primer terolah (September 2001)

- h. Penerimaan responden terhadap upaya manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit.

Variabel ini, merupakan variabel dependen penelitian. Penerimaan responden terhadap variabel ini diharapkan dipengaruhi oleh penerimaan responden terhadap variabel independen penelitian. Dari 50 responden, 47 (94 %) menyatakan menerima kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien, dan hanya 3 (6 %) menyatakan tidak bisa menerima kewajiban ini bila diberlakukan.

Grafik 4.8  
Penerimaan Dokter Terhadap Kewajiban Mendukung Manajemen Efisiensi Pelayanan Pasien.



sumber : data primer terolah (September 2001)

#### 4.3.3. Perbedaan Penerimaan Dokter Tetap dan Dokter Mitra Terhadap Variabel Penelitian.

Untuk mengetahui apakah ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap variabel penelitian, dilakukan dengan membuat tabel silang dan dianalisis menggunakan metode chi-square, dengan derajat signifikansi 5 %.

Hasil penelitian tentang hal ini adalah sbb :

- a. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien.

Tabel 4.5, menunjukkan bahwa sebanyak 57,1 % dokter tetap RS. Pantiwilasa “Citarum” menyatakan sangat menerima keharusan untuk mengikuti prosedur dan 42,9 % sisanya dapat menerima keharusan itu. Sedangkan untuk dokter mitra 74,4 % menyatakan dapat menerima keharusan mengikuti prosedur pengelolaan pasien, 14 % sangat menerima, dan terdapat 11,6 % yang menyatakan tidak bisa menerima keharusan mengikuti prosedur.

Tabel 4.5  
Tabel Silang Status Dokter dengan Keharusan Mengikuti Prosedur

			keharusan mengikuti prosedur			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	Count		3	4	7
		% dalam Status Dokter		42.9%	57.1%	100.0%
		% dalam keharusan mengikuti prosedur		8.6%	40.0%	14.0%
	dokter mitra	Count	5	32	6	43
		% dalam Status Dokter	11.6%	74.4%	14.0%	100.0%
		% dalam keharusan mengikuti prosedur	100.0%	91.4%	60.0%	86.0%
Total	Count	5	35	10	50	
	% dalam Status Dokter	10.0%	70.0%	20.0%	100.0%	
	% dalam keharusan mengikuti prosedur	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Nilai chi-square adalah 7,285, dengan derajat bebas 2, nilai signifikansi 0,026 (2 sisi). Karena  $0,026 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, yang berarti ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan mengikuti prosedur standar pengelolaan pasien.

b. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan menggunakan obat sesuai formularium.

Tabel 4.6, menunjukkan bahwa jumlah dokter tetap yang menyatakan sangat menerima keharusan untuk menggunakan obat sesuai formularium sebanyak 57,1 % , dan 42,9 % menyatakan bisa menerima. Dokter mitra yang menyatakan bisa menerima sebanyak 74,4 % , dan 16,3 % menyatakan sangat menerima .Ada 9,3 % dokter mitra yang menyatakan tidak dapat menerima keharusan menggunakan obat sesuai formularium.

Tabel 4.6  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Keharusan Mengikuti Formularium.

			keharusan mengikuti formularium			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		3	4	7
		% dalam Status Dokter		42.9%	57.1%	100.0%
		% dalam keharusan mengikuti formularium		8.6%	36.4%	14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	4	32	7	43
		% dalam Status Dokter	9.3%	74.4%	16.3%	100.0%
		% dalam keharusan mengikuti formularium	100.0%	91.4%	63.6%	86.0%
Total	jumlah jawaban	4	35	11	50	
	% dalam Status Dokter	8.0%	70.0%	22.0%	100.0%	
	% dalam keharusan mengikuti formularium	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Nilai chi-square adalah 6,077. Derajat bebas 2, maka signifikansinya adalah 0,048 (2 sisi). Karena  $0,048 < 0,05$ , maka  $H_0$  ditolak dan  $H_a$  diterima, yang berarti ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan menggunakan obat sesuai formularium.

c. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan memperpendek waktu rawat inap.

Tabel 4.7, menunjukkan bahwa jumlah dokter tetap yang menyatakan sangat menerima keharusan untuk memperpendek waktu rawat inap sebanyak 71,4 % dan, 26,8 % menyatakan bisa menerima. Sebagian besar responden dokter mitra (55,8 %) hanya menyatakan dapat menerima keharusan memperpendek waktu rawat inap, dan 37,2 % menyatakan sangat menerima keharusan mengikuti prosedur. Ada 7 % responden dokter mitra yang menyatakan tidak bisa menerima keharusan memperpendek waktu rawat inap.

Tabel 4.7  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Keharusan Memperpendek Waktu Rawat Inap.

			keharusan memperpendek rawat inap			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		2	5	7
		% dalam Status Dokter		28.6%	71.4%	100.0%
		% dalam keharusan memperpendek rawat inap		7.7%	23.8%	14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	3	24	16	43
		% dalam Status Dokter	7.0%	55.8%	37.2%	100.0%
		% dalam keharusan memperpendek rawat inap	100.0%	92.3%	76.2%	86.0%
Total	jumlah jawaban	3	26	21	50	
	% dalam Status Dokter	6.0%	52.0%	42.0%	100.0%	
	% dalam keharusan memperpendek rawat inap	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 3,026. Derajat bebas 2, maka nilai signifikansinya adalah 0,220 (2 sisi). Karena  $0,220 > 0,005$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, yang berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan memperpendek waktu rawat inap.

d. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap perhitungan jasa medis pasien askes yang relatif lebih rendah dibanding pasien umum.

Tabel 4.8, menunjukkan bahwa 71,4 % responden dokter tetap menyatakan bisa menerima perhitungan jasa medis untuk pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum, 14,3 % sangat menerima , namun 14,3 % menyatakan tidak bisa menerima. Dokter mitra yang menyatakan bisa menerima perhitungan jasa medis relatif lebih rendah sebanyak 58,1 %, dan 4,7 % sangat menerima . Ada 37,2 % responden dokter mitra yang menyatakan tidak bisa menerima perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum.

Tabel 4.8  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Perhitungan Jasa Medis Pasien Askes Lebih Rendah Dibanding Pasien Umum.

			jasa medis relatif lebih rendah			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban	1	5	1	7
		% dalam Status Dokter	14.3%	71.4%	14.3%	100.0%
	dokter mitra	% dalam jasa medis relatif lebih rendah	5.9%	16.7%	33.3%	14.0%
		jumlah jawaban	16	25	2	43
Total	dokter tetap	% dalam Status Dokter	37.2%	58.1%	4.7%	100.0%
		% dalam jasa medis relatif lebih rendah	94.1%	83.3%	66.7%	86.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	17	30	3	50
		% dalam Status Dokter	34.0%	60.0%	6.0%	100.0%
Total	% dalam jasa medis relatif lebih rendah	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 2,039. Derajat bebas 2, maka nilai signifikansinya adalah 0,361 (2 sisi). Karena  $0,361 > 0,005$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak, yang berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum.

e. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap pemberdayaan peran komite medik dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit.

Tabel 4.9, menunjukkan bahwa 57,1 % dokter tetap menyatakan sangat menerima pemberdayaan komite medik dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit, dan 42,9 % responden dokter tetap menyatakan sangat menerima. Dokter mitra yang menyatakan sangat menerima pemberdayaan komite medik sebanyak 25,6 %. Sebagian besar responden dokter mitra (67,4 %) menyatakan dapat menerima pemberdayaan komite medik, dan 7 % menyatakan tidak bisa menerima.

Tabel 4.9  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Pemberdayaan Komite Medik.

			pemberdayaan komite medik			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		4	3	7
		% dalam Status Dokter		57.1%	42.9%	100.0%
		% dalam pemberdayaan komite medik		12.1%	21.4%	14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	3	29	11	43
		% dalam Status Dokter	7.0%	67.4%	25.6%	100.0%
		% dalam pemberdayaan komite medik	100.0%	87.9%	78.6%	86.0%
Total		jumlah jawaban	3	33	14	50
		% dalam Status Dokter	6.0%	66.0%	28.0%	100.0%
		% dalam pemberdayaan komite medik	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 1,227. Derajat bebas 2, maka nilai signifikansinya adalah 0,542 (2 sisi). Karena  $0,542 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap pemberdayaan peran komite medis dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit.

f. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum".

Tabel 4.10 menunjukkan bahwa seluruh (100 %) dokter tetap menyatakan bisa menerima kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum". Sedangkan dokter mitra yang menyatakan bisa menerima kelengkapan alat medis yang ada sebanyak 83,7 %, dan 9,3 % menyatakan sangat menerima . Masih ada 7 % responden dokter mitra yang menyatakan tidak bisa menerima kelengkapan alat medis yang ada.

Tabel 4.10  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Kelengkapan Peralatan Medis.

			kelengkapan alat medis			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		7		7
		% dalam Status Dokter		100.0%		100.0%
		% dalam kelengkapan alat medis		16.3%		14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	3	36	4	43
		% dalam Status Dokter	7.0%	83.7%	9.3%	100.0%
		% dalam kelengkapan alat medis	100.0%	83.7%	100.0%	86.0%
Total	jumlah jawaban	3	43	4	50	
	% dalam Status Dokter	6.0%	86.0%	8.0%	100.0%	
	% dalam kelengkapan alat medis	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 1,325. Derajat bebas 2, maka nilai signifikansinya adalah 0,516. Karena  $0,516 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum".

g. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum".

Tabel 4.11 menunjukkan bahwa seluruh (100 %) dokter tetap menyatakan bisa menerima kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum". Sedangkan dokter mitra yang menyatakan bisa menerima kebijakan yang menyangkut dokter secara umum sebanyak 86,0 % dan 9,3 % yang menyatakan sangat menerima. Namun ada 4,7 % responden dokter mitra yang menyatakan tidak bisa menerima

Tabel 4.11  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Kebijakan Dokter Secara Umum.

			kebijakan dokter secara umum			Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	sangat menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		7		7
		% dalam Status Dokter		100.0%		100.0%
		% dalam kebijakan dokter secara umum		15.9%		14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	2	37	4	43
		% dalam Status Dokter	4.7%	86.0%	9.3%	100.0%
		% dalam kebijakan dokter secara umum	100.0%	84.1%	100.0%	86.0%
Total	jumlah jawaban	2	44	4	50	
	% dalam Status Dokter	4.0%	88.0%	8.0%	100.0%	
	% dalam kebijakan dokter secara umum	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 1,110. dengan derajat bebas 2, maka nilai signifikansi adalah 0,574 (2 sisi). Karena  $0,574 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum".

h. Perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap manajemen efisiensi pelayanan RS. Pantiwilasa "Citarum".

Tabel 4.12 menunjukkan bahwa seluruh (100 %) dokter tetap menyatakan bisa menerima manajemen efisiensi pelayanan pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum". Sedangkan dokter mitra yang menyatakan bisa manajemen efisiensi sebanyak 93 %. Ada 7 % responden dokter mitra yang menyatakan tidak bisa menerima manajemen efisiensi pelayanan pasien.

Tabel 4.12  
Tabel Silang Status Dokter Dengan Manajemen Efisiensi Pelayanan Pasien.

			kewajiban mendukung efisiensi		Total
			tidak bisa menerima	bisa menerima	
Status Dokter	dokter tetap	jumlah jawaban		7	7
		% dalam Status Dokter		100.0%	100.0%
		% dalam kewajiban mendukung efisiensi		14.9%	14.0%
	dokter mitra	jumlah jawaban	3	40	43
	% dalam Status Dokter	7.0%	93.0%	100.0%	
	% dalam kewajiban mendukung efisiensi	100.0%	85.1%	86.0%	
Total	jumlah jawaban	3	47	50	
	% dalam Status Dokter	6.0%	94.0%	100.0%	
	% dalam kewajiban mendukung efisiensi	100.0%	100.0%	100.0%	

sumber : data primer terolah (September 2001)

Perhitungan nilai chi-square adalah 0,520. Derajat bebas 1, maka nilai signifikansinya adalah 0,471 (2 sisi). Karena  $0,471 > 0,05$ , maka  $H_0$  diterima dan  $H_a$  ditolak. Berarti tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap manajemen efisiensi pelayanan pasien RS. Pantiwilasa "Citarum".

Tabel 4.13  
Rekapitulasi Hasil Uji Chi Square Jawaban Dokter Tetap dan Dokter Mitra

Hipotesa	Hasil uji Chi Square
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien.	$H_0$ ditolak
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan menggunakan obat sesuai formularium.	$H_0$ ditolak
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan memperpendek waktu rawat inap.	$H_0$ diterima
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum.	$H_0$ diterima
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap pemberdayaan peran komite medis dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit.	$H_0$ diterima
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum".	$H_0$ diterima
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum".	$H_0$ diterima
Tidak ada perbedaan tingkat penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap manajemen efisiensi pelayanan pasien RS. Pantiwilasa "Citarum".	$H_0$ diterima

Sumber : Data primer terolah (September 2001)

#### 4.3.4. Analisis Pengaruh Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen .

Untuk mengetahui pengaruh variabel-variabel independen terhadap variabel dependen, dilakukan analisis multivariat dengan menggunakan regresi logistik. Untuk mencari model regresi yang mampu menjelaskan pengaruh variabel independen terhadap

variabel dependen, dilakukan suatu prosedur formal untuk menyaring variabel-variabel yang penting dengan menggunakan analisis bivariat dengan metode chi-square. Variabel penting hasil uji bivariat itu akan diuji dalam suatu model analisis multivariat.

Variabel independen hasil uji silang dengan variabel dependen dengan metode chi-square yang memiliki p- value ( $\alpha$ ) < 25 % akan diuji secara multivariat. Teknik analisis multivariat adalah dengan memasukkan semua variabel independen yang signifikan pada uji chi-square secara serentak ke dalam model regresi. Dalam program SPSS, teknik itu dijalankan dengan metode enter. Kriteria memasukkan dan / atau mengeluarkan variabel selanjutnya dibuat berdasar kemaknaan statistik p-value kurang dari 5 %, sampai didapatkan variabel independen yang bersama-sama berpengaruh terhadap variabel dependen.

Tabel silang hasil uji masing-masing variabel independen dengan variabel dependen (tingkat penerimaan dokter pada manajemen efisiensi pengelolaan pasien rumah sakit) dengan metode chi-square adalah sbb :

Tabel 4.14  
Ringkasan Hasil Uji Chi-Square Masing-Masing Variabel Independen Dengan Variabel  
Dependen

Variabel independen	Nilai Chi-Square	Signifikansi (2 sisi)
Tingkat penerimaan dokter pada keharusan menggunakan prosedur standar pengelolaan pasien.	2,381	0,304
Tingkat penerimaan dokter pada keharusan menggunakan obat sesuai DPHO dan formularium.	36,702	0,000
Tingkat penerimaan dokter pada keharusan untuk memperpendek waktu rawat inap.	5,446	0,066
Tingkat penerimaan dokter pada penghitungan jasa medis untuk merawat pasien peserta asuransi lebih rendah dibanding pasien umum.	1,571	0,456
Tingkat penerimaan dokter terhadap pemberdayaan peran komite medik dalam pengambilan kebijakan di rumah sakit.	4,868	0,088
Tingkat penerimaan dokter pada peralatan medis RS. Pantiwilasa "Citarum"	0,520	0,771
Tingkat penerimaan dokter pada kebijakan masalah dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini secara umum.	0,435	0,804

Sumber : Data primer terolah (September 2001)

Tabel ringkasan hasil uji chi-square di atas menunjukkan bahwa hanya ada 3 variabel independen yang mempunyai p-value ( $\alpha$ ) < 0.25 . Variabel yang signifikan itu adalah tingkat penerimaan dokter pada keharusan menggunakan obat sesuai DPHO dan formularium, variabel tingkat penerimaan dokter pada keharusan untuk memperpendek waktu rawat inap, dan variabel tingkat penerimaan dokter terhadap pemberdayaan peran komite medik dalam pengambilan kebijakan di rumah sakit. Ketiga variabel independen itu diduga mempunyai hubungan dengan variabel dependen.

Ketiga variabel independen itu diuji dengan regresi logistik menggunakan metode enter dengan nilai signifikansi  $\alpha$  < 0.05 . Hasil analisis regresi logistik menggunakan SPSS 10, adalah sbb :

Tabel 4.15  
Ringkasan Hasil Analisis Regresi Logistik Dengan SPSS 10

variabel	B	SE	Wald	df	Signif	Exp (B)
Obat (1)	-36,505	11006,305	,000	1	0,997	0,000
Obat (2)	3,237	12845,360	,000	1	1,000	25,469
WRawat (1)	-36,746	24662,714	,000	1	0,999	0,000
WRawat (2)	-36,036	9608,988	,000	1	0,997	0,000
Kommed (1)	1,181	25448,643	,000	1	1,000	3,258
Kommed (2)	1,891	12728,038	,000	1	1,000	6,625
Konstanta	52,305	18530,887	,000	1	0,998	5,2E+22

Sumber : Data primer terolah (september 2001)

Berdasarkan hasil uji di atas, tidak ada satu variabel independen dengan signifikansi  $\alpha$  < 0.05. Berarti hipotesa nol dapat diterima ,dengan kata lain tidak ada pengaruh penerimaan dokter pada upaya manajemen yang mengharuskan dokter untuk menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, dan pemberdayaan peran komite medik, terhadap penerimaan dokter pada manajemen efisiensi pelayanan pasien di rumah sakit.

Karena tidak ada satupun variabel independen yang berpengaruh secara signifikan pada variabel dependen pada analisis regresi logistik, maka tidak dapat disusun suatu model parsimoni yang menunjukkan pengaruh penerimaan dokter pada upaya-upaya manajemen pengendalian biaya pasien, serta penerimaan dokter pada fasilitas dan kebijakan rumah sakit terhadap penerimaan dokter pada kewajiban mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien di rumah sakit.

#### **4.3.5. Hasil Diskusi Kelompok Terfokus (FGD).**

Diskusi kelompok Terfokus dilakukan di RS. Pantiwilasa “Citarum” , Semarang pada tanggal 15 Januari 2002. Diskusi diikuti 11 peserta, yaitu direktur RS. Pantiwilasa “Citarum” , ketua komite medik, wakil ketua komite medik, sekretaris komite medik, ketua Staf Medis Fungsional (SMF) bedah dan ketua SMF medis, serta 6 orang dokter tetap RS. Pantiwilasa “Citarum” sebagai anggota komite medik. Diskusi difasilitasi oleh peneliti sendiri. Tema diskusi kelompok adalah “Apa model manajemen dokter yang mendorong efisiensi biaya pengelolaan pasien yang bisa diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa Citarum”.

Susunan acara pada diskusi itu pertama-tama adalah penjelasan maksud diskusi Terfokus ini oleh peneliti, kemudian dilanjutkan dengan presentasi hasil sementara penelitian berdasarkan hasil analisis kuesioner tentang penerimaan dokter tetap dan mitra RS. Pantiwilasa “Citarum” terhadap upaya manajemen pengendalian biaya pasien, manajemen ideal dokter serta efisiensi pelayanan pasien rumah sakit. Sesudah presentasi dilanjutkan dengan diskusi dengan topik sbb :

- a. Faktor-faktor apa saja yang perlu diperhatikan manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum”, agar dokter dapat menerima upaya-upaya manajemen pengendalian biaya.
- b. Apa yang diharapkan dokter dalam hubungan RS. Pantiwilasa “Citarum” – dokter (manajemen dokter).
- c. Apa yang diharapkan RS. Pantiwilasa “Citarum” terhadap dokter dalam hal pengelolaan pasien peserta asuransi kesehatan dan pembayar pihak ketiga.
- d. Standar prosedur penanganan medis yang diterapkan di RS. Pantiwilasa “Citarum” sebaiknya memakai standar yang dikeluarkan oleh IDI, Ikatan Dokter Spesialis, Fakultas Kedokteran tertentu atau membuat standar sendiri.
- e. Bagaimana cara penghitungan dan pembayaran jasa medis yang berorientasi pada pasien peserta asuransi kesehatan yang dapat diterima dokter (fee for service dengan tarif khusus, paket sesuai diagnosa, gaji sesuai kapitasi dsb).
- f. Bagaimana bentuk model manajemen dokter yang dapat mendorong efisiensi biaya pengelolaan pasien yang bisa diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa “Citarum” secara umum.

Suasana diskusi cukup hidup, hampir semua peserta diskusi ikut aktif menyampaikan pendapatnya, mengkritisi dan mendukung pendapat peserta lain tentang pokok – pokok diskusi tsb.

Hasil diskusi kelompok dapat disampaikan sbb :

a. Faktor-faktor yang perlu diperhatikan manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" agar dokter dapat menerima upaya manajemen pengendalian biaya pada era asuransi kesehatan adalah :

1. *Faktor motivasi dokter , untuk melaksanakan praktek pengobatan rasional.*

Unsur motivasi pribadi atau idealisme dokter untuk bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" oleh peserta diskusi dianggap sangat berpengaruh pada penerimaan dokter terhadap upaya manajemen pengendalian biaya. Banyak pengaruh eksternal dan internal yang bisa membelokkan dokter untuk melakukan pengobatan secara berlebihan dari prosedur standar yang sudah ditetapkan secara konsensus oleh suatu ikatan profesi atau sentra pendidikan kedokteran tertentu. Faktor eksternal antara lain kegiatan promosi obat yang dilakukan perusahaan farmasi secara berlebihan, dan faktor internal berdasarkan keyakinan dan pengalaman dokter secara pribadi tanpa didukung penelitian ilmiah . Mungkin juga ketidaktahuan dokter ini diakibatkan karena kurang mengikuti perkembangan ilmu kedokteran sesuai keahlian dan minatnya. Bila dokter tidak mempunyai motivasi untuk menguasai dan melaksanakan pengobatan rasional, akan sia-sialah upaya manajemen untuk mengendalikan biaya pengelolaan pasien tanpa merugikan si pasien. Sebaliknya bila seorang dokter mempunyai motivasi tinggi untuk menerapkan prosedur pengobatan rasional, lebih mudah bagi rumah sakit untuk mengendalikan biaya.

Motivasi seorang dokter dapat dipengaruhi oleh motivasi dokter-dokter lain yang bekerja di suatu rumah sakit. Bila ada banyak dokter yang mempunyai motivasi baik, motivasi itu bisa "menular" pada dokter yang mempunyai motivasi "komersial".

2. *Faktor prosedur medis standar yang bisa diterima.*

Dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" berasal dari berbagai sentra pendidikan kedokteran, yang melaksanakan prosedur pengelolaan pasien yang sedikit berbeda, maka diperlukan suatu prosedur medis standar yang mengacu pada pengobatan rasional. RS. Pantiwilasa "Citarum" sudah memiliki prosedur pengelolaan medis yang sudah disahkan sejak tahun 1997 dan baru diperbaharui tahun 2000. Diharapkan prosedur ini bisa diterima dan dilaksanakan oleh mayoritas dokter, sesuai fasilitas yang ada di RS. Pantiwilasa "Citarum".

3. *Faktor peran dan pemberdayaan komite medik.*

Komite medik sebagai representasi kelompok dokter dalam manajemen rumah sakit, sekaligus merupakan wadah kegiatan profesional dokter dan pembuat kebijakan yang menyangkut profesi dokter, maka peran komite medik sangat strategis. Komite medik yang didukung oleh mayoritas dokter, serta berperan aktif dalam merumuskan kebijakan-kebijakan yang menyangkut dokter dan melaksanakan kegiatan-kegiatan yang menyangkut profesi, akan sangat berperan dalam mendorong dokter untuk melakukan efisiensi biaya pengelolaan pasien melalui prosedur pengobatan secara rasional sesuai prosedur standar yang disusun oleh komite medik melalui kelompok staf medis fungsional (SMF) yang ada.

Walaupun pemilihan Komite medik RS. Pantiwilasa "Citarum" melalui suatu forum yang mengundang seluruh dokter dan mempunyai perangkat organisasi seperti yang diprasyaratkan Departemen Kesehatan, namun secara kualitas, perannya dalam koordinasi dokter serta menjembatani dokter dengan administrator rumah sakit masih kurang. Hal itu disebabkan karena kesibukan dokter tetap dan mitra dalam

melaksanakan tugas fungsionalnya, sehingga seringkali tidak dapat menghadiri rapat komite medik atau panitia-panitia di bawah komite medik. Rapat yang dijadwalkan seringkali gagal dilaksanakan. Diharapkan di masa mendatang komite medik RS. Pantiwilasa "Citarum" dapat lebih aktif dalam melakukan perannya dalam kegiatan rumah sakit.

Dalam hal efisiensi pengelolaan pasien, diharapkan komite medik bukan hanya berperan dalam penyusunan prosedur medik dan formularium serta ikut merumuskan kebijakan yang menyangkut dokter, tetapi juga melakukan evaluasi dan pengawasan terhadap pelaksanaan prosedur dan kebijakan yang sudah ditetapkan secara teratur.

#### *4. Faktor tekanan pihak asuransi dan pembayar pihak ketiga.*

Bila lembaga asuransi dan pembayar pihak ketiga sudah makin besar kontribusinya dalam memberikan pasien pada dokter, maka lembaga asuransi dan pembayar pihak ketiga akan memilih dan menunjuk dokter yang boleh melayani pasien yang dikirimnya. Dalam pemilihan dan penunjukkan itu, lembaga asuransi dan pembayar pihak ketiga akan memberikan prasyarat untuk dokter yang dipilihnya. Prasyarat itu sebagian besar akan mengarah pada upaya efisiensi biaya. Dalam keadaan itu dokter harus memilih melaksanakan prasyarat yang ditentukan lembaga asuransi dan pembayar pihak ketiga, atau menolak pasien yang dikirim lembaga itu.

Saat ini lembaga asuransi kesehatan, khususnya PT. ASKES, hanya melaksanakan review terhadap pelayanan dokter di rumah sakit dan pemanfaatan obat DPHO, tetapi belum berani menentukan nama-nama dokter yang direkomendasi untuk melayani pasien askes. Selama ini penunjukkan dokter untuk melayani pasien askes hanya kesediaan untuk menerima jasa medis sesuai standar askes, atau pasien peserta askes

boleh memilih dokter bila bersedia membayar iur biaya sesuai selisih tarif dokter dengan standar askes dan membayar harga obat diluar DPHO. Hal ini oleh peserta diskusi dianggap kurang efisien, seharusnya PT. ASKES menunjuk dokter tertentu yang memenuhi kriteria untuk melayani peserta askes di RS. Pantiwilasa "Citarum", dan memerintahkan dokter PPK I Askes untuk mengirim rujukan pasien lebih banyak pada dokter yang ditunjuk. Dengan demikian terjadi imbal balik bagi dokter yang bisa mengendalikan biaya tanpa mengurangi mutu pelayanan sesuai standard, akan menerima pasien lebih banyak.

*5. Faktor komunikasi antar dokter dan dengan rumah sakit.*

Komunikasi merupakan salahsatu faktor yang dianggap cukup penting untuk mendorong penerimaan dokter terhadap upaya manajemen efisiensi. Dengan saling pengertian antara kepentingan dokter dan kepentingan pihak manajemen rumah sakit, pihak dokter akan mengetahui latar belakang kebijakan yang diambil rumah sakit, antara lain manajemen pengendalian biaya pasien, sehingga dapat mengambil sikap secara rasional. Demikian pula komunikasi antar dokter sebagai suatu "peer group", akan mendorong seorang dokter mengikuti sikap dokter lainnya. Bila komunikasi tidak berjalan lancar dan sosialisasi kebijakan terhambat, akan mengakibatkan dokter-dokter mengambil sikap tanpa didasari informasi yang cukup. Pendekatan personal masih berperan penting di rumah sakit, khususnya di Indonesia.

b. Harapan dokter dalam hubungan antara RS. Pantiwilasa "Citarum" dengan dokter (manajemen dokter) adalah sbb :

1. *Ada perlindungan kerja dan masalah hukum.*

Dokter yang bekerja di rumah sakit baik dokter penuh waktu maupun dokter mitra memerlukan jaminan ketenangan kerja, termasuk di dalamnya adalah perlindungan terhadap tuntutan pasien dan ancaman hukum. Rumah sakit diharapkan memberikan advokasi, mediasi dan pembelaan hingga tuntas bila terjadi masalah hukum. Salahsatu bentuk perlindungan kerja adalah dokter diikutkan asuransi profesi dokter.

2. *Dokter dapat menjalankan profesi sebaik-baiknya.*

Seorang dokter selalu berusaha untuk mengamalkan ilmunya sebaik-baiknya sesuai pengetahuan mutakhir yang diterimanya. Rumah sakit diharapkan dapat memfasilitasi dokter melalui sarana dan prasarana medis mutakhir yang mendukung pengetahuan dokter. Rumah sakit juga diharapkan memfasilitasi dokter untuk mengikuti perkembangan ilmu sesuai minat dan keahliannya dalam berbagai kesempatan baik di dalam dan di luar negeri secara lebih terencana dan teratur.

3. *Ada suatu peraturan atau sistem pelayanan rumah sakit (hospital bylaws).*

Dokter berharap RS. Pantiwilasa "Citarum" mengevaluasi dan membakukan sistem atau aturan pelayanan di rumah sakit dengan melibatkan perwakilan dokter dalam SMF dan sub SMF. Aturan itu meliputi prosedur penanganan penyakit, kewenangan masing-masing dokter, peraturan kepegawaian yang menyangkut dokter (Medical staff bylaws), sistem informasi manajemen pelayanan yang akurat dan praktis. Dengan adanya "Hospital Bylaws", dokter berharap dapat menghindari

perselisihan dan permasalahan antar dokter, dokter dengan pasien, dokter dengan manajemen rumah sakit dan pasien dengan manajemen rumah sakit.

4. *Mendapatkan pasien dari rumah sakit.*

Dokter yang bekerja di rumah sakit berharap agar rumah sakit “membagikan” pasien yang tidak memilih dokter tertentu atau dikirim oleh dokter yang akan merawat, kepada dokter tetap dan mitra secara merata sesuai keahliannya. Rumah sakit tidak boleh hanya meminta dokter mitra untuk mengirimkan pasiennya tanpa memberi pasien, tetapi rumah sakit harus berusaha mencari banyak pasien sesuai dengan kelas pasarnya. Pembagian pasien antara dokter tetap dan dokter mitra harus proporsional, sesuai dengan kesepakatan sebelumnya. Selama ini, untuk dokter mitra yang baru bekerja, rumah sakit tidak berkewajiban untuk memberikan rujukan pasien, melainkan mereka diperbolehkan merawat pasien yang dirujuk sendiri.. Setelah beberapa tahun aktif mengirim pasien, baru akan diberi rujukan pasien. Untuk dokter spesialis tetap, sejak awal akan diberi prioritas rujukan pasien yang masuk lewat poliklinik umum dan instalasi gawat darurat (IGD). Diharapkan tidak semua pasien dari IGD dan poliklinik umum dirujuk kepada dokter spesialis tetap, melainkan juga memberi kesempatan seimbang pada dokter spesialis mitra yang banyak merujuk pasiennya sendiri.

5. *Jasa medis yang baik.*

Dokter bekerja di rumah sakit adalah untuk mencari penghasilan. Jasa medis harus dinilai sesuai dengan situasi yang umum berlaku di suatu area. Jasa medis yang terlalu rendah akan mengurangi motivasi kerja dokter, dan membuat dokter merasa direndahkan nilai profesionalismenya. Namun disadari juga bahwa dokter kadang-

kadang harus melakukan misi kemanusiaan pada kondisi tertentu, dengan mengurangi jasa medis yang menjadi hak dokter. Rumah sakit harus menyesuaikan jasa medis dokter dengan jasa medis di rumah sakit lain yang sekelas.

Saat ini Jasa medis di RS. Pantiwilasa "Citarum" sudah mempertimbangkan kelas rumah sakit, dan tarif jasa medis di rumah sakit se kota Semarang. Tarif ini disesuaikan setiap tahun. Tarif jasa medis disahkan oleh direktur dan pengurus yayasan dan dituliskan dalam suatu buku tarif yang kemudian disosialisasikan kepada dokter, profesi terkait, dan pelanggan.

#### 6. *Rumah sakit memegang etika kerja dan profesi.*

Selain peraturan tertulis yang berlaku (hospital bylaws), etika kerja dan etika profesi khususnya dokter harus dipegang tegung oleh manajemen rumah sakit. Yang dimaksud dengan etika kerja dan etika profesi adalah dalam arti manajemen rumah sakit berani menegur dokter yang melakukan pelanggaran etika, misalnya seorang dokter spesialis tertentu melakukan sesuatu tindakan yang seharusnya dilakukan oleh dokter bidang spesialisasi lain, atau rumah sakit berani menegur dokter yang "merebut" pasien dokter lain. Rumah sakit juga harus berani menindak dokter yang menghina keahlian dokter lain, rumah sakit tidak membiarkan terjadinya malpraktek atau tindakan yang masih menjadi kontroversi di bidang medis, serta berbagai masalah etika lain.

Komite medik RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini membawahi Panitia Etik Rumah Sakit. Sayangnya panitia ini baru melakukan rapat bila terjadi masalah tuntutan hukum terhadap pelayanan dokter untuk menilai pelayanan dokter ditinjau segi etika. Seharusnya panitia ini merancang suatu sistem evaluasi etika pelayanan

dokter, dan benar-benar berupaya menjunjung etika pelayanan serta berani memberikan sanksi terhadap pelanggaran etika.

7. *Pelayanan rumah sakit yang baik.*

Dokter berharap agar sarana pendukung rumah sakit seperti pencegahan infeksi nosokomial, keselamatan dan keamanan kerja, pelayanan administrasi jasa medis dokter, pelayanan rekam medis, pelayanan obat, pelayanan gizi dan pelayanan-pelayanan yang lain dapat berlangsung dengan baik. Hal-hal itu secara langsung dan tidak langsung akan mempengaruhi kerja dokter di rumah sakit. Tanpa pelayanan umum yang baik, dokter tidak bisa bekerja secara optimal, dan dapat mengurangi kredibilitas dokter.

c. Harapan manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" terhadap dokter, khususnya dalam mengelola pasien peserta asuransi kesehatan atau yang dibayar pihak ketiga.

Didapati masukan dari peserta diskusi sbb :

1. *Dokter melayani pasien sesuai kontrak dengan pihak ketiga lembaga asuransi kesehatan.*

Direktur RS. Pantiwilasa "Citarum" berharap agar dokter mau memahami kesepakatan pelayanan dengan pembayar pihak ketiga. Biasanya pembayar pihak ketiga menghendaki pelayanan rumah sakit yang efisien dengan waktu rawat pendek tetapi memuaskan pasien tertanggung. Rumah sakit selalu berusaha menghimbau dokter untuk mengelola pasien sesuai tuntutan itu, namun kenyataannya hanya ada beberapa dokter yang memperhatikan himbauan itu. Ketidaktaatan dokter mungkin disebabkan oleh keinginan menerapkan pengetahuannya secara ideal, atau karena

beberapa kepentingan pribadi. Direktur menambahkan bahwa jumlah peserta asuransi setiap tahun bertambah banyak, sebagai contoh di salahsatu rumah sakit swasta di Jakarta, jumlah pasien yang dibayar asuransi sudah hampir sama jumlahnya dengan pasien yang membayar sendiri. Rumah sakit yang tidak memenuhi kesepakatan, akan ditinggalkan oleh lembaga asuransi kesehatan, dan mereka akan mengalami hambatan dalam pengembangan pelayanannya. Dokter berperan besar dalam mendukung kesepakatan rumah sakit dengan pihak asuransi. RS. Pantiwilasa "Citarum" dalam kebijakan pemasaran akan terus menekankan kerjasama dengan lembaga asuransi kesehatan, untuk itu semua dokter dan profesi lain yang bekerja di dalamnya harus rela untuk mengendalikan biaya pasien, dengan jaminan kepastian pembayaran dan peningkatan jumlah pasien.

2. *Dokter melayani pasien sesuai prosedur standar yang disepakati.*

Ketua Komite Medik dan kepala SMF Bedah menggaris bawahi perlunya prosedur medis pengelolaan pasien dipahami dan dilaksanakan oleh seluruh anggota staf medis fungsional. Tanpa ada niatan untuk melaksanakan prosedur, maka mekanisme apapun yang digunakan untuk menegakkan standarisasi pelayanan di RS. Pantiwilasa "Citarum" tidak akan ada gunanya. Namun demikian harus diakui bahwa ini bukan sesuatu yang mudah dilaksanakan, karena untuk membuat prosedur secara bersama-sama merupakan suatu hal yang sangat sulit dilaksanakan mengingat kesibukan para dokter. Selama ini pembuatan prosedur medis dilakukan oleh suatu tim, dengan mengadopsi dari beberapa prosedur yang dipakai di beberapa sentra pendidikan dokter. Dengan cara ini ada banyak dokter yang kurang memahami isi prosedur, dan mereka kurang waktu untuk mempelajarinya. Dengan segala kesulitan

itu, manajemen rumah sakit dan komite medik berharap dokter lebih serius dalam mempelajari dan melaksanakan prosedur itu, agar standar mutu pelayanan medis rumah sakit lebih terjaga. Ketua Komite Medik menambahkan, bahwa disinyalir masih banyak terjadi penggunaan jenis-jenis obat yang sebenarnya kurang diperlukan dan tidak ada dalam prosedur, sehingga menambah biaya. Hal itu perlu disadari dan diharapkan ditekan seminimal mungkin melalui pemantauan ketua SMF.

3. *Dokter mengikuti formularium rumah sakit.*

Ketua Komite Farmasi dan Therapi rumah sakit menekankan perlunya mengajak dokter untuk mengikuti formularium obat yang sudah ditetapkan oleh RS. Pantiwilasa "Citarum". Formularium bertujuan untuk mengefisienkan pelayanan farmasi, serta pengendalian stok obat dengan jenis yang sama. Karena formularium sudah disusun dan dianalisis berdasarkan obat yang banyak dipakai dan yang paling efisien, maka diharapkan dokter tidak terlalu sering merubah pola penulisan resep, sehingga banyak merek obat di luar formularium yang ditulis yang mengakibatkan inefisiensi.

4. *Dokter terlibat dalam penyusunan dan mentaati "Hospital Bylaws".*

"Hospital Bylaws", atau tata aturan yang dibuat dan diberlakukan oleh rumah sakit menjadi salahsatu alat rumah sakit untuk mengendalikan pelayanan dan memberikan perlindungan hukum terhadap pelayanan dan kerjanya. Salahsatu aspek "Hospital Bylaws" adalah "Medical Staff Bylaws", yang mengatur hak, wewenang dan tanggung jawab dokter. "Medical staf bylaws bisa bersifat umum dan individual sesuai kemampuan dokter. "Medical staff Bylaws" dan lebih luas lagi "Hospital Bylaws" memberikan rambu-rambu dalam hal apa yang bisa dilakukan boleh dan harus dilakukan oleh seorang dokter dalam situasi tertentu. Pembuatan "Hospital

Bylaws”, khususnya yang menyangkut pekerjaan dokter harus dibuat secara bersama dan hasilnya mengikat. Dokter tetap dan dokter mitra diharapkan terlibat aktif dalam pembuatan “Hospital Bylaws”, dan hasilnya ditaati, agar pelayanan berjalan baik, lancar dan aman dari gugatan hukum.

5. *Dokter disiplin dalam melayani (dokter mentaati jadwal pelayanan).*

Banyak keluhan pasien yang diterima rumah sakit, akibat dokter tidak disiplin dalam hal jam praktek. Waktu tunggu merupakan hal yang sensitif bagi pasien, khususnya bagi kelompok yang mempunyai banyak kesibukan. Akibat ketidakdisiplinan dokter, petugas rumah sakit dan manajemen rumah sakit yang menerima akibatnya. Bila dokter dapat lebih disiplin, diharapkan menimbulkan kesan baik bagi pasien, yang pada akhirnya diharapkan dapat meningkatkan kunjungan.

d. Pilihan standar prosedur medis yang akan dipakai di RS. Pantiwilasa “Citarum”.

Seluruh peserta diskusi sepakat, bahwa RS. Pantiwilasa “Citarum” harus meninjau secara berkala prosedur standar medis yang ada, dan harus mampu menyusun prosedur medis yang benar-benar sesuai dengan kondisi RS. Pantiwilasa “Citarum”, dibuat oleh suatu panitia khusus di bawah komite medik dan disahkan oleh direktur. Saat ini prosedur medis yang ada dirasakan belum sepenuhnya sesuai dengan kondisi peralatan medis serta kemampuan dokter. Selain itu prosedur medis yang ada belum mencantumkan perkembangan mutakhir dalam pengelolaan suatu penyakit. Sebagai bahan pembuatan prosedur medis, dapat diperoleh dari berbagai sumber seperti prosedur medis yang dikeluarkan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Ikatan profesi dokter spesialis, Fakultas Kedokteran dan konsensus ikatan dokter

spesialis tertentu serta penelitian ilmiah. Hal-hal yang perlu diperhatikan adalah proses prosedur medis yang akan diadaptasi itu sudah memenuhi kaidah-kaidah keilmuan dan penelitian serta sesuai dengan kondisi RS. Pantiwilasa "Citarum" baik dalam hal sarana prasarana maupun kemampuan teknis dokter. Sebaliknya dokter harus berusaha menyesuaikan kemampuannya dengan prosedur medis yang ideal dan mutakhir.

e. Cara penghitungan jasa medis yang berorientasi pada pasien peserta asuransi kesehatan yang dapat diterima dokter.

Pada diskusi terjadi kesepahaman diantara seluruh peserta diskusi, yaitu cara penghitungannya tetap menggunakan "fee for service" berdasarkan tindakan yang dilakukan dokter dan jumlah kunjungan dokter. Sebagian peserta menyadari bahwa cara penghitungan jasa medis untuk pasien peserta asuransi yang paling ideal adalah berdasarkan diagnosa penyakit, tanpa memperhitungkan kesulitan dan lama dokter merawat karena memudahkan pihak asuransi untuk menghitung resiko. Para dokter lebih menyukai "fee for service", karena cara itu dianggap sesuai dengan upaya yang dilakukan dokter dalam mengelola seorang pasien. Sistem kapitasi dan paket dianggap belum umum dilakukan di Indonesia untuk dokter spesialis, karena dokter belum yakin dengan perhitungan aktuarial untuk sistem kapitasi dan paket, sehingga dikhawatirkan upaya yang dikeluarkan tidak sesuai dengan hasil kapitasi yang didapat. Di Indonesia juga belum lazim pembatasan pasien harian, sehingga dokter spesialis bisa menolak melayani pasien peserta asuransi, bila sudah cukup banyak yang dilayani hari itu.

Sebagian peserta diskusi setuju bila ada perbedaan tarif untuk peserta asuransi sedikit lebih rendah dari pasien umum, tetapi harus ada jaminan jumlah pasien yang dikonsulkan lebih banyak. Di masa mendatang, bila tekanan pihak asuransi lebih besar, dan ada acuan baku untuk penghitungan biaya pasien menggunakan sistem “Diagnose Related Group” (DRG) serta sudah banyak rumah sakit yang menerapkan sistem itu, maka seluruh peserta diskusi menyatakan bisa menerima cara itu. Untuk merealisasikan sistem DRG, beberapa peserta diskusi menyatakan bahwa manajemen rumah sakit harus bisa mengendalikan dokter yang merawat pasien, baik dalam hal prosedur penanganan, waktu rawat, pemilihan obat serta pemeriksaan penunjang. Selain itu, kriteria inklusi dan eksklusi suatu kategori diagnosa harus jelas. Selama manajemen rumah sakit belum dapat mengendalikan pelayanan dokter dan profesi lain yang terlibat di dalamnya, sistem DRG akan menyebabkan kerugian rumah sakit.

- f. Model manajemen dokter yang dapat mendorong efisiensi biaya pasien yang dapat diterima dan dilaksanakan di RS. Pantiwilasa “Citarum”.

Menurut pendapat peserta diskusi, model yang harus diupayakan adalah sbb :

1. *RS. Pantiwilasa “Citarum harus membuat dan melaksanakan “Hospital Bylaws”.*

“Hospital Bylaws” akan menjadi dasar bagi semua kebijakan dan keputusan yang diambil oleh manajemen rumah sakit, khususnya yang menyangkut dokter. Ketua SMF non medis menekankan perlunya meminta masukan dari dokter dan komite medis untuk “Hospital Bylaws” yang menyangkut dokter. Lebih baik lagi bila semua dokter dilibatkan dalam pembuatannya, sehingga mereka merasa memiliki dan mau mentaati produk aturan yang dibuatnya sendiri.

2. *RS. Pantiwilasa "Citarum" harus berani membatasi jumlah dokter.*

Makin banyak dokter dengan keahlian atau spesialisasi yang sama dalam rumah sakit, akan rawan menimbulkan konflik antar dokter menyangkut rujukan pasien, dan menyulitkan rumah sakit untuk menegakkan aturan. Seharusnya rumah sakit berani hanya memilih dokter yang mau mengikuti aturan rumah sakit, dan menghentikan kerjasama dengan dokter yang bekerja menurut kehendak dan kepentingan sendiri.

3. *Kewenangan dokter dibatasi sesuai keahlian.*

Ketua SMF bedah menyatakan bahwa RS. Pantiwilasa "Citarum" harus dapat menentukan batas kewenangan tindakan seorang dokter sesuai kemampuan formal dan keahliannya. Bila terjadi seorang dokter melakukan tindakan di luar kewenangannya, dan kemudian terjadi masalah, dapat membawa rumah sakit ke dalam masalah hukum. Agar aman dari ancaman hukum, RS. Pantiwilasa "Citarum" harus memasukkan aturan itu dalam "Hospital Bylaws".

4. *Dokter harus ada di tempat pada waktu jam praktek dan disiplin dalam waktu "visite" pasien rawat inap.*

Menurut pendapat sebagian besar peserta diskusi, status seorang dokter sebagai dokter tetap atau dokter mitra bukanlah suatu masalah dalam hal pelayanan medis rumah sakit, asalkan dia dapat berdisiplin, khususnya dalam waktu praktek dan mengikuti prosedur medis. Pasien akan kecewa, bila keinginannya untuk bertemu dokter tidak dapat terpenuhi karena dokter tidak mentaati ketentuan waktu yang sudah ditentukan. Efisiensi bagi pasien bukan hanya dinilai dengan uang, tetapi juga harus dinilai dengan waktu, baik itu waktu rawat maupun waktu tunggu dokter. Pasien berharap segera ditangani dokter bila diperlukan tanpa harus menunggu lama.

Bila untuk periksa pasien harus mengeluarkan beberapa kali biaya transport atau banyak waktu yang hilang untuk menunggu, maka pasien akan beranggapan pelayanan rumah sakit tidak efisien. Rumah sakit juga harus berusaha agar pada waktu jam puncak pelayanan, harus ada dokter umum dan spesialis yang siap melayani.

5. *Manajemen rumah sakit harus melakukan upaya pemasaran agar bisa memberikan pasien lebih banyak bagi dokter.*

Dokter mengharapkan agar mendapat banyak pasien, karena hal itu berhubungan langsung dengan penghasilan yang diterimanya. Dokter bersedia menerima jasa medis lebih rendah dari peserta asuransi kesehatan atau pasien yang dibayar pihak ketiga sepanjang ada jaminan akan mendapat jumlah pasien lebih. Pihak manajemen rumah sakit seharusnya meningkatkan hubungan dan melakukan upaya-upaya pemasaran pada pembayar pihak ketiga dan peserta asuransi kesehatan, agar mendapat kesan baik dari mereka dan pada gilirannya akan meningkatkan kunjungan pasien.

6. *Pemberdayaan komite medik.*

Komite medik memegang peran strategis dalam manajemen dokter di rumah sakit. Komite medik merupakan penghubung antara direktur dengan kelompok medis, dan sekaligus merupakan representasi kelompok dokter dalam manajemen. Bila kebijakan komite medik tidak dapat diterima dan dijadikan acuan oleh kelompok medis, maka manajemen rumah sakit akan kehilangan kendali pada dokter yang bekerja di dalamnya, sehingga semua kebijakan yang mengarah efisiensi biaya pengelolaan pasien tidak dapat dilaksanakan, dan dokter bekerja sesuai keinginan

masing-masing. Bila kebijakan komite medik dapat diterima, dan kebijakan itu dibuat dengan memperhatikan masukan dari kelompok dokter yang disesuaikan dengan kepentingan rumah sakit, diharapkan upaya rumah sakit untuk efisiensi biaya pasien dapat tercapai.

## BAB V

### PEMBAHASAN

#### 5.1 Keterbatasan Penelitian.

Penelitian ini hanya meneliti penerimaan dokter terhadap beberapa hal yang berhubungan dengan upaya manajemen untuk pengendalian biaya di era asuransi kesehatan, serta penerimaan dokter terhadap manajemen yang berhubungan dengan dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum", Semarang. Penerimaan dokter merupakan suatu jawaban verbal terhadap pertanyaan yang dilakukan dalam wawancara terstruktur. Pertanyaan yang diajukan merupakan pertanyaan kondisional dengan gambaran di masa depan saat peranan dan tekanan lembaga asuransi kesehatan serta pembayar pihak ketiga dalam pelayanan kesehatan masyarakat, khususnya di rumah sakit sudah kuat. Kondisi ini belum terjadi secara riil di Indonesia, khususnya di RS. Pantiwilasa "Citarum", walaupun sudah ada tanda-tanda ke arah sana.

Jawaban responden, sangat dipengaruhi oleh persepsi dan gambaran terhadap situasi masa depan yang digambarkan tsb, dan dokter menentukan sikap terhadap upaya yang akan dilakukan manajemen rumah sakit saat berada dalam era asuransi kesehatan. Penerimaan responden terhadap upaya-upaya tsb, bukanlah merupakan jaminan perilaku responden, bila situasi itu benar-benar dihadapi, karena persepsi atau pengetahuan (knowledge), sikap (attitude) bisa berbeda dengan perilaku (behaviour).

Dalam penelitian ini, yang menjadi responden adalah dokter tetap dan dokter mitra RS. Pantiwilasa "Citarum" yang bersedia untuk diwawancara, sehingga ada

kemungkinan beberapa dokter yang tidak kooperatif dan mempunyai pendapat ekstrem yang tercermin dari ketidaksediaan untuk diwawancarai, dapat terlewatkan.

Jumlah responden yang terbatas baik dalam jumlah dan lingkungan penelitian hanya di RS. Pantiwilasa "Citarum", dengan jawaban responden yang hampir homogen, menjadikan hasil penelitian ini tidak dapat digeneralisasikan menjadi suatu bahan pengambilan kebijakan yang menyangkut manajemen dokter dan model manajemen dokter di semua rumah sakit di Indonesia.

## **5.2. Karakteristik Responden.**

Karakteristik dokter yang menjadi responden penelitian adalah sebagian besar beragama Islam (64 %) , beragama Kristen 26 %, dan Katholik 10 %. Mereka rata-rata bekerja sebagai dokter 14,5 tahun. Sebagian besar responden sudah cukup lama melayani di RS. Pantiwilasa "Citarum", dengan rentang 2 hingga 27 tahun. Dokter responden melayani 1 hingga 6 rumah sakit, dengan rata-rata 3 rumah sakit, sesuai kebijakan Dinas Kesehatan Jawa Tengah yang menyatakan dokter spesialis hanya diperbolehkan praktek di 3 tempat, kecuali bidang spesialisasi yang jumlah dokternya sedikit.

Dikaji dari karakteristik dokter responden , terutama perbandingan lama menjadi dokter dengan lama bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum", dapat diduga bahwa sebagian besar dokter sudah bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" sejak dia menjadi dokter. Hal ini menunjukkan adanya suatu ikatan yang kuat antara RS. Pantiwilasa "Citarum" dengan dokter-dokter yang masih mau melayani di RS. Pantiwilasa "Citarum" hingga saat ini. Sebagian besar dokter, khususnya dokter mitra juga bekerja di rumah sakit lain. Hal ini menunjukkan bahwa diperkirakan mereka dapat menerima perbedaan kebijakan dan gaya manajemen antar rumah sakit, yang dibuktikan dengan kesediaan mereka untuk tetap

melayani di RS. Pantiwilasa "Citarum" dari dulu hingga sekarang, walaupun masih melayani di rumah sakit lain. Kemungkinan lain adalah selama dokter merasa masih dapat mentoleransi idealismenya dan penghasilan yang didapat masih dianggap memadai, dokter akan bertahan dalam suatu rumah sakit.

Karakteristik RS. Pantiwilasa "Citarum" sebagai rumah sakit kristen yang bersifat sosial dengan segmen pasien kelas menengah dan bawah, mungkin mempengaruhi persepsi dokter tentang pengendalian dan efisiensi biaya pasien. Dokter yang melayani pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum" secara sadar sudah memahami segmen pasien yang dilayani rumah sakit ini, dan secara empiris bila mereka tetap melayani, berarti mereka bisa menerima dan melaksanakan misi pelayanan RS. Pantiwilasa, walaupun mereka sebagian besar tidak beragama kristen.

### 5.3. Penerimaan Responden Terhadap Variabel Penelitian.

Jawaban responden terhadap variabel-variabel penelitian dapat diresumekan sebagai berikut :

Tabel 5.1  
Resume Jawaban Responden Terhadap Variabel Penelitian

VARIABEL PENELITIAN	TIDAK BISA MENERIMA	BISA MENERIMA	SANGAT MENERIMA	JUMLAH
Keharusan mengikuti prosedur	5 (10 %)	35 (70 %)	10 (20 %)	50 (100 %)
Keharusan mengikuti formularium	4 (8%)	35 (70 %)	11 (22 %)	50 (100 %)
Keharusan memperpendek rawat inap	3 (6%)	26 (52 %)	21 (42 %)	50 (100 %)
Jasa medis relatif lebih rendah	17 (34 %)	30 (60 %)	3 (6 %)	50 (100 %)
Pemberdayaan komite medik	3 (6 %)	33 (66 %)	14 (28 %)	50 (100 %)
Kelengkapan alat medis	3 (6 %)	43 (86 %)	4 (8 %)	50 (100 %)
Kebijakan dokter secara umum	2 (4 %)	44 (88 %)	4 (8 %)	50 (100 %)
Kewajiban mendukung efisiensi	3 (6 %)	47 (94 %)	-	50 (100 %)

Sumber : Data terolah, September 2001

Dari lima puluh jawaban responden terhadap pernyataan variabel independen, ditemukan yang menjawab “tidak bisa menerima” rata-rata 5,29 orang (10,58 %), “bisa menerima” rata-rata 35,14 orang (70,28 %) dan jawaban “sangat menerima” rata-rata 9,57 orang (19,14 %) . Dari hal ini bisa diamati, bahwa jawaban yang dominan adalah jawaban responden “bisa menerima” pernyataan variabel penelitian independen, atau secara umum responden menyatakan mau menerima pernyataan sesuai variabel penelitian independen walaupun tidak dengan sepenuh hati. Jawaban responden yang menerima pernyataan dengan sepenuh hati (sangat menerima) relatif lebih banyak dibanding jawaban “tidak bisa menerima”, kecuali pada variabel yang menyatakan “apakah dokter bisa menerima jasa medis lebih rendah untuk pasien peserta asuransi”.

Ada 23 responden yang membuat pernyataan “tidak bisa menerima” pada 1 hingga 6 variabel. Responden yang menjawab “tidak bisa menerima” pada 1 variabel sebanyak 12 responden; 2 variabel sebanyak 8 responden; 3 variabel 1 responden; 4 variabel 1 responden dan 6 variabel 1 responden. Karakteristik responden yang menjawab “tidak bisa menerima” adalah 18 responden beragama Islam, 4 Kristen dan 1 Katolik. Rata-rata bekerja dengan keahlian sekarang 14,35 tahun, dan rata-rata sudah bekerja di RS. Pantiwilasa “Citarum” selama 9,6 tahun.

Secara deskriptif, hal itu menunjukkan kecenderungan dokter yang sudah bekerja dalam suatu rumah sakit, walaupun sebagai dokter mitra, dapat menerima atau mengikuti fasilitas dan kebijakan yang akan ditetapkan oleh manajemen rumah sakit, walaupun kebijakan itu sedikit mengurangi kebebasan dokter dalam mengelola pasien, dan mengurangi jasa profesional dokter.

Bila dibandingkan distribusi jawaban responden untuk masing-masing variabel penelitian, ternyata hal yang paling tidak bisa diterima responden adalah jasa medis yang relatif lebih rendah (34 %) dan keharusan mengikuti prosedur (10 %). Hal itu mengindikasikan bahwa masalah jasa menjadi salah satu hal utama yang menjadi pertimbangan dokter spesialis, selain kebebasan menjalankan profesinya. Hal itu diperkuat dengan responden yang menjawab sangat menerima untuk perhitungan jasa medis relatif lebih rendah hanya 6 %.

Hal-lain yang perlu diperhatikan adalah responden yang sangat menerima kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum" dan kebijakan yang menyangkut dokter secara umum hanya 8 %. Hal ini harus menjadi perhatian manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" untuk melengkapi peralatan medis yang ada, dan meninjau kembali kebijakan masalah dokter yang ada.

Dalam penelitian ini, belum dapat diketahui secara pasti apa yang menyebabkan kecenderungan jawaban responden pada kelompok "bisa menerima". Beberapa hal yang mungkin menjadi penyebab adalah :

1. Terjadi bias dalam sampel penelitian, karena sebagian dokter mitra yang mungkin merasa mempunyai masalah dengan manajemen rumah sakit, tidak mau diwawancara untuk penelitian ini.
2. Responden cenderung menjawab yang dianggap "aman" bagi kelangsungan hubungan dokter dengan manajemen, walaupun sudah diberi penjelasan bahwa penelitian ini tidak bersangkutan dengan pengambilan kebijakan rumah sakit.

Responden yang sudah bekerja di suatu rumah sakit, merasa harus mengikuti kebijakan manajemen rumah sakit, walaupun ada bagian yang tidak disetujui, atau ada toleransi terhadap kebijakan manajemen rumah sakit.

3. Penelitian ini merupakan penelitian tentang penerimaan dokter terhadap upaya yang bisa dilakukan manajemen rumah sakit, untuk mengantisipasi situasi dimana terjadi tekanan pihak asuransi dan pembayar pihak ketiga pada manajemen rumah sakit untuk efisiensi biaya pasien. Situasi ini belum sepenuhnya terjadi di Indonesia, khususnya di RS. Pantiwilasa "Citarum", sehingga ada kemungkinan responden menjawab tanpa memahami secara penuh situasi yang akan terjadi, walaupun hal ini sudah diminimalisir dengan memberikan gambaran latar belakang penelitian sebelum wawancara.
4. Responden memahami bahwa wawancara dilakukan dalam konteks efisiensi biaya pengelolaan pasien asuransi dan pembayar pihak ketiga, sehingga responden mau menurunkan standar profesional, atau idealismenya dengan menerima kebijakan manajemen rumah sakit, dan sebagai kompensasinya responden berharap memperoleh rujukan pasien lebih banyak dari asuransi kesehatan atau pembayar pihak ketiga.
5. Teknik pengembangan kuesioner masih dirasakan belum sempurna, sehingga belum dapat mengidentifikasi situasi dan kondisi responden secara akurat.

#### **5.3.1. Penerimaan Responden Terhadap Keharusan Mematuhi Prosedur Standar Pengelolaan Pasien.**

Pada variabel penelitian pertama tentang penerimaan dokter terhadap keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien peserta asuransi kesehatan, hanya 10 %

responden yang tidak bisa menerima, sedang sisanya bisa dan sangat menerima. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden sudah memahami pentingnya suatu prosedur standar yang disepakati bersama untuk pengendalian biaya, dan yang lebih penting lagi, mereka mau mentaati prosedur itu. Walaupun demikian, masih diperlukan penelitian lanjutan, apakah kesediaan responden hanya sebatas pernyataan, atau juga konsisten dalam pelaksanaan. Tidak semua prosedur standar sesuai dengan apa yang dikehendaki dokter, apalagi dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa mempunyai latar belakang pendidikan spesialis dari beberapa Fakultas Kedokteran, dan mereka bertugas di beberapa rumah sakit yang mungkin mempunyai kebijakan pemberlakuan prosedur pengelolaan pasien yang berbeda-beda.

Menurut Krouse (1977) dan Brody (1992), dokter mempunyai otoritas yang berasal dari tiga elemen, yaitu "kuasa" Aesculapian, yang merupakan "kuasa" dokter untuk menerapkan ilmu kedokteran yang dipelajari dan diyakininya secara mutlak; "kuasa" karismatik, yaitu "kuasa" dokter untuk menerapkan ilmunya karena kualitas dan pengalaman yang diakui; serta "kuasa" sosial, yang merupakan "kuasa" dokter untuk menerapkan pengetahuannya karena dianggap sebagai tokoh yang dapat dipercaya oleh pasiennya. Dengan penerimaan dokter untuk mengikuti prosedur pengelolaan pasien sesuai yang ditetapkan rumah sakit, berarti dokter "mengorbankan" sebagian "kuasa" yang dimilikinya demi standarisasi rumah sakit.

Dalam diskusi kelompok terfokus yang dilakukan kemudian, terungkap bahwa dokter mengharapkan prosedur pengelolaan pasien yang diterapkan rumah sakit disusun dan disepakati bersama dengan menggunakan berbagai sumber yang berasal dari prosedur yang dibuat oleh Fakultas-fakultas Kedokteran, Ikatan profesi dan berbagai

sumber lain. Mengingat keterbatasan fasilitas, kemampuan dan sumber daya rumah sakit, tidak selalu semua prosedur terbaru dapat diterima, dan dokter dapat memahami hal itu.

Prosedur pelayanan medis standar yang saat ini diberlakukan di RS. Pantiwilasa "Citarum" terakhir direvisi oleh komite medik pada tahun 2000, menjelang akreditasi rumah sakit. Revisi dilakukan oleh beberapa dokter yang ditunjuk oleh komite medik. Sebagai dasar revisi adalah Buku Prosedur Pelayanan Medis Standar RS. Pantiwilasa "Citarum" tahun 1997, disesuaikan dengan buku Standar pelayanan Medis IDI, dan buku ajar Penyakit Dalam, Ilmu Kesehatan Anak, Ilmu Bedah dan Kebidanan & Kandungan FK Undip. Saat ini baru berhasil disusun buku Prosedur Pelayanan Medis Standar untuk bidang penyakit dalam, penyakit anak, penyakit bedah dan kebidanan & kandungan.

Hingga saat ini belum pernah diadakan sosialisasi prosedur secara khusus dan evaluasi sejauh mana kepatuhan dokter dalam mengelola pasiennya sesuai buku prosedur standar itu. Untuk melakukan revisi dengan benar, sehingga dapat diterima dan diterapkan diperlukan waktu yang cukup banyak dengan membentuk suatu panitia khusus yang melibatkan SMF dan sub SMF. Kegiatan yang dilakukan mulai dari mengumpulkan materi, evaluasi prosedur lama, penulisan, sosialisasi hingga evaluasi pelaksanaan.

### **5.3.2. Penerimaan Responden Terhadap Keharusan Menggunakan Obat Sesuai Formularium.**

Pada variabel tentang penerimaan dokter untuk mengikuti formularium standar rumah sakit dan DPHO bagi pasien ASKES, sebagian besar dokter menyatakan dapat menerima (70 %), bahkan 22 % menyatakan sangat menerima.

Bila dokter mau mengikuti formularium, akan memudahkan pengelolaan obat di instalasi farmasi rumah sakit. Jenis obat yang disediakan dapat dibatasi, sehingga akan mengendalikan biaya pengelolaan pasien dari segi obat.

Chiefari ,(2001) dalam penelitian di Amerika tentang pebedaan biaya pengobatan sebelum dan sesudah digunakannya formularium terbatas, menemukan bahwa terjadi penurunan biaya rata-rata sebesar 25 % bila digunakan formularium terbatas. Ada penelitian lain yang dilakukan oleh Reichert dan kawan-kawan (2000) di Amerika. Peneliti menemukan bahwa dari 134 dokter yang memberi respon, ditemukan bahwa 88 % responden menyatakan bahwa harga obat merupakan salah satu faktor penting dalam memilih obat, dan 71 % responden mau memilih obat yang lebih murah walaupun mengorbankan sedikit efikasi (khasiat) obat agar biaya obat dapat terjangkau pasiennya, namun 80 % responden tidak mengetahui perkiraan harga obat yang diresepkannya.

Penelitian ini, tidak sampai meneliti pengetahuan dokter tentang harga atau nilai obat yang diresepkan, tetapi penerimaan dokter untuk menulis resep sesuai formularium, harus diikuti dengan kemauan dokter untuk mempelajari perkiraan harga obat yang diresepkannya, agar pengendalian biaya pengelolaan pasien dari segi obat dapat lebih bermakna. Pada penelitian Reichert (2000) , ternyata dokter di Amerika meresepkan jenis obat lebih sedikit untuk pasien yang membayar sendiri, karena di Amerika pasien peserta asuransi kesehatan tidak ada batasan dalam jumlah jenis obat dalam resep, sepanjang sesuai kontrak asuransi yang diikutinya. Di Indonesia, ada lembaga asuransi kesehatan yang tidak membatasi jumlah dan jenis obat, hanya membatasi pagu biaya pengobatan setahun, misalnya asuransi AIG Lippo, CAR, dsb. PT. Askes membuat kebijakan pembatasan jenis obat sesuai DPHO, tetapi tidak ada batasan jumlah obat yang diberikan.

Di Indonesia terdapat berbagai merek dagang obat dengan kandungan jenis obat yang sama, dan variasi harga yang sangat jauh. Metode promosi obat yang tidak terkendali juga akan banyak mempengaruhi keputusan dokter dalam menulis resep. Untuk itu diperlukan penyusunan formularium secara bijaksana, tanpa meninggalkan masukan dari dokter. Dalam penyusunan formularium ini peran manajemen rumah sakit dan komite medik sangat penting. Manajemen yang bijaksana dan komite medik yang berwibawa dapat menentukan formularium terbatas rumah sakit.

Dari hasil diskusi kelompok terfokus juga terungkap, bahwa manajemen RS. Pantiwilasa "citarum" berharap agar Komite Medik dapat memberdayakan peran Komite Farmasi dan Therapi dalam penyusunan formularium, serta memantau pola peresepan dokter dibanding formularium yang disusun. Hingga saat ini belum pernah dilakukan evaluasi pola peresepan dokter dibanding formularium yang disusun dua tahun sekali.

Formularium disusun berdasar jenis obat yang diusulkan masing-masing dokter dan dipilih satu obat generik, satu obat produksi YAKKUM, obat sesuai DPHO dan dua obat dengan nama dagang terbanyak yang diusulkan untuk masing-masing jenis obat.

### **5.3.3. Penerimaan Responden Terhadap Keharusan Memperpendek Waktu Rawat Inap.**

Pada variabel penelitian tentang penerimaan dokter untuk memperpendek rawat inap, atau memulangkan pasien segera setelah dimungkinkan rawat jalan, 52 % responden bisa menerima, bahkan yang sangat menerima sebanyak 42 % , dan hanya 6 % yang tidak bisa menerima. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" tidak memperlambat kepulangan pasien. Pasien pada umumnya juga menghendaki waktu rawat inap yang pendek. Bagi rumah sakit,

waktu rawat inap yang panjang juga akan merugikan, karena pasien baru akan menghasilkan banyak pendapatan melalui prosedur diagnostik, sedangkan pasien lama hanya menggunakan fasilitas penginapan, obat dan sedikit pemeriksaan penunjang (McKee, 2000). Bagi pembayar pihak ketiga, dengan mempercepat pemulangan pasien akan mengendalikan biaya yang harus mereka tanggung.

#### **5.3.4. Penerimaan Responden Terhadap Perhitungan Jasa Medis Pasien Peserta Askes yang Relatif Lebih Rendah Dibanding Pasien Umum.**

Jawaban responden terhadap pertanyaan variabel penelitian tentang penerimaan dokter pada perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum menunjukkan bahwa sebagian besar responden bisa menerima (60 %) dan sangat menerima (6%), tetapi jumlah responden yang tidak bisa menerima relatif besar (34 %) dibanding jumlah responden yang menjawab “tidak bisa menerima” pada variabel penelitian lainnya. Hasil ini serupa dengan hasil diskusi kelompok dalam bahasan “harapan dokter terhadap manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum”, yang menyatakan salah satu harapan dokter adalah jasa medis yang baik.

Masalah jasa medis merupakan salah satu hal yang cukup peka dalam manajemen dokter dalam suatu rumah sakit. Secara logis dapat dipahami bahwa salah satu motivasi dokter bekerja di suatu rumah sakit adalah mendapat imbalan sesuai kerja dan profesionalisme yang sudah dilakukan. Besaran jasa medis juga merupakan salah satu bukti penghargaan masyarakat pada profesionalisme dokter. Sistem pembayaran jasa medis yang dominan di Indonesia adalah sistem “fee for service” , sedangkan di negara maju lebih banyak menggunakan sistem kapitasi dan gaji (Bhismamurti, 2000). Di Indonesia tidak ada batasan jumlah pasien yang dilayani oleh seorang dokter, yang ada

hanyalah batasan kewenangan dokter berdasarkan kompetensinya, maka di Indonesia kebanyakan dokter berusaha untuk mendapat pasien sebanyak-banyaknya. Dari sudut pemasaran, dikenal strategi “menurunkan harga” untuk mendapat lebih banyak pembeli (Trisnantoro, 1999). Ada kemungkinan responden yang menjawab bisa menerima perhitungan jasa medis lebih rendah dengan harapan menerima pasien lebih banyak dari peserta asuransi atau pasien dari perusahaan. Sedangkan responden yang menjawab tidak bisa menerima, mungkin tidak mau menurunkan ambang penghargaan pada profesionalismenya, atau sudah merasa cukup dengan pasien yang ada.

Dinilai dari jumlah kelompok jawaban responden yang mayoritas bisa menerima penurunan jasa medis, dimungkinkan bagi manajemen rumah sakit untuk melakukan negosiasi harga dengan pembayar pihak ketiga, dengan asumsi akan menambah pasien rumah sakit. Kelompok dokter yang bersedia menerima jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien peserta asuransi harus diidentifikasi, dan dimasukkan dalam dokter yang melayani peserta asuransi. Dokter yang tidak bersedia menurunkan tarif pelayanannya untuk peserta asuransi, sedapat mungkin tidak diikuti sebagai dokter yang melayani peserta asuransi, kecuali pihak pembayar ketiga bersedia menerima dengan standar tarif yang dikehendaki dokter, atau pasien mau iur biaya (cost sharing). Dalam hal sistem pembayaran dokter, dalam kurun waktu yang dekat, tampaknya masih harus menggunakan sistem “fee for service”, karena tekanan pembayar pihak ketiga untuk perubahan sistem pembayaran masih lemah, belum ada acuan untuk menerapkan “Diagnose Related Group (DRG)” dan dokter masih lebih menyukai sistem “fee for service” karena dianggap sesuai dengan upaya yang dilakukan dokter.

Hal ini juga terungkap dalam kelompok diskusi terfokus yang dilakukan dalam penelitian ini, yang membahas tentang cara penghitungan jasa medis. Semua peserta diskusi menyatakan bahwa saat ini sistem “fee for service” yang paling bisa diterima, karena dianggap sepadan dengan upaya yang dilakukan dokter dan lebih menghargai profesionalisme dokter.

#### **5.3.5. Penerimaan Responden Terhadap Pemberdayaan Peran Komite Medik Dalam Pengambilan Keputusan yang Menyangkut Dokter.**

Jawaban responden pada variabel penelitian tentang pemberdayaan peran komite medik dalam pengambilan kebijakan masalah dokter di rumah sakit, menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyatakan bisa menerima (66 %) dan sangat menerima (14 %) ,sedangkan yang tidak bisa menerima hanya 6 %.

Komposisi kelompok jawaban seperti ini menunjukkan bahwa komite medik yang berwibawa dan mampu menjadi jembatan antara dokter dan manajemen rumah sakit serta menjadi fasilitator bagi hubungan antar dokter sudah menjadi suatu harapan besar bagi dokter. Keberadaan komite medik dalam suatu rumah sakit merupakan sesuatu yang sangat penting. Dalam sistem akreditasi rumah sakit di seluruh dunia, keberadaan dan fungsi komite medik di suatu rumah sakit sangat diutamakan (Lumenta, 2001). Komite medik berperan dalam penyusunan prosedur medis, mengatur hak, kewenangan dan tanggung jawab seorang dokter (kredensial dan “medical bylaws”). Komite medik juga berperan dalam menentukan terjadi tidaknya pelanggaran etika profesi dan malpraktek. Selain itu juga berperan dalam mengatur kegiatan dan tarif dokter dalam suatu rumah sakit, serta masih banyak peran yang lain.

Mengingat banyaknya peran komite medik, manajemen rumah sakit harus berusaha mendorong dokter yang bekerja di suatu rumah sakit untuk membuat komite medik dan panitia-panitia di bawahnya yang mampu melaksanakan peran yang diharapkan. Manajemen rumah sakit harus mau memberi kesempatan pada komite medik untuk menyampaikan pendapatnya tentang suatu kebijakan yang akan dikeluarkan, khususnya yang menyangkut dokter, serta memberi kesempatan bagi komite medik untuk melaksanakan perannya. Manajemen rumah sakit yang dapat menjalin kerjasama yang baik dengan komite medik, akan lebih dapat mengendalikan dokter yang bekerja di sana, termasuk dalam mengajak dokter untuk mengendalikan efisiensi biaya pelayanan rumah sakit, serta pengendalian biaya untuk pasien.

#### **5.3.6. Penerimaan Responden Terhadap Kelengkapan Alat Medis di RS. Pantiwilasa "Citarum".**

Pada variabel penelitian tentang penerimaan responden pada terhadap kelengkapan alat medis di RS. Pantiwilasa "Citarum", Sebagian besar responden menyatakan bisa menerima (86 %) dan sangat menerima (8%). Hanya 6 % yang merasa kelengkapan alat di RS. Pantiwilasa "Citarum" sangat kurang.

Sebagai rumah sakit yang melakukan pelayanan primer dan sekunder, alat yang ada dianggap cukup memadai oleh sebagian besar responden. Kemungkinan sebagian besar dokter menganggap bahwa mayoritas kelas masyarakat yang dilayani RS. Pantiwilasa "Citarum" adalah kelas menengah yang kurang memiliki daya beli untuk penggunaan alat canggih bertehnologi mutakhir. Penerimaan tersebut penting, karena ada kecenderungan sebagian dokter untuk mengikuti perkembangan tehnologi kedokteran yang sangat pesat , demi memuaskan rasa profesionalismenya. Dokter akan merasa

kurang puas bekerja dalam rumah sakit yang tidak mendukung idealismenya (Sulastomo, 2000). Dokter yang dikecewakan di suatu rumah sakit cepat atau lambat bisa meninggalkan atau mengabaikan pelayanannya, sehingga mengancam kelancaran pelayanan rumah sakit yang bersangkutan.

Dari jawaban responden ini, manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" masih mempunyai cukup waktu untuk mengembangkan peralatannya untuk disesuaikan dengan kebutuhan kelas masyarakat yang dilayaninya serta kemampuan dan tuntutan dokter yang bekerja di dalamnya.

### **5.3.7. Penerimaan Responden Terhadap Kebijakan Dokter Secara Umum.**

Pada variabel penelitian tentang penerimaan responden terhadap kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum", diperoleh jawaban 88 % responden bisa menerima, 8 % sangat menerima dan hanya 4 % yang tidak bisa menerima. Yang dimaksud dengan kebijakan dokter secara umum adalah kebijakan yang ditetapkan manajemen yang tertuang dalam akta perjanjian kerjasama dokter tetap / mitra dengan rumah sakit ; beban, hak, kewajiban, wewenang dan tanggung jawab dokter ; tarif jasa medis; pembagian pasien; sangsi ; penyelesaian masalah dokter dengan pasien , antar dokter atau dokter dengan rumah sakit, fasilitas ruang praktek, dsb, termasuk himbauan rumah sakit untuk menerapkan standar baku serta pengendalian biaya bagi pasien yang dibayar pihak ketiga sesuai harapan pembayar, tanpa terlalu mengorbankan mutu pelayanan.

Dari jawaban responden, manajemen rumah sakit mempunyai cukup waktu untuk menyempurnakan kebijakan yang menyangkut dokter, walaupun saat ini mungkin ada beberapa kebijakan yang kurang dapat diterima, tetapi secara umum dokter dapat

menerima kebijakan yang sudah dijalankan. Dalam hubungan rumah sakit – dokter , khususnya dokter mitra, kebijakan yang diterapkan harus menguntungkan kedua pihak, karena dokter mitra dapat sewaktu-waktu menyatakan mengundurkan diri dari pelayanan di suatu rumah sakit bila mereka merasa dirugikan. RS. Pantiwilasa “Citarum” sebaiknya selalu mengadakan koordinasi dengan rumah sakit lain dikota Semarang, agar tidak terlalu banyak perbedaan dalam kebijakan secara umum yang akan diterapkan pada dokter.

#### **5.3.8. Penerimaan Responden Terhadap Kewajiban Untuk Mendukung Manajemen Efisiensi Pelayanan Pasien.**

Jawaban responden untuk variabel penerimaan responden terhadap kewajiban untuk mendukung manajemen efisiensi pelayanan pasien rumah sakit, 94 % menyatakan bisa menerima, dan sisanya 6 % menyatakan tidak bisa menerima. Jawaban itu menunjukkan bahwa sebagian besar responden mau melakukan upaya efisiensi dan pengendalian biaya , bila rumah sakit sudah mengeluarkan kebijakan yang jelas. Walaupun saat ini bentuk-bentuk upaya manajemen efisiensi biaya pengelolaan pasien belum jelas, tetapi jawaban responden ini dapat menguatkan manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum” untuk segera menyusun kebijakan yang jelas melalui prosedur yang diharapkan responden, yaitu melalui komite medik. Kebijakan yang akan diterapkan pada waktunya nanti, besar kemungkinannya dapat diterima oleh dokter yang bekerja di sana.

Dari hasil diskusi kelompok terfokus, juga terungkap bahwa sebagian peserta diskusi menaruh perhatian terhadap upaya manajemen efisiensi pelayanan pasien, antara lain harapan agar dokter mau mematuhi kesepakatan dalam kerjasama pelayanan dengan pihak ketiga, dokter melayani pasien sesuai standar pelayanan dan formularium, dokter

mentaati aturan rumah sakit yang tertuang dalam “hospital bylaws”, dokter disiplin dalam melayani agar tidak mengecewakan pasien, harapan agar rumah sakit membatasi kewenangan dokter sesuai keahliannya, agar tindakan yang dilakukan dokter benar-benar efisien, karena dokter betul-betul menguasai kasusnya, pemberdayaan komite medik untuk mengendalikan dokter yang bekerja di rumah sakit, dsb. Dari hasil diskusi yang terungkap itu, secara tidak langsung menunjukkan bahwa dokter peserta diskusi sudah mempunyai paradigma bahwa dengan melakukan efisiensi biaya pengelolaan pasien, pada saatnya nanti akan membuat rumah sakit dapat memenuhi harapan pembayar pihak ketiga, dan dapat mempertahankan bahkan bisa meningkatkan jumlah pasien yang dilayani.

#### 5.4. Hasil Uji Statistik.

##### 5.4.1. Perbedaan Dokter Tetap dan Dokter Mitra.

Hasil jawaban responden dokter tetap dan dokter mitra diuji secara kuantitatif menggunakan metode chi square, dengan derajat bebas 2 dan batas signifikansi 5 %.

Hasil uji chi square itu tercantum pada tabel sbb :

Tabel 5.2  
Resume Uji Chi Square Jawaban Dokter Tetap dan Dokter Mitra

VARIABEL PENELITIAN	CHI SQUARE	NILAI SIGNIFIKANSI $\alpha$
Keharusan mengikuti prosedur	7,285	0,026
Keharusan mengikuti formularium	6,077	0,048
Keharusan memperpendek rawat inap	3,026	0,220
Jasa medis relatif lebih rendah	2,039	0,361
Pemberdayaan komite medik	1,227	0,542
Kelengkapan alat medis	1,325	0,516
Kebijakan dokter secara umum	1,110	0,574
Kewajiban mendukung efisiensi	0,520	0,471

Sumber : Data terolah, September 2001

Dari data di atas, ternyata secara statistik terdapat perbedaan jawaban yang signifikan untuk penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap pernyataan pada variabel penelitian tentang keharusan mengikuti prosedur standar pengelolaan pasien dan keharusan menggunakan obat sesuai formularium. Sedangkan pada variabel penelitian lainnya tidak ada perbedaan jawaban yang signifikan.

Walaupun secara deskriptif, mayoritas dokter bisa menerima seluruh pernyataan pada variabel penelitian, tetapi secara statistik tampaknya dokter tetap lebih dapat menerima keharusan untuk mengikuti prosedur standar pengelolaan pasien dan menggunakan obat sesuai formularium.

Keaadaan ini kemungkinan disebabkan karena selama ini dokter tetap lebih banyak terlibat dalam penyusunan prosedur pengelolaan pasien dan penyusunan formularium, sehingga lebih merasa berkepentingan untuk mentaati apa yang sudah dibuatnya. Selain itu jumlah dokter tetap yang relatif sedikit dengan mayoritas dokter umum dapat menyebabkan perbedaan dalam penerimaan terhadap variabel penelitian dengan dokter mitra yang mayoritas spesialis. Dalam penelitian ini tidak dilakukan uji beda jawaban tentang penerimaan dokter umum dengan dengan dokter spesialis, karena jumlah responden pada kedua kelompok jauh berbeda..

Dalam hal manajemen dokter di rumah sakit, dapat diduga bahwa manajemen akan lebih mudah mengendalikan dokter tetap dalam hal prosedur pengelolaan pasien dan penggunaan obat sesuai formularium, walaupun seperti sudah dibahas di atas, mayoritas dokter mitrapun bisa menerima bila manajemen melakukan upaya-upaya untuk mengefisienkan biaya pengelolaan pasien.

#### 5.4.2. Pengaruh Seluruh Variabel Independen Terhadap Variabel Dependen.

Secara perhitungan statistik kuantitatif, khususnya dengan metode regresi logistik, tidak ada pengaruh yang signifikan variabel-variabel independen terhadap variabel dependen. Dengan kata lain, tidak ada pengaruh yang signifikan untuk penerimaan dokter pada keharusan mengikuti prosedur pengelolaan pasien; penerimaan dokter pada keharusan mengikuti formularium; penerimaan dokter pada keharusan memperpendek pengaruh rawat inap; penerimaan dokter pada cara penghitungan jasa medis relatif lebih rendah pada pasien peserta asuransi; penerimaan dokter pada pemberdayaan komite medis dalam pengambilan kebijakan yang menyangkut dokter; penerimaan pada kelengkapan alat medis; penerimaan pada kebijakan dokter secara umum; terhadap penerimaan dokter pada kewajiban mendukung efisiensi biaya pengelolaan pasien. Dengan demikian tidak dapat disusun suatu model parsimoni untuk faktor penerimaan dokter yang mempengaruhi efisiensi biaya pengelolaan pasien.

Ada beberapa hal yang mungkin menyebabkan tidak didapatinya pengaruh yang signifikan, yaitu :

1. Jawaban responden terlalu homogen. Hal ini sebenarnya dapat dimengerti, karena sebagian besar responden sudah lama bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" sehingga mereka sudah memahami kebijakan yang berlaku. Sebagian besar dokter mungkin merasa bila bekerja di suatu institusi, harus mengikuti kebijakan yang berlaku. Bila tidak dapat menerima kebijakan mungkin mereka memilih berhenti sebagai dokter mitra, atau tidak bergabung.
2. Responden pada penelitian ini dari suatu kelompok yang homogen, yaitu dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum". Bila analisa tentang pengaruh variabel

penelitian independen, terhadap variabel dependen ini dimaksudkan untuk membuat suatu model parsimoni, maka penelitian ini harus diperluas pada sampel yang tidak terbatas pada dokter yang bekerja di satu rumah sakit.

3. Kuesioner yang dipakai untuk mengukur penerimaan responden terhadap upaya manajemen efisiensi biaya, fasilitas dan kebijakan yang menyangkut dokter, ada kemungkinan kurang reliabel karena masing-masing variabel hanya diwakili oleh satu pertanyaan dengan 3 skala jawaban ordinal. Untuk memperkuat eksplorasi data, dilakukan diskusi kelompok terfokus yang membahas hasil awal penelitian dan hal-hal yang berhubungan dengan manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum".

## **5.5. Pra-model Manajemen Dokter yang Mengarah Pada Efisiensi Biaya**

### **Pengelolaan Pasien.**

Model manajemen dokter di suatu rumah sakit akan dipengaruhi oleh beberapa faktor selain faktor dokter, yaitu karakteristik rumah sakit, kinerja finansial rumah sakit, karakteristik pasar (pasien) rumah sakit, daya tawar rumah sakit dengan dokter, serta kebijakan tentang manajemen dokter yang dilaksanakan oleh rumah sakit sekitarnya (Mark & Tami, 1998).

Dari hasil wawancara terstruktur dan kelompok diskusi terfokus yang sudah dilakukan peneliti, dapat diusulkan suatu pra-model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum", yang mengarah pada efisiensi biaya pengelolaan pasien, sebagai antisipasi meningkatnya tuntutan efisiensi biaya oleh pembayar pihak ketiga, sbb :

1. Hubungan yang harmonis antara administrator rumah sakit dengan dokter.

Manajemen rumah sakit harus menjalin hubungan yang harmonis dengan dokter tetap dan dokter mitra yang bekerja di sana. Harus disadari bahwa dalam suatu institusi rumah sakit, dokter merupakan figur sentral, tetapi administrator rumah sakit harus menyadari bahwa kelompok dokter bukanlah suatu kelompok homogen, melainkan merupakan suatu kelompok profesional yang sangat individualistik (Egger, 2000). Karena itu, pendekatan pada dokter harus menggunakan pendekatan individualistik, dalam arti kita selalu mencari apa harapan masing-masing dokter dalam berhubungan dengan rumah sakit, serta berusaha memenuhi harapan itu sepanjang memungkinkan. Dengan demikian diharapkan dapat menjalin hubungan yang harmonis antara administrator dengan dokter.

Dari hasil diskusi terfokus terungkap harapan dokter pada manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" adalah adanya perlindungan kerja dan perlindungan hukum, dokter diberi kesempatan untuk menjalankan profesinya sebaik-baiknya, adanya suatu sistem dan peraturan rumah sakit yang baku (Hospital Bylaws), dokter mendapat pasien dari rumah sakit, dokter mendapat jasa medis yang baik, rumah sakit memegang etika kerja dan profesi, serta pelayanan rumah sakit yang baik.

Pada diskusi tentang faktor-faktor yang perlu diperhatikan manajemen rumah sakit agar dokter mau menerima upaya efisiensi biaya, didapat antara lain pentingnya faktor motivasi dokter, komunikasi antar dokter dan dokter dengan administrator rumah sakit. Administrator RS. Pantiwilasa "Citarum" harus dapat memotivasi dokter untuk melakukan tindakan seperti yang diharapkan manajemen rumah sakit. Cara-cara motivasi yang dapat dilakukan antara lain menjelaskan latar belakang suatu

kebijakan secara terbuka, memberikan insentif dengan jasa medis dan fasilitas kerja yang memadai, dan mencari banyak pasien untuk dokter. Selain itu komunikasi bisa dijalin dengan mengadakan pertemuan dengan pendapat secara rutin, pendekatan personal yang baik, menjadi fasilitator atau penghubung bila terjadi permasalahan antara dokter dengan staf atau karyawan rumah sakit dsb.

Buchmueller (2000) menyatakan, bahwa saat ini kelompok dokter tidak dapat lagi dianggap sebagai “kapten” rumah sakit yang menentukan segala-galanya. Dokter masih menjadi “kapten” untuk beberapa sisi pelayanan rumah sakit, tetapi dokter harus menghargai dan bekerjasama erat dengan berbagai profesi yang ada dalam rumah sakit.

Egger (2000), menyatakan ada empat komponen utama yang mendasari suasana kerja yang baik dalam kerangka hubungan rumah sakit dengan dokter, yaitu (1) kejujuran dan komunikasi terbuka, (2) manajemen yang tidak otoriter, (3) suasana saling percaya dan menguntungkan, dan (4) ada data mengenai kinerja, produktivitas dan mutu layanan klinis. Pendapat Egger ini, dapat diterapkan oleh administrator RS. Pantiwilasa “Citarum” dalam membangun suasana kerja dan hubungan yang baik dengan dokter.

Dalam wawancara terstruktur juga sudah didapati mayoritas dokter di RS. Pantiwilasa “Citarum” sudah dapat menerima fasilitas peralatan medis yang ada, serta dapat menerima kebijakan yang menyangkut dokter secara umum. Hal ini merupakan suatu modal dasar yang berguna dalam membangun hubungan yang harmonis antara administrator dengan dokter.

## 2. Pemberdayaan peran dan fungsi komite medik.

Komite medik merupakan suatu badan non struktural dalam manajemen rumah sakit, yang bertujuan untuk menjamin terselenggaranya pelayanan medik yang baik, profesional, yang selalu mengacu pada kepentingan pasien serta memperhatikan kode etik kedokteran, kode etik rumah sakit dan norma-norma yang berlaku dalam masyarakat. Komite medik merupakan "self governing entity" dengan aturannya sendiri. Komite medik sebagai badan non struktural tidak mempunyai garis komando dengan direktur rumah sakit, tetapi mempunyai hubungan koordinatif, sehingga semua kebijakan yang menyangkut kewenangan profesi dokter, sebaiknya diputuskan bersama antara manajemen dan komite medik. Dokter sebagai tenaga professional, adalah individu yang otonom di dalam menjalankan profesinya, tetapi saat melakukan tugasnya dalam rumah sakit harus mengikuti peraturan yang ditetapkan oleh komite medik dan manajemen rumah sakit (Karnadihardja, 1999).

Struktur organisasi komite medik sebaiknya terdiri dari pengurus harian, kepala staf medis fungsional, dan panitia-panitia. Pengurus harian bisa terdiri dari ketua, wakil ketua, sekretaris, bendahara dan anggota. Pengurus harian dipilih pada rapat yang dihadiri dokter-dokter yang bekerja dalam rumah sakit anggota kelompok Staf medis Fungsional (SMF). Jumlah SMF bisa bervariasi tergantung dokter yang ada dalam rumah sakit, dan pembagian SMF juga sesuai kesepakatan. Panitia-panitia yang ada di bawah komite medik dapat bervariasi sesuai kebutuhan, antara lain panitia rekam medik, panitia audit medik, panitia kredensial, panitia farmasi dan terapi, panitia pencegahan infeksi nosokomial, panitia etik rumah sakit, dan sebagainya (Karnadihardja, 1999).

Dari wawancara tentang penerimaan dokter terhadap pemberdayaan komite medis dalam pengambilan kebijakan yang menyangkut dokter, didapati 94 % responden menyatakan menerima dan sangat menerima bila hal itu dilakukan. Hal yang sama terungkap dalam diskusi terfokus tentang model manajemen dokter yang bisa diterima peserta diskusi. Dalam diskusi topik itu, peserta menyimpulkan bahwa kebijakan manajemen rumah sakit yang menyangkut dokter harus diwujudkan dalam kebijakan yang diambil komite medik. Administrator rumah sakit tidak mungkin melakukan kendali langsung pada dokter yang bekerja di rumah sakitnya, khususnya yang menyangkut teknis medis.

Rumah sakit yang tidak memiliki komite medik yang diakui perannya oleh dokter, atau tidak memiliki komite medik yang berfungsi sebagaimana diharapkan, dapat dipastikan akan mengalami kesulitan dalam melakukan manajemen dokter. Bila setiap dokter boleh berlaku sekehendak masing-masing dalam mengelola pasiennya, dapat dipastikan banyak masalah yang akan dihadapi manajemen rumah sakit, misalnya tuntutan malpraktek, kehilangan efisiensi pelayanan, teguran dari pembayar pihak ketiga dan sebagainya.

Untuk memberdayakan komite medik, yang harus dilaksanakan oleh manajemen rumah sakit adalah mengesahkan secara formal kebijakan tentang peran, hak, wewenang, tanggung jawab serta struktur organisasi komite medik dalam pelaksanaan kegiatan rumah sakit. Hal lain yang harus diperhatikan adalah mencari figur ketua komite medik yang dapat menjembatani antara administrator rumah sakit dengan kelompok staf medis fungsional. Figur ketua komite medik diharapkan dapat diakui keberadaannya sebagai pemimpin oleh kelompok-kelompok staf medis

fungsional, dapat menerima dan menyalurkan pendapat dan mendukung kelompok staf medis fungsional, serta dapat menggerakkan organisasi komite medik (Buchmueller, 2000). Salah satu peran penting komite medik adalah dalam pembuatan "Medical Staff Bylaws" sebagai bagian dari "Hospital Bylaws" yang mengatur secara khusus antara lain mengenai hak, kewenangan, dan tanggung jawab dokter yang bekerja di dalam suatu rumah sakit.

### 3. Menyusun dan melaksanakan "Hospital bylaws".

"Hospital bylaws" adalah seperangkat peraturan atau kaidah yang dibuat oleh rumah sakit dan hanya berlaku di rumah sakit yang bersangkutan (Dahlan, 2002). Kendati dibuat sepihak oleh rumah sakit, namun "Hospital Bylaws" dapat mengikat pihak-pihak lain yang secara sadar mengikatkan diri dengan pihak rumah sakit, baik sebagai konsumen eksternal maupun konsumen internal, sepanjang peraturan itu memenuhi persyaratan. Peraturan internal itu merupakan kerangka untuk melaksanakan kegiatan di seluruh rumah sakit. "Hospital Bylaws" tidak boleh bertentangan dengan undang-undang serta peraturan-peraturan yang ditetapkan pemerintah (Jacobalis, 2001).

Ada beberapa fungsi "Hospital Bylaws" dalam rumah sakit, yaitu (Dahlan, 2002)

1. Mengatur kewenangan dan kewajiban pemilik, direksi, manajer, para profesional dan tenaga kerja lainnya.
2. Mengatur hak dan kewajiban pasien.
3. Mengatur tatalaksana mendapatkan hak dan melaksanakan kewajiban.
4. Mengatur hal-hal yang berkaitan dengan kewajiban rumah sakit terhadap pemerintah, masyarakat serta lembaga penegakkan hukum dll.

Dengan memperhatikan fungsi-fungsi itu, "Hospital Bylaws" akan sangat berguna sebagai : (Jacobalis, 2001; Dahlan, 2002)

1. Pedoman bagi semua yang berkarya di rumah sakit.
2. Sarana untuk menjamin efektivitas, efisiensi dan mutu.
3. Pedoman sekaligus jaminan bagi pasien yang menyerahkan nasibnya pada rumah sakit.
4. Syarat keberhasilan rumah sakit dalam hal akreditasi.
5. Sarana perlindungan hukum bagi semua pihak.
6. Acuan bagi penyelesaian konflik, baik di dalam ataupun di luar pengadilan.
7. Jaminan tentang terciptanya lingkungan yang mantap dan kondusif.
8. Memungkinkan dokter untuk mengambil keputusan klinis dan melakukan tindakan medis sesuai dengan kebijakan dan tujuan rumah sakit.

Di Amerika, rumah sakit umumnya didirikan berdasarkan "three legged stool model", yaitu model institusi dengan tiga pilar penyangga yang terdiri dari "board of trustees" (dewan komisaris, mewakili pemilik), administrator dan komite medis. "Board of trustees" mempunyai tanggung jawab hukum menyangkut kebijakan serta jalannya rumah sakit secara keseluruhan, administrator merupakan komponen rumah sakit yang bertanggung jawab terhadap manajemen keseharian agar fungsi rumah sakit dapat berjalan dengan baik. Komite medis bertanggung jawab terhadap semua bentuk layanan medis di rumah sakit. Seperti dibahas di atas, komite medik merupakan "self governing entity" dengan aturannya sendiri, sehingga di Amerika, "Hospital Bylaws" dibagi menjadi "Corporate Bylaws" dan "Medical Staff Bylaws". (Dahlan, 2002 ; Jacobalis , 2001).

“Medical Staff Bylaws” mencakup hal-hal seperti di bawah ini : (Dahlan, 2002)

1. Peran dan otoritas staf medis, keanggotaan, kategori keanggotaan, proses pemilihan staf medis, garis besar kewenangan klinis, keanggotaan non dokter, prosedur menghadapi dokter yang kinerjanya kurang memenuhi persyaratan atau yang menimbulkan masalah.
2. Deskripsi yang terinci tentang kelompok staf medis fungsional, komite medis, aturan rapat atau pertemuan staff medis, kebijakan tentang kerahasiaan.
3. Peraturan untuk staff medis, antara lain mencakup pemeriksaan pasien, otopsi, “informed consent”, pelayanan kegawatan, kewajiban untuk mengisi rekam medis, dan kebijakan pembedahan.

Dalam diskusi kelompok yang dilakukan dalam penelitian ini, dalam topik harapan dokter terhadap hubungan rumah sakit dengan dokter, didapati bahwa responden mengharap antara lain adanya “Hospital Bylaws”, adanya perlindungan kerja dan hukum, rumah sakit memegang etika kerja dan profesi, serta pelayanan rumah sakit yang baik. Dalam topik harapan rumah sakit terhadap dokter, manajemen rumah sakit mengharapkan dokter melayani pasien sesuai kontrak, prosedur standar yang ditetapkan, menggunakan obat sesuai formularium, mentaati “Hospital Bylaws”, serta disiplin dalam melayani. Pada topik diskusi terakhir tentang model manajemen dokter yang bisa diterima, terungkap kembali beberapa hal antara lain agar manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum” menyusun “Hospital Bylaws”, berani membatasi jumlah dokter dan kewenangan dokter sesuai keahlian, serta mengupayakan kedisiplinan dalam pelayanan. Dari harapan yang disampaikan semua pihak itu, jelas sekali sangat diperlukannya “Hospital Bylaws”, termasuk “Medical

Staff Bylaws” di RS. Pantiwilasa “Citarum”, agar dapat mengupayakan mutu dan efisiensi biaya pelayanan seperti yang diharapkan.

Penyusunan “Medical Staff Bylaws” harus melibatkan komite medik. Untuk itulah diperlukannya komite medik yang dianggap mewakili oleh kelompok-kelompok staff medis fungsional, mampu menjembatani antara administrator rumah sakit dengan staff medis, mampu menyerap aspirasi staff medis yang ada, serta mau bekerja membuat “Medical Staff Bylaws”

#### 4. Jasa medis yang layak.

Jasa medis merupakan “tarif” dari jasa yang diberikan dokter kepada pasien. Jasa medis secara filosofis berbeda dengan “tarif” untuk pelayanan publik yang lain (misalnya tarif ticket kereta api, tarif hotel dsb). Jasa medik yang diberikan seorang pasien kepada dokter adalah jasa profesi atas suatu upaya pelayanan (diagnosa, visite, konsultasi, pemberian resep dan tindakan medis) yang diberikan pada pasien yang bersangkutan (Puruhito, 2000). Besaran jasa medis dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor yang terkait dengan sistem pelayanan kesehatan di suatu negara, antara lain dokter yang bersangkutan, organisasi profesi dokter, organisasi pelayanan kesehatan atau pembayar pihak ketiga, masyarakat pengguna jasa dokter, rumah sakit tempat dokter bekerja, dan sebagainya.

Selain besaran jasa medis, aspek lain yang berhubungan dengan jasa medis adalah cara penghitungan dan pembayaran jasa medis. Di negara maju, dimana peran asuransi dan “managed care” cukup besar, serta sistem “Diagnosis Related Group” (DRG) sudah berjalan baik, sebagian besar dokter menerima jasa medis berdasarkan sistem kapitasi atau gaji tetap (Bhisma, 2000). Di Amerika, dimana “Managed Care

Organization” (MCO) berkembang cukup banyak, organisasi ini bisa mengikat peserta serta pemberi layanan kesehatan dengan berbagai macam regulasi. Walaupun banyak pro – kontra dengan regulasi yang dibuat, tetapi dokter dan rumah sakit harus menerima untuk kerjasama dengan organisasi itu, karena sebagian besar masyarakat atau pasien terdaftar sebagai anggota “Managed Care Organization” (MCO), (De Ville, 1999). Dokter di Indonesia sebagian besar masih menerima jasa medis berdasarkan sistem “fee for service” karena belum ada tekanan yang kuat dari pembayar pihak ketiga.

Dari hasil FGD, juga terungkap bahwa cara pembayaran “fee for service” masih dianggap sebagai sistem pembayaran yang paling dapat diterima bagi dokter yang bekerja di rumah sakit. Sistem ini dianggap paling ideal, karena sesuai dengan upaya yang dilakukan dokter dalam mengelola pasiennya. Namun demikian disadari bila sistem DRG sudah berkembang, cara pembayaran akan bergeser ke arah “case payment”, atau pembayaran berdasarkan paket biaya sesuai kasus penyakitnya . Tentang besaran jasa medis untuk peserta asuransi, sebagian besar responden bisa menerima jasa medis yang relatif lebih rendah untuk pasien peserta asuransi kesehatan . Dalam penelitian ini tidak diteliti berapa persen selisih tarif yang dapat diterima oleh dokter. Walaupun dokter bisa menerima jasa medis yang relatif lebih rendah, tetapi secara umum jasa medis dokter tetap memperhatikan faktor besaran tarif jasa medis yang berlaku di suatu daerah dan faktor-faktor lain seperti segmen pasien rumah sakit, fasilitas rumah sakit dsb. Dalam hal ini, manajemen rumah sakit harus menentukan suatu tarif jasa medis yang dapat diterima oleh dokter dan pembayar pihak ketiga.

Ditinjau dari kendali biaya, sistem pembayaran “fee for service” cenderung untuk meningkatkan biaya pelayanan kesehatan, terlebih bila rumah sakit tidak mempunyai daftar tarif baku yang diberlakukan untuk suatu kurun waktu (Chan dkk, 1998). Dengan adanya daftar tarif baku dan prosedur standar pengelolaan pasien yang mencantumkan perkiraan waktu perawatan pasien untuk jenis penyakit tertentu, akan mempermudah pembayar pihak ketiga dan manajemen rumah sakit untuk menghitung perkiraan biaya pasien dengan kasus tertentu.

Di masa mendatang, bila trend pembayaran dokter dan rumah sakit di Indonesia bisa bergeser ke sistem kapitasi karena meningkatnya persaingan antar dokter serta menguatnya tekanan lembaga asuransi kesehatan pada dokter pemberi layanan peserta asuransi dan rumah sakit, maka sistem kapitasi ini akan mempererat hubungan rumah sakit dan dokter dalam hal manajemen biaya pasien, serta akan mendorong berkembangnya sistem berbagi resiko (“risk sharing”) antara dokter dan rumah sakit (Bazzolli, 2000).

Stearns dkk (1992) meneliti mengenai perubahan sistem pembayaran dari model “fee for service” menjadi kapitasi. Penelitian ini menganalisis dampak dari perubahan menjadi sistem kapitasi pada pelayanan kesehatan primer dan pengurangan jasa dokter spesialis di rumah sakit di Amerika. Hasilnya adalah pengurangan admisi ke rumah sakit, namun ada peningkatan waktu rawat kasus-kasus yang dirawat di rumah sakit. Dari penelitian ini nampak kecenderungan dokter untuk “menyesuaikan” pendapatan dengan beban kerja.

Rice (1997) menyampaikan data bahwa di Amerika, dibandingkan dengan masa “fee for service”, dokter yang digaji bulanan ternyata menurunkan admisi rumah

sakit sebesar 13 %, sedangkan dokter yang dibayar dengan model kapitasi ternyata menurunkan admisi sebesar 8 %. Namun menurut Rice, data ini baru merupakan data awal yang masih memerlukan penelitian lebih lanjut.

5. Administrator rumah sakit harus memilih dokter.

Tidak semua dokter yang bekerja di rumah sakit memenuhi harapan administrator rumah sakit. Semua administrator rumah sakit pasti berharap dokter yang bekerja di sana memenuhi kualifikasi ketrampilan sesuai bidangnya, melayani pasien dengan baik, dapat menerima dan mematuhi kebijakan yang diambil manajemen rumah sakit. Di dalam kenyataannya selalu ditemukan dokter yang tidak memenuhi harapan itu.

Di dalam diskusi kelompok terfokus, dari peserta banyak terungkap bahwa rumah sakit harus menetapkan "hospital bylaws" atau lebih khusus lagi "medical staf bylaws" sebagai pegangan administrator rumah sakit dan dokter yang bekerja di sana. Selain itu diharapkan juga agar administrator rumah sakit dapat membatasi jumlah dokter yang bekerja di suatu rumah sakit, dalam hal ini RS. Pantiwilasa "Citarum", sehingga dokter yang sudah ada tetap mendapat rujukan pasien dalam jumlah yang berarti, yang secara langsung akan berhubungan dengan pendapatan dokter.

Atas dasar ini semua, administrator rumah sakit bersama dengan komite medik harus melakukan evaluasi kinerja dokter, khususnya dokter mitra. Evaluasi kinerja yang dilakukan meliputi kualitas ketrampilan dokter sesuai bidangnya, produktivitas dokter dalam mengirim pasien ke rumah sakit, utilitas pemakaian sarana dan prasarana rumah sakit, hubungan dokter dengan pasien, kepatuhan mengikuti kebijakan rumah sakit, dan hal-hal lain yang dianggap perlu. Administrator rumah sakit harus berani memutuskan ikatan kerjasama dengan dokter, bila dokter yang

bersangkutan sudah tidak memenuhi harapan administrator dan tidak dapat dibina. Hal ini sejalan dengan hasil diskusi yang dilakukan oleh McManis Associates (1999) yang diikuti oleh pimpinan rumah sakit di Amerika (Egger, 2000). Dari diskusi itu terungkap bahwa rumah sakit harus tahu kapan menahan atau melepas dokter, namun sebelumnya harus ada upaya untuk membuat pemahaman bersama tentang harapan masing-masing pihak.

Saat ini manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" belum mempunyai suatu arah yang jelas, dalam arti walaupun ada Komite Medik, tetapi koordinasi dan komunikasi antara manajemen dan dokter sering kali belum optimal. Banyak kebijakan yang ditetapkan langsung oleh manajemen tanpa melalui komite medik. Selanjutnya ada kebijakan yang dibuat oleh manajemen dan komite medik, tetapi tidak dilaksanakan oleh sebagian dokter, mungkin karena informasi yang tidak mengena, atau dokter sengaja melanggar kebijakan. Selama ini belum ada sangsi administratif yang pernah dilakukan manajemen kepada dokter. Kemungkinan lain, karena di RS. Pantiwilasa "Citarum" jumlah dokter mitra jauh lebih banyak dibanding dokter tetap, maka "bargaining power" manajemen terhadap dokter mitra, sangatlah lemah.

Untuk menerapkan pra-model manajemen ini di RS. Pantiwilasa "Citarum" manajemen rumah sakit memerlukan suatu pendekatan yang berfokus pada empat hal, yaitu berfokus pada pasien, dokter, dan pembayar pihak ketiga; berfokus pada sistem dan proses manajemen; berfokus pada keputusan berdasarkan data; serta berfokus pada partisipasi dan tim kerja (Wijono, 1999). Langkah pendekatan untuk menerapkan pra-model manajemen dokter ini dapat menggunakan proses 10 langkah "*quality assurance*"

sebagai suatu siklus agar manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum" selalu dapat mengantisipasi situasi yang terjadi. Langkah proses "*quality assurance*" bukan merupakan pendekatan linear langkah demi langkah, namun dapat pula simultan (Wijono, 1999). Langkah-langkah itu meliputi :

1. Perencanaan.
2. Membuat pedoman dan menyusun standar.
3. Mengkomunikasikan standar dan spesifikasi.
4. Monitoring mutu dan pelaksanaan standar.
5. Identifikasi masalah dan seleksi peluang untuk peningkatan.
6. Mendefinisikan secara operasional permasalahan.
7. Memilih tim pelaksana.
8. Menganalisis penyebab masalah.
9. Membuat solusi dan kegiatan untuk peningkatan.
10. Melaksanakan dan mengevaluasi upaya yang sudah dilakukan.

Bila sepuluh langkah itu dipakai untuk menerapkan upaya-upaya perbaikan manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum", maka langkah-langkah itu dapat disesuaikan mulai dari identifikasi masalah dan dijabarkan sbb :

1. Identifikasi masalah manajemen dokter dan seleksi peluang untuk peningkatan.

Identifikasi permasalahan pada model manajemen dokter yang sudah ada secara obyektif dan terbuka, agar semua masalah benar-benar terungkap dan dicoba untuk mencari sumber permasalahan. Masalah diidentifikasi secara tepat, dan dikaji secara mendalam tentang relevansi permasalahan yang diajukan. Identifikasi dilakukan oleh pihak administrator dengan komite medik termasuk

perwakilan staf medis fungsional (SMF) yang mewakili dokter. Tentukan prioritas masalah dari seluruh masalah yang ada. Pilih masalah yang mempunyai efek lebih besar pada tujuan manajemen dokter.

Dari hasil penelitian ini dan pengamatan peneliti, masalah yang tampak menonjol adalah masih cukup banyaknya dokter yang belum dapat menerima penghitungan jasa medis relatif lebih rendah untuk pasien peserta asuransi kesehatan, dokter mitra relatif lebih susah bila diharuskan mengikuti suatu prosedur standar dan formularium dibanding dokter tetap, peran komite medik yang belum optimal, belum adanya "*hospital bylaws*" di RS. Pantiwilasa "Citarum", serta kinerja dokter yang belum pernah dilakukan evaluasi. Semua masalah yang diidentifikasi itu sebenarnya potensial untuk dilakukan upaya pemecahannya.

2. Mendefinisikan secara operasional permasalahan manajemen dokter.

Menentukan prioritas masalah dari seluruh permasalahan yang diidentifikasi, dan dituangkan dalam suatu uraian masalah dan dampak masalah itu. Penentuan prioritas masalah yang harus dipecahkan tetap berorientasi pada tujuan utama manajemen dokter untuk menghadapi tuntutan pembayar pihak ketiga, yaitu berorientasi pada manajemen efisiensi biaya pelayanan pasien, juga dampak masalah pada hal-hal lain, misalnya pengaruhnya dalam keuangan rumah sakit, pengaruh terhadap proses bisnis internal rumah sakit, pengaruh kepuasan pasien dan pengaruh terhadap proses pengembangan dan pembelajaran. Selain itu manajemen dokter tidak boleh mengabaikan tujuan manajemen dokter yang lain, antara lain menjaga hubungan harmonis antara dokter dengan administrator,

menjaga kualitas pelayanan medis, mengikuti perkembangan ilmu dan teknologi, mencegah terjadinya malpraktek dan kecerobohan dsb, (Buchmueller, 2000).

3. Memilih suatu tim.

Administrator rumah sakit harus membuat suatu tim penyempurnaan pra model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum". Tim ini bisa terdiri dari unsur manajemen, dokter tetap, dokter mitra, wakil SMF dan sebagainya. Tim ini diberi jangka waktu pelaksanaan tugas yang diberikan. Tim ini harus mempunyai visi tentang pelayanan rumah sakit, khususnya pelayanan dokter di era asuransi kesehatan pada tahun-tahun mendatang, serta mempunyai komitmen penuh untuk menyiapkan model manajemen dokter yang bisa mengantisipasi era itu dan dapat diterima semua pihak. Administrator harus melengkapi tim ini dengan sarana dan prasarana yang dibutuhkan untuk melaksanakan tugasnya, dan tim menyusun prosedur kerja tim

4. Menganalisis penyebab masalah.

Tim yang dibentuk segera melakukan analisis prioritas masalah yang sudah diuraikan tadi. Tim harus melakukan klarifikasi permasalahan dengan pihak-pihak yang terlibat, memahami proses di sekitar permasalahan, membuat hipotesa tentang penyebab masalah, serta menguji hipotesa itu untuk mendapat penyebab utama. Dalam penelitian ini, belum dilakukan analisa permasalahan yang diduga terjadi.

5. Membuat solusi masalah dan kegiatan untuk penyempurnaan manajemen dokter.

Untuk memecahkan masalah manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum", diperlukan dasar hubungan antara dokter dengan administrator dan organisasi

rumah sakit yang baik. Haruslah diupayakan untuk membangun suasana kerja dan hubungan yang lebih “mesra” tetapi dilandasi profesionalisme antara dokter dengan administrator. Dalam hal ini peranan ketua komite medik dan anggota komite medik sangat penting. Untuk itu harus dipilih dokter yang disegani, mau menyediakan waktu dan dapat menggerakkan organisasi, serta dapat bekerjasama dengan administrator rumah sakit sebagai ketua dan anggota komite. Dengan demikian komite medik diharapkan dapat diterima oleh anggota SMF yang ada. Dengan hubungan yang baik serta ada pengertian tentang kepentingan semua pihak, diharapkan tidak terjadi kecurigaan yang berlebihan terhadap kebijakan yang dikeluarkan. Upaya membangun suasana kerja dapat dilakukan dengan pertemuan dan diskusi formal atau informal antara administrator dengan dokter. Egger (2000) menyatakan hubungan antara dokter dengan administrator rumah sakit bukan saling memberi informasi, melainkan saling memahami. Rumah sakit juga harus memberikan jasa medis yang layak bagi dokter. Struktur organisasi rumah sakit juga harus dilengkapi dengan uraian tugas dan wewenang, termasuk tugas, hak, wewenang komite medik, dengan demikian diharapkan ada alur kerja yang jelas dengan aturan yang jelas. Dasar-dasar tentang hal ini harus tertulis dalam “hospital bylaws” di bagian “administrative bylaws” dan “medical staff bylaws” RS. Pantiwilasa “Citarum”. Administrator rumah sakit bersama dengan komite medik bertugas merumuskan serta mensosialisasikan pada seluruh anggota SMF. Kebijakan yang menyangkut dokter diambil dengan melibatkan administrator dan komite medik, dengan mendengar pendapat wakil-wakil SMF.

6. Melaksanakan dan mengevaluasi upaya yang sudah dilakukan.

Solusi masalah yang disepakati untuk dilaksanakan haruslah segera ditindaklanjuti dengan membuat "*plan of action (poa)*" dan ditentukan metoda evaluasinya. Secara berkala hal-hal yang sudah dilaksanakan itu harus dilakukan evaluasi guna penyempurnaan.

7. Persiapan.

Diperlukan komitmen administrator rumah sakit dan seluruh dokter untuk mengembangkan suatu model manajemen dokter yang berorientasi pada efisiensi biaya pelayanan. Untuk itu diperlukan persamaan persepsi dan paradigma dalam menyusun model manajemen dokter yang lebih baik. Diperlukan pertemuan khusus untuk menyatukan persepsi antara pihak dokter dan pihak administrator, agar semua mempunyai tujuan dan sasaran akhir yang sama yaitu efisiensi biaya pelayanan pasien tanpa mengurangi mutu pelayanan pada pasien, serta dapat diterima manajemen rumah sakit. Model manajemen dokter yang akan disempurnakan diharapkan dapat diterima semua pihak, yaitu dokter, manajemen rumah sakit, profesi lain di rumah sakit, pasien dan pembayar pihak ketiga.

8. Menyusun standar.

Macam-macam prosedur dan standar yang menyangkut pekerjaan dokter di rumah sakit haruslah segera dievaluasi dan ditetapkan. Beberapa standar yang diperlukan antara lain prosedur standar pelayanan medis, formularium rumah sakit, standar tarif jasa medis dokter baik rawat jalan dan rawat inap, standar fasilitas dokter tetap dan mitra, prosedur administrasi yang menyangkut dokter, prosedur administrasi yang berhubungan dengan pasien, pembayar pihak ketiga

dan sebagainya. Untuk menetapkan prosedur itu, diperlukan studi banding ke rumah sakit sekitar dan rumah sakit sekelas, serta meminta masukan dari pihak-pihak terkait, antara lain PERSI (Persatuan Rumah sakit Seluruh Indonesia), IDI (Ikatan Dokter Indonesia), Ikatan profesi Spesialis, dan beberapa sumber lain. Penyusunan prosedur dan standar harus direncanakan dengan baik dengan mengidentifikasi unsur-unsur yang harus dilibatkan dalam penyusunan itu. Prosedur yang hanya disusun oleh administrator rumah sakit, bisa segera ditetapkan pelaksanaannya. Prosedur yang penyusunannya melibatkan beberapa pihak, antara lain komite medik dan anggota SMF harus segera dipersiapkan rencana penyusunannya.

9. Mengkomunikasikan pedoman dan prosedur standar.

Prosedur standar yang sudah ada harus disosialisasikan ke semua pihak yang berkepentingan. Bentuk sosialisasi bisa berupa surat pemberitahuan, penjelasan lisan, pelatihan penerapan prosedur, dsb. Dengan melakukan sosialisasi itu, diharapkan akan ada masukan dari pihak terkait tentang prosedur yang ada, dan apakah masih memerlukan evaluasi. Prosedur yang ada harus dipersepsikan sama oleh semua pihak yang terkait. Prosedur yang sudah ada di RS. Pantiwilasa "Citarum" yaitu prosedur pelayanan medik, formularium, standar tarif jasa tindakan medis, prosedur administrasi yang menyangkut dokter, pasien dan pembayar pihak ketiga, haruslah dipahami oleh seluruh karyawan yang terkait, dokter dan pembayar pihak ketiga.

#### 10. Monitoring mutu dan pelaksanaan standar.

Administrator RS. Pantiwilasa “Citarum” bersama komite medik harus melakukan pengamatan tentang mutu dan pelaksanaan prosedur yang sudah berlaku. Untuk melakukan pengamatan ini, diperlukan suatu tim khusus, yang ditugaskan untuk melakukan hal ini. Hasil pengamatan akan digunakan untuk mengidentifikasi permasalahan dan menentukan, apakah prosedur itu perlu disempurnakan, atau pelaksanaannya yang memerlukan perhatian.

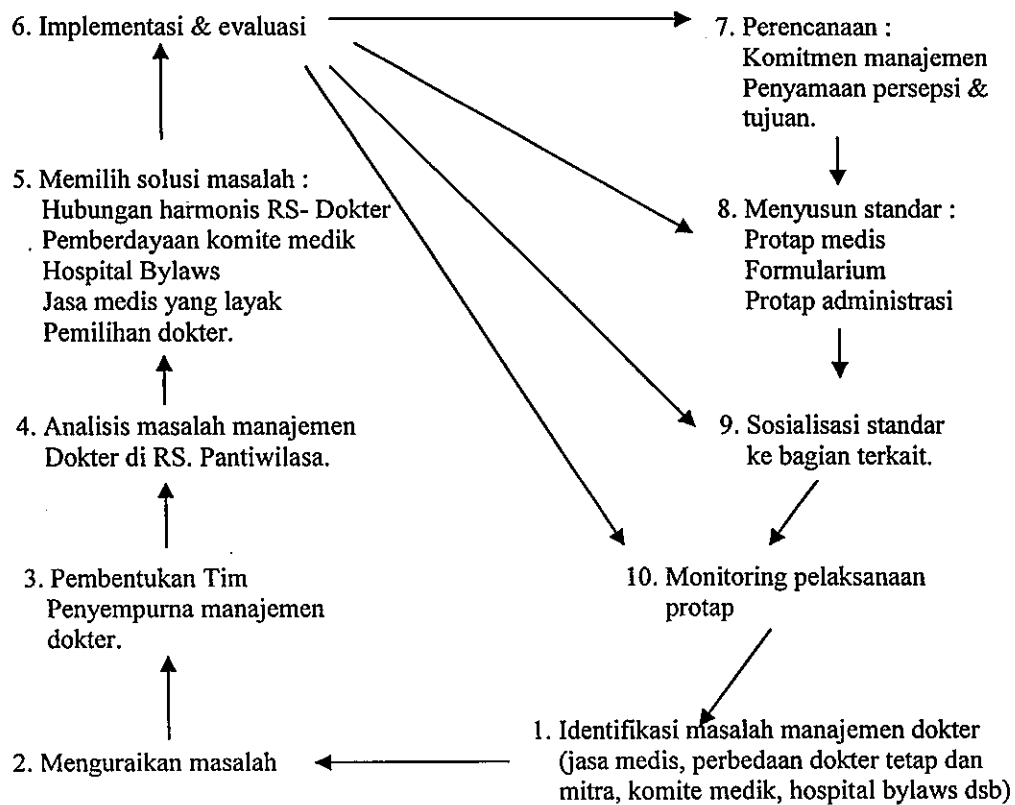
Administrator rumah sakit bersama komite medik juga harus melakukan evaluasi berkala terhadap dokter yang menjalankan prosedur itu, dan berani mengambil tindakan untuk perbaikan, secara bijaksana. Model manajemen dokter yang sudah disusun kembali juga harus dilakukan evaluasi, agar selalu sesuai dengan perkembangan dan tuntutan pelayanan.

Seperti yang diungkapkan Egger (2000), tidak ada suatu model manajemen dokter yang dapat dipakai untuk seluruh rumah sakit, atau model manajemen dokter yang dapat dipakai selamanya. Untuk itu rumah sakit harus selalu mengevaluasi model yang diterapkan, dan menyesuaikan dengan situasi dan kondisi yang terjadi.

Secara skema, penerapan pra-model manajemen dokter yang berorientasi efisiensi biaya pelayanan pasien pada era asuransi kesehatan di RS. Pantiwilasa “Citarum” dapat digambarkan sbb :

Grafik 5.1

Penerapan Pra-model Manajemen Dokter yang Mendukung Efisiensi Biaya Pelayanan Pasien Pada Era Asuransi Kesehatan di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang



## BAB VI

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1. KESIMPULAN

- a. Jumlah pasien RS. Pantiwilasa "Citarum" yang ditanggung oleh pembayar pihak ketiga meningkat pesat dalam kurun waktu 1995 – 2000. Hal itu tercermin oleh peningkatan kunjungan pasien peserta askes sebesar 105,37 % pada tahun 2000 dibandingkan kunjungan peserta tahun 1995.
- b. Manajemen dokter yang bekerja di rumah sakit , baik sebagai dokter tetap atau dokter mitra sangat berperan untuk mengupayakan pengendalian biaya. Pengendalian dokter diduga dipengaruhi penerimaan dokter terhadap keharusan mematuhi standar pengelolaan pasien, menggunakan obat sesuai formularium standar rumah sakit, memperpendek waktu rawat inap, perhitungan jasa medis untuk pasien peserta asuransi relatif lebih rendah dibanding pasien umum, pemberdayaan peran komite medik, kelengkapan alat medis yang ada di RS. Pantiwilasa "Citarum", kebijakan yang menyangkut dokter secara umum , dan penerimaan dokter terhadap manajemen efisiensi biaya pasien di rumah sakit.
- c. Telah dilakukan penelitian yang melibatkan 50 dokter RS. Pantiwilasa "Citarum" sebagai responden yang terdiri dari 7 dokter tetap (100 % populasi dokter tetap) dan 43 dokter mitra (78 % populasi dokter mitra yang merawat pasien di bangsal). Jumlah responden ini merupakan 83 % dari seluruh dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang, serta melibatkan Komite Medik dalam kegiatan Kelompok Diskusi Terfokus (FGD).

- d. Karakteristik dokter yang menjadi responden penelitian adalah sebagian besar beragama Islam (64 %) , beragama Kristen 26 %, dan Katholik 10 %. Mereka rata-rata bekerja sebagai dokter 14,5 tahun. Sebagian besar responden sudah cukup lama melayani di RS. Pantiwilasa "Citarum", dengan rentang 2 hingga 27 tahun. Dokter responden melayani 1 hingga 6 rumah sakit, dengan rata-rata 3 rumah sakit.
- e. Sebagian besar responden menyatakan bisa menerima (70 %) dan sangat menerima (20 %) pada keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien; bisa menerima (70 %) dan sangat menerima (22 %) pada keharusan menggunakan obat sesuai formularium RS. Pantiwilasa "Citarum" bagi pasien yang ditanggung pihak ketiga dan obat sesuai DPHO bagi pasien peserta Askes; bisa menerima (52 %) dan sangat menerima (42 %) pada keharusan memperpendek rawat inap dengan memulangkan pasien segera sesudah pasien memungkinkan untuk rawat jalan.
- f. Sebagian besar responden menyatakan bisa menerima (60 %) , namun 34 % menyatakan tidak bisa menerima pada penghitungan jasa medik yang relatif lebih rendah untuk pasien peserta asuransi kesehatan; 66 % menyatakan bisa menerima dan 28 % sangat menerima untuk pemberdayaan komite medik dalam pengambilan kebijakan yang menyangkut dokter; 86 % menyatakan bisa menerima dan 8 % sangat menerima untuk kelengkapan alat medis di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang; 88 % menyatakan sangat menerima dan 8 % sangat menerima kebijakan yang menyangkut dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum" saat ini.

- g. Sebagian besar responden (94 %) menyatakan menerima bila pihak rumah sakit mewajibkan dokter untuk mendukung manajemen efisiensi biaya pelayanan pasien seperti yang diharapkan pembayar pihak ketiga.
- h. Ada perbedaan penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan mematuhi prosedur standar pengelolaan pasien dan keharusan menggunakan obat sesuai formularium. Dokter tetap lebih menerima keharusan mentaati prosedur tetap dan penggunaan obat sesuai prosedur.
- i. Tidak ada perbedaan penerimaan dokter tetap dan dokter mitra terhadap keharusan memperpendek rawat inap, perhitungan jasa medis pasien askes relatif lebih rendah dibanding pasien umum, pemberdayaan peran komite medis dalam kebijakan masalah dokter di rumah sakit, kelengkapan peralatan medis di RS. Pantiwilasa "Citarum" Semarang, kebijakan dokter secara umum dan manajemen efisiensi pelayanan pasien di RS. Pantiwilasa "Citarum".
- j. Tidak ada pengaruh penerimaan responden pada keharusan mengikuti prosedur pengobatan pasien, keharusan mengikuti formularium, keharusan memperpendek rawat inap, penghitung jasa medis pasien askes relatif lebih rendah, pemberdayaan komite medik, kelengkapan peralatan medis dan kebijakan dokter secara umum di RS. Pantiwilasa "Citarum" terhadap penerimaan dokter pada kewajiban mendukung manajemen efisiensi biaya pengelolaan pasien.
- k. Sesuai hasil diskusi komite medik, faktor yang harus diperhatikan manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" agar dokter dapat menerima manajemen pengendalian biaya adalah motivasi dokter untuk melakukan pengobatan rasional, prosedur medis standar yang bisa diterima, peran dan pemberdayaan komite medik,

tekanan pihak asuransi dan pembayar pihak ketiga, dan komunikasi antar dokter serta komunikasi dokter dengan manajemen rumah sakit.

- l. Hasil diskusi komite medik tentang hal-hal yang diharapkan dokter dalam hubungan antara manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" dengan dokter adalah adanya perlindungan kerja dan masalah hukum, dokter dapat menjalankan profesi sebaik-baiknya, ada "Hospital Bylaws", dokter mendapat pasien dari rumah sakit, dokter mendapat jasa medis yang baik, rumah sakit memegang etika kerja dan profesi, pelayanan rumah sakit yang baik.
- m. Hasil diskusi komite medik tentang harapan manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" terhadap dokter, khususnya dalam hal mengelola pasien peserta askes dan pasien yang ditanggung pihak ketiga adalah dokter melayani pasien sesuai kontrak dengan pihak ketiga, melayani sesuai prosedur standar yang disepakati, mengikuti formularium rumah sakit, menyusun dan mentaati "Hospital Bylaws", dan dokter disiplin dalam melayani pasien.
- n. Hasil diskusi tentang prosedur medis yang akan dipakai di RS. Pantiwilasa "Citarum" disepakati bahwa prosedur harus dibuat berdasarkan sumber-sumber yang ada, baik dari hasil pertemuan konsensus, ikatan profesi dan sentra pendidikan kedokteran di Indonesia. Tetapi harus disesuaikan dengan fasilitas yang ada, serta memenuhi kaidah keilmuan dan penelitian.
- o. Hasil diskusi komite medik tentang penghitungan dan cara pembayaran jasa medis, disepakati bahwa komite medik bisa menerima penghitungan jasa medis pasien peserta askes relatif lebih rendah, tetapi penghitungannya masih

menggunakan “fee for service”, karena dianggap sesuai dengan upaya yang dilakukan dokter.

- p. Model manajemen dokter yang diusulkan oleh komite medik adalah RS. Pantiwilasa “Citarum” harus membuat “Hospital Bylaws”, berani membatasi jumlah dokter, membatasi kewenangan dokter sesuai keahlian, dapat mendisiplinkan dokter dalam bekerja, harus mengupayakan pasien lebih banyak, dan memberdayakan komite medik.
- q. Menurut peneliti, hal-hal penting yang harus diperhatikan manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum” dalam manajemen dokter yang berorientasi efisiensi biaya pengelolaan pasien adalah hubungan harmonis antara administrator dan dokter, pemberdayaan peran dan fungsi komite medik, menyusun dan melaksanakan “Hospital Bylaws”, pemberian jasa medis yang layak, serta rumah sakit harus memilih dokter.

## 6.2 Saran.

1. Dengan mengetahui gambaran penerimaan dokter responden terhadap variabel-variabel penelitian, diharapkan manajemen RS. Pantiwilasa “Citarum” dapat menentukan kebijakan berdasar penerimaan dokter pada hal-hal yang diteliti, untuk menyelesaikan permasalahan dalam manajemen dokter.
2. Karena tidak ada suatu model manajemen dokter yang bisa diterapkan pada seluruh rumah sakit, atau dapat dipakai selamanya. praktisi rumah sakit harus selalu melakukan evaluasi dan penyesuaian pada model manajemen yang ada dengan situasi yang terjadi.

3. Hubungan harmonis antara administrator rumah sakit dan manajemen dokter dalam rangka efisiensi biaya pasien harus diupayakan melalui komunikasi yang jujur dan terbuka antara dokter dan administrator, manajemen yang tidak otoriter, dokter diberi kesempatan mengembangkan profesionalismenya, serta mendorong motivasi dokter untuk melakukan efisiensi biaya pelayanan pasien.
4. Manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" harus lebih memberdayakan Komite Medik, serta menggerakkan fungsi organisasi Komite Medik dan panitia serta SMF di bawahnya. Untuk itu harus dicari figur dokter yang dapat diterima oleh banyak dokter, untuk bekerja dalam komite medik. Diharapkan Komite Medik menjadi lebih berperan sebagai representasi dokter yang bekerja di RS. Pantiwilasa "Citarum", serta dapat bekerjasama dengan administrator lebih baik untuk pembuatan dan pelaksanaan kebijakan yang menyangkut dokter.
5. Manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" harus segera menyusun panitia untuk pembuatan "Hospital Bylaws", sebagai dasar pelaksanaan pelayanan rumah sakit. Untuk pembuatan "Medical Staff Bylaws" yang merupakan bagian "Hospital Bylaws", manajemen harus melibatkan Komite Medik.
6. Perlu upaya peningkatan pemahaman dokter tentang tantangan pelayanan di masa depan, saat peran pembayar pihak ketiga dalam sistem pelayanan rumah sakit makin besar, agar dokter benar-benar memahami tuntutan pelayanan dan rancangan sistem pelayanan di masa itu. Peningkatan pemahaman dokter dapat dilakukan melalui pertemuan ilmiah yang membahas hal itu, atau melalui media yang ada, seperti tabloid RS. Pantiwilasa "Citarum".

7. Adanya kemungkinan sebagian besar dokter yang bekerja di rumah sakit mempunyai kecenderungan untuk mentoleransi kebijakan manajemen dan fasilitas yang ada harus diteliti lebih lanjut kebenarannya, agar manajemen rumah sakit tidak salah mengambil kebijakan.
8. RS. Pantiwilasa "Citarum" mengupayakan penambahan dokter tetap, karena diharapkan dokter tetap lebih mentaati prosedur pelayanan maupun formularium pengobatan.
9. Manajemen RS. Pantiwilasa "Citarum" harus meneliti apakah penerimaan yang dinyatakan oleh dokter yang bekerja di rumah sakit itu, diikuti oleh perilaku yang mendukung pernyataan itu. Penelitian perilaku dapat menggunakan data sekunder seperti ketaatan dokter menulis obat sesuai formularium, perbandingan rata-rata waktu rawat untuk kasus-kasus tertentu untuk masing-masing dokter, ketaatan dokter dalam mengikuti prosedur medis yang ada dan sebagainya.
10. Pra-model manajemen dokter yang diusulkan sebaiknya diuji, sehingga bisa menjadi model manajemen dokter di RS. Pantiwilasa "Citarum". Untuk itu diperlukan komitmen manajemen rumah sakit. Pra-model manajemen dokter yang disusun harus mempertimbangkan kepentingan lain selain efisiensi biaya pelayanan pasien.
11. Penelitian ini masih harus ditindaklanjuti dengan penelitian serupa di beberapa rumah sakit di Indonesia, baik rumah sakit swasta dan pemerintah, senyampang tekanan pihak asuransi dan pembayar pihak ketiga untuk efisiensi biaya pelayanan pasien belum terlalu kuat. Sehingga pada waktunya nanti, administrator rumah sakit sudah siap menghadapi tuntutan pembayar pihak ketiga.

**Daftar Pustaka.**

Azwar, Azrul, 2000. Pembayaran pra-upaya dan akuntansi akrual di rumah sakit. Kongres VIII Persi. Jakarta.

-----, 1992. Beberapa catatan tentang asuransi kesehatan. Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia, tahun XX nomor 9.

Bazzoli GJ, Dynan L, et al. 2000. Is Provider Capitation working?: Effects on Physician – Hospital Integration and Cost of Care. Medical Care,. Volume 38(3) : pp 311 – 324.

Berry, K. 1999. Building Physician / Hospital Partnership : Top 10 Lessons. Health Care Strategic Management, 17 (1) : 1: pp. 21 – 3.

Buchmueller D. 2000. Health Care in The Past Quarter Century The Physician – Still Captain of The Ship ? Managed Care Insider e-News, Vol 2 (2).

-----, 2000. Tips for Improving The Health Care Work Environment. The Managed Care Insider e-News,. Vol 2 (8).

Burns, Lawton. et al. 2000. Impact of HMO Market Structure on Physician – hospital Strategic Alliances. Health Service Research, 35(1Pt1): pp 101-32.

Chan, Ben, et al. 1998. High Billing General Practioners and Family Physicians in Ontario : How They Do It ? Canadian Medical Association, 158 (6) : pp 74 –746.

Chiefari, Donna. 2001. Effect of a Closed Formulary on Average Prescription Cost in a Community Health Center. Drug Benefit Trends 13(2) : 44-45,52.

Dahlan, Sofwan. 2002. Pembuatan Hospital Bylaws. Lokakarya Hospital Bylaws Tahap I. Semarang,.

- De Ville KA. 1999. Managed care and Ethics of Regulation. *Journal Medical Philosophy* , 24 (5) : pp. 492 – 517.
- Egger, Ed. 2000. Developing Cost – Effective, Productive Physician Relations. *Health Care Strategic Management*, 19 (1) : 1,; pp. 20 – 3.
- , 2000. Holm's Book Focuses on "New Generation" Hospital – Physicians Partnership That Work. *Health Care Strategic Management* , 18 (9): pp. 18 – 20.
- Gani, Ascobat. 2000. Reformasi Pembangunan Kesehatan. Kuliah Umum Kesehatan Program Magister IKM UNDIP, Semarang.
- Glaser, William A. 1987. *Paying the hospital*. Josey-Bass Publishers. San Fransisco – London.
- Gosden T, Forland F, et al. 2001. Impact of Payment Method on Behaviour of Primary Care Physician S : a Systematic Review. *Journal Health Services Policy*, 6 (1) : pp. 44 – 55.
- Jacobalis, Samsi. 2002. Tinjauan Umum tentang Hospital Bylaws. Lokakarya Hospital Bylaws Tahap I, Semarang.
- Junadi, Purnawan. 1994. Meningkatkan Efisiensi Biaya di Rumah Sakit. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, Vol 1 (4).
- Karnadihardja . 1999. Peran dan Posisi Komite Medik dalam Sistem Manajemen Rumah Sakit. Seminar Spesialis, Komite Medik dan Sistem Manajemen Rumah Sakit. Jogja.
- Levy, VM. 1992. *Financial Management of Hospitals* 4<sup>th</sup> ed. The Law book company limited. Sydney .
- Luff M E. 2001. The Future of Physician Driven Organizations. *The Managed Care Insider e-News*. Vol 3 (6).

- Mark, Tami. et al. 1998. Hospital – Physician Arrangements and Hospital Financial Performance. *Medical Care*, Volume 36 (1): pp. 67 – 78.
- Moenardi, T. 1999. Strategi untuk bertahan hidup bagi rumah sakit di masa krisis. Seminar Nasional III Persi. Jakarta.
- Morrisey. et al. 1999. The Effects of Managed Care on Physician and Clinical Integration in Hospitals. *Medical Care*, , Volume 37 (4): pp 350 –361.
- Mukti Ali, Gufron. 2000. Trend sistem pembayaran kesehatan. Seminar Trends in Health Care Financing Reform. Yogyakarta.
- Murti, Bhisma, 2000. Dasar-dasar Asuransi Kesehatan. Penerbit Kanisius. Yogyakarta.
- Pagano, Gauvreau. 1992. Principles of Biostatistics. Duxbury Press, Belmont.
- Puruhito. 2000. Penentuan jasa pelayanan medik, jasa dokter dan standar profesi. Kongres VIII Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia, Jakarta.
- Rai, Nyoman Kumara. 1995. Kebijakan Pemerintah Dalam JPKM – Masa Lalu, Kini dan Mendatang. Kongres Nasional IAKMI VIII, Yogyakarta,.
- Reichert S, Simon T, et al. 2000. Physician's Attitudes About Prescribing and Knowledge of the Costs of Common Medications. *Arch Intern Med*, Volume 160 : pp 2799 – 2803.
- Rice, Thomas. 1997 .Physicians Payment Policies : Impact and Implications. *Annual Review Public Health*, 18, pp 549 – 565.
- Sekhri, Neelam K. 2000. Managed Care : The US Experience. *Bulletin of World Health Organization*:78 (6), pp 830-44.

- Setyawan, J. 2000. Adaptasi sistem keuangan rumah sakit dalam sistem pembayaran prospektif. Seminar Trends in health care financing reform. Yogyakarta.
- Sharma, S. 1996. Applied Multivariate Techniques. John Wiley & Sons Inc. New York, pp : 317 – 335.
- Soeparmanto S.Astuti. 1999. Kebijakan DepKes di bidang perumahsakit di Indonesia dalam menghadapi krisis ekonomi. Seminar Nasional III Persi. Jakarta.
- Stearns, Sally C et al. 1992. Physicians Responses Fee for Service and Capitation Payment. Inquiry, 29 : pp. 416-425.
- Succi J, Mellisa. et al. 1998. Trust Between Managers and Physicians in Community Hospitals : The Effects of Power Over Hospital Decisions. Journal of Health Care Management, , 43 (5): pp. 397.
- Sugiono. 1999. Statistik Nonparametris untuk Penelitian. CV. Alfabeta. Bandung.
- Sulastomo. 2000. Manajemen Kesehatan. PT. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta.
- Syaaf, Amal. 1994. Program Cost Containment di Rumah Sakit : Tantangan Dalam Mengantisipasi Perkembangan Tehnologi Kesehatan di Indonesia. Jurnal Administrasi Rumah Sakit, Vol 1 (4).
- Trisnantoro Laksono. 1999. Spesialis dan Sistem Manajemen Rumah Sakit – mencari hubungan terbaik. Seminar Spesialis, Komite Medik dan Sistem Manajemen Rumah Sakit. Jogja,.
- Widjanarko, Bagoes. 1997. Physician's power. Paper in Academic Meeting Faculty of Public Health Diponegoro University, Semarang.
- Wijono, Djoko Haji. 1999. Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan. Airlangga University Press, Jakarta.