

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Menurut Undang-undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan Pasal 1 ayat angka 1 berbunyi bahwa kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kesehatan merupakan investasi untuk mendukung pembangunan ekonomi serta memiliki peran penting dalam upaya penanggulangan kemiskinan. Pembangunan kesehatan harus dipandang sebagai suatu investasi untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia. Dalam pengukuran Indeks Pembangunan Manusia (IPM), kesehatan adalah salah satu komponen utama selain pendidikan dan pendapatan dalam hal ini penyedia jasa pelayanan kesehatan dituntut untuk meningkatkan kualitas pelayanan yang diberikan.

Salah satu bentuk penyedia jasa pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, baik yang diselenggarakan oleh pihak swasta ataupun pemerintah. Layanan kesehatan sudah menjadi industri yang menguntungkan dan menarik investor untuk menanamkan modalnya. Pertumbuhan rumah sakit ini menimbulkan kompetisi (*competition*) yang semakin ketat dan pelanggan (*customer*) semakin mempunyai pilihan yang selektif. Hal ini merupakan tantangan yang akan mempengaruhi keberlangsungan organisasi. Tantangan seperti ini menghadapkan para pelaku pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit baik pihak pemerintah maupun swasta pada dua pilihan, yaitu masuk dalam arena kompetisi dengan

melakukan perubahan dan perbaikan atau keluar dari arena kompetisi tanpa dibebani perubahan dan perbaikan. Oleh karena itu diperlukan alternatif strategi bersaing yang tepat agar rumah sakit mampu bersaing dengan kompetitor lainnya.

Menurut *Committee on Quality Health in America* dalam (Alamsyah, 2017) persaingan perumhaskitan perlu untuk mengembangkan pelayanan yang berorientasi pada pemenuhan kebutuhan konsumen. Salah satu hal yang harus diperhatikan pada sistem pelayanan kesehatan di abad ke-21 adalah pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien (*patient centered*) yakni memperhatikan keinginan, kebutuhan, keamanan, kenyamanan dan nilai pasien. Pengelola rumah sakit harus mengetahui hal-hal apa saja yang dibutuhkan pasien berkaitan dengan layanan kesehatan, serta harus mampu melakukan inovasi terhadap jasa pelayanan untuk meningkatkan kinerja rumah sakit dan dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya.

Perkembangan rumah sakit di Indonesia saat ini semakin membaik, hal ini dikarenakan telah terjadi beberapa perubahan mendasar. Pada awal perkembangannya, rumah sakit adalah institusi yang berfungsi sosial (*non profit oriented*) tapi dengan seiring masuknya rumah sakit swasta dan pemodal baik berasal dari dalam dan luar negeri, menjadikan rumah sakit tidak hanya dipandang sebagai institusi sosial belaka, melainkan sudah menjadi institusi yang bersifat sosio-ekonomis atau lebih mengacu kepada sebuah organisasi semi bisnis.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Pasal 1 angka 1 berbunyi bahwa Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan

perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Selanjutnya dalam Pasal 1 angka 3 dalam undang-undang yang sama berbunyi bahwa yang dimaksud Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Rumah sakit mengupayakan pelayanan secara kuratif dan rehabilitatif salah satunya dengan menyediakan instalasi rawat jalan. Dalam pelaksanaannya rumah sakit diselenggarakan berasaskan pancasila dan didasarkan kepada nilai kemanusiaan, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, persamaan hak dan anti diskriminasi, pemerataan, perlindungan dan keselamatan pasien, serta mempunyai fungsi sosial. Pengaturan penyelenggaraan rumah sakit bertujuan untuk mempermudah akses masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan; memberikan perlindungan terhadap keselamatan pasien, masyarakat, lingkungan rumah sakit dan sumber daya manusia di rumah sakit; meningkatkan mutu dan mempertahankan standar pelayanan rumah sakit; dan memberikan kepastian hukum kepada pasien, masyarakat, sumber daya manusia rumah sakit dan rumah sakit.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro (yang selanjutnya disebut RSUD) merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Kabupaten Bojonegoro dengan status PPK-BLUD penuh (Keputusan Bupati Bojonegoro No 188/413/KEP/412.12/2008) yang berlokasi di Jl. Veteran No. 36 Bojonegoro. RSUD ditetapkan sebagai rumah sakit kelas B Non Pendidikan sesuai dengan (Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 330/MENKES/SK/V/2006).

Kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan spesialistik semakin meningkat seiring terbukanya era informasi. Di samping itu masyarakat juga membutuhkan kemudahan akses dalam mendapatkan pelayanan kesehatan, maka dari itu perlu dilakukan pengembangan pelayanan kesehatan untuk menjawab kebutuhan masyarakat tersebut. Dalam lampiran (Rencana Strategis Rumah Sakit Umum Daerah Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo Bojonegoro Tahun 2019-2023), RSUD memiliki 8 (delapan) rancangan pengembangan pelayanan kesehatan pada tahun 2019 diantaranya :

- 1) Penambahan rawat inap lt. 4 & 5 (+50TT) gedung 6 lt.
- 2) Poli Estetika.
- 3) Peningkatan peralatan pemeriksaan penunjang radiologi.
- 4) Peningkatan layanan jantung.
- 5) Peningkatan layanan operasi (penambahan 2 unit OK *emergency*).
- 6) Rintisan poli eksekutif.
- 7) Pengembangan layanan poli nyeri (*pain*).
- 8) Peningkatan layanan penunjang diagnosis.

Untuk merealisasikan rencana pengembangan pelayanan tersebut, pada tahun 2019 RSUD juga merencanakan penambahan beberapa *input* salah satunya adalah Sumber Daya Manusia (SDM). Sejalan dengan visi RSUD yaitu “Menjadi rumah sakit pilihan dan unggulan dibidang pelayanan medik spesialistik”, maka keberadaan dokter spesialis di RSUD sangat menentukan kapasitas dan kualitas pelayanan kesehatan yang ditawarkan. Penambahan Sumber Daya Manusia yang direncanakan meliputi :

Tabel 1. 1 Perencanaan Penambahan SDM RSUD Tahun 2019

No	Jenis SDM	Jumlah
1	Dokter Umum	8 orang
2	Dokter spesialis bedah umum	1 orang
3	Dokter spesialis anestesi	1 orang
4	Dokter spesialis syaraf	1 orang
5	Dokter spesialis penyakit dalam	1 orang
6	Dokter spesialis forensic	1 orang
7	Dokter spesialis bedah mulut	1 orang
8	Perawat	67 orang
9	Tenaga Kesehatan Lain	180 orang
Total		261 orang

Sumber : Lampiran Rencana Strategis Tahun 2019-2023 “Rencana Pengembangan & perkiraan besaran anggaran RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikosoemo”

Core business rumah sakit adalah pelayanan medis yang diberikan tenaga medis kepada pasien. Sehingga rumah sakit harus memiliki tenaga medis yang berkomitmen dan berdedikasi tinggi dalam memberikan pelayanan. Sejalan dengan visi yang dimiliki oleh RSUD yaitu “Menjadi rumah sakit pilihan dan unggulan di bidang pelayanan medik spesialistik”, maka keberadaan dokter spesialis sangat menentukan kapasitas dan kualitas pelayanan di rumah sakit utamanya dalam rencana pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif. Hal ini merupakan tantangan bagi rumah sakit untuk menambah kapasitas dokter spesialis pasca dibatalkannya Peraturan Presiden Nomor 4 Tahun 2017 Tentang Wajib Kerja Dokter Spesialis oleh Putusan Mahkamah Agung Nomor 62 P/HUM/2018. Putusan MA tersebut diputuskan atas dikabulkannya permohonan pengujian peraturan perundang-undangan di bawah undang-undang dari pemohon dr. Ganis Irawan yang menyatakan Pasal 7 ayat (1), (2), (3), (4) dan (5), Pasal 8 ayat (1) dan (2), Pasal 12 ayat (1) huruf (a), Pasal 16 ayat (1), Pasal 19 ayat (a) dan (b) dan

pasal 29 huruf (a) ayat (1), (2) dan (3), Peraturan Presiden No. 04 Tahun 2017 bertentangan dengan Undang-Undang No. 39 tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia dan Undang-Undang No. 19 tahun 1999 tentang Pengesahan ILO *Convention* nomor 105 *Concerning The Abolition Of Forced Labour* (konvensi ILO mengenai penghapusan Kerja paksa). Oleh karena itu RSUD harus melakukan strategi untuk memiliki daya tarik secara ekonomi dan kenyamanan kerja agar dokter spesialis bersedia untuk bekerja di RSUD.

Dokter spesialis mempunyai prinsip kognitif dan prinsip tersirat sehingga mereka membuat ukuran-ukuran tertentu sebagai harapan yang akan diperoleh setelah bekerja di daerah termasuk hal ini adalah kepuasan kerja yang meliputi pendapatan, kenyamanan hidup sampai masalah pendidikan anak. Pada umumnya anak yang sudah beranjak dewasa menginginkan untuk melanjutkan pendidikan yang lebih baik di kota, sehingga penyebab dokter pindah ke kota salah satunya adalah dari aspek keluarga tersebut. Pelayanan rawat jalan eksekutif menempatkan dokter spesialis sebagai titik tumpu atau pusat perhatian bagi manajemen rumah sakit. Keberadaan rawat jalan eksekutif salah satunya berorientasi untuk menambah pendapatan jasa pelayanan dokter spesialis diluar gaji pokok. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif adalah pemberian pelayanan kesehatan nonreguler di rumah sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa harus menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar Permenkes Nomor 11 tahun 2016 pasal 1 angka 2. Pelayanan rawat jalan

eksekutif terdiri dari beberapa poli eksekutif yang memenuhi persyaratan dalam Permenkes Nomor 11 tahun 2016 sesuai dengan kemampuan rumah sakit.

Dari tabel 1.1 terlihat bahwa RSUD menambah jumlah dokter spesialis sebanyak 6 orang berdasarkan 6 bidang spesialisasi yang berbeda. Penambahan jumlah dokter spesialis tersebut berkaitan dengan persyaratan pelayanan rawat jalan eksekutif nomor 4 yang sudah disebutkan diatas. Sementara itu, pada tahun 2018 RSUD memiliki tenaga medis sejumlah 62 orang seperti dalam tabel dibawah ini :

Tabel 1. 2 Jenis dan jumlah tenaga medis RSUD berdasarkan spesialisasi Tahun 2018

No	Jenis Tenaga Medis	Jumlah Tenaga Medis Tahun 2018
1	Dokter Umum	17
2	Dokter Gigi Umum	3
3	Dokter Spesialis Dasar	
	a. Bedah	2
	b. Anak	3
	c. Penyakit Dalam	4
	d. Obstetri dan Gynekologi	3
4	Dokter Spesialis Penunjang	
	a. Anastesi	2
	b. Radiologi	2
	c. Patologi Klinik	1
	d. Patologi Anatomi	1
	e. Rehabilitasi Medik	2
5	Dokter Spesialis Lain	
	a. Mata	3
	b. THT	3
	c. Saraf	3
	d. Jantung	2
	e. Kulit & Kelamin	1
	f. Jiwa	1
	g. Paru	1
	h. Ortopedi	3
	i. Urologi	2
	j. Bedah Syaraf	1
6	Dokter Spesialis Gigi Mulut	
	a. Periodensia	1
	b. Anak	1
Total		62

Sumber : Data Kepegawaian RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikosoemo
Bulan Januari Tahun 2019

Berdasarkan persyaratan Permenkes Nomor 11 tahun 2016 bahwa RSUD bisa membuka poli eksekutif pada pagi hari apabila dokter spesialis–subspesialis paling sedikit berjumlah 3 orang dalam satu disiplin ilmu, maka RSUD berpotensi untuk membuka pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di pagi hari pada bidang Spesialisasi Anak, Penyakit Dalam, Obstetri dan Gynekologi, Mata, THT, Syaraf, dan Orthopedi yang kemudian disebut dengan :

- 1) Poli Eksekutif Anak
- 2) Poli Eksekutif Penyakit Dalam
- 3) Poli Eksekutif Obstetri Dan Gynekologi
- 4) Poli Eksekutif Mata
- 5) Poli Eksekutif THT
- 6) Poli Eksekutif Syaraf
- 7) Poli Eksekutif Orthopedi

Jika rencana penambahan tenaga medis khususnya dokter spesialis yang terdapat dalam tabel 1.1 dapat terealisasi, maka RSUD akan menambah peluang untuk membuka 2 Poli eksekutif tambahan yaitu Poli Bedah Umum dan Poli Anastesi/ Poli Nyeri (*pain*). Saat ini pelayanan rawat jalan reguler di RSUD terdiri dari 19 poliklinik yang dibuka pada hari Senin-Sabtu. Berikut jadwal jam pelayanan loket dan jam pelayanan poli rawat jalan RSUD.

Tabel 1. 3 Jam Pelayanan loket dan pelayanan Rawat Jalan RSUD

No	Hari	Jam Pelayanan Loket	Jam Pelayanan Rawat Jalan
1	Senin – Kamis	07.00 - 11.00 WIB	07.00 - 14.00 WIB
2	Jumat	07.00 - 10.00 WIB	07.00 - 11.30 WIB
3	Sabtu	07.00 - 10.00 WIB	07.00 - 12.30 WIB

Sumber : Papan Informasi Instalasi Rawat Jalan RSUD

Berdasarkan tabel 1.3 dapat diketahui bahwa jam buka pelayanan pada semua poli selama hari Senin-Sabtu dimulai pukul 07.00 WIB. Akan tetapi dalam pelaksanaannya dokter spesialis yang bertugas melayani rawat jalan hadir di tempat pelayanan sering melebihi jadwal jam buka pelayanan. Jika dokter spesialis yang melayani poli reguler menerapkan hal yang sama pada poli eksekutif maka pelaksanaannya akan menjadi tidak efektif. Berdasarkan persoalan tersebut seharusnya terdapat jeda waktu antara jam buka pelayanan rawat jalan dengan jam buka loket pendaftaran. Karena jika keduanya dibuka pada waktu yang bersamaan, maka kemungkinan yang akan terjadi adalah tidak ada pasien yang langsung terlayani pada jam buka pelayanan tersebut, karena sebelum melakukan pelayanan harus dilakukan persiapan-persiapan untuk melakukan pelayanan kepada pasien seperti menyiapkan ruangan pelayanan dan menyiapkan berkas rekam medis. Sehingga akan mempengaruhi waktu tunggu pelayanan rawat jalan. Berikut laporan rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan triwulan 4 tahun 2018.

Tabel 1. 4 Rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan
Triwulan 4 Tahun 2018

No	Bulan	Standard	Pencapaian	Keterangan
1	Oktober	≤60 Menit	78.90 Menit	Belum Tercapai
2	November	≤60 Menit	66.84 Menit	Belum Tercapai
3	Desember	≤60 Menit	71.44 Menit	Belum Tercapai
Rata-rata			72.39 Menit	Belum Tercapai

*Sumber : Laporan Rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan
TW IV Tahun 2018*

Berdasarkan Tabel 1.4 diketahui bahwa rata-rata waktu tunggu pelayanan rawat jalan triwulan ke 4 tahun 2018 belum tercapai karena melebihi nilai standar 60 menit. Waktu tunggu adalah waktu yang diperlukan mulai pasien mendaftar

sampai dilayani oleh dokter spesialis Kepmenkes Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 Lampiran 2 Uraian Standar Pelayanan Minimal Pelayanan Rawat Jalan. Berikut ini jumlah kunjungan pasien rawat jalan RSUD tahun 2016-2018 :

Tabel 1. 5 Jumlah kunjungan pasien Instalasi Rawat Jalan menurut bidang spesialis Tahun 2016-2018

No	Poli Pelayanan Spesialis	Jumlah Kunjungan Pasien per-Poli			Rata-rata	Pertumbuhan
		t. 2016	t. 2017	t. 2018		
1	Penyakit Dalam	14893	15676	15064	15211	1.15%
2	Kesehatan Anak	5556	5390	5408	5451	-2.66%
3	Bedah	10065	9377	9152	9531	-9.07%
4	Obstetri dan Gynekologi	4281	3976	3493	3917	-18.41%
5	Mata	17186	16660	14586	16144	-15.13%
6	THT	6424	6406	4597	5809	-28.44%
7	Syaraf	13958	16000	16946	15635	21.41%
8	Jantung dan Pembuluh Darah	17480	19050	21795	19442	24.69%
9	Kulit Kelamin	4692	4582	3620	4298	-22.85%
10	Kedokteran Jiwa	Belum ada	2808	3445	3127	22.69%
11	Paru	5041	5508	6345	5631	25.87%
12	Orthopedi	8252	10949	13245	10815	60.51%
13	Urologi	7084	6631	6513	6743	-8.06%
14	Bedah Syaraf	846	1129	1550	1175	83.22%
15	Gigi dan Mulut	2536	2616	2357	2503	-7.06%
	Lain-lain	39824	40902	42332	41019	6.30%
Total		158118	167660	170448	165409	7.80%

Sumber : Laporan Tahunan 2016, 2017; dan untuk tahun 2018 diperoleh dari Subbag Sistem Informasi dan Rekam Medik RSUD Dr. R. Sosodoro Djatikoesoemo

Berdasarkan tabel 1.5 jumlah kunjungan pasien rawat jalan pada poli bedah syaraf, orthopedi, dan paru mengalami peningkatan. Hal ini menunjukkan bahwa tingginya kebutuhan masyarakat akan pelayanan bedah syaraf, orthopedi dan paru. Akan tetapi jika dilihat secara rinci dari pertumbuhan pada masing-

masing poli, terdapat 8 Poli yang jumlah kunjungannya mengalami penurunan yaitu pada Poli Kesehatan Anak, Bedah, Obstetri dan Gynekologi, Mata, THT, Kulit Kelamin, Urologi serta Gigi dan mulut. Bahkan pada poli THT mencapai angka penurunan 28,44%.

Banyak faktor yang dapat menyebabkan terjadinya angka peningkatan dan penurunan jumlah kunjungan pasien di Rumah Sakit diantaranya faktor pertumbuhan jumlah penduduk, tingkat pendapatan, promosi, persepsi tarif, mutu pelayanan, persepsi sakit, pengalaman sakit (Alfiati, Y., Triyani M., 2008). Selain itu, kemungkinan yang menjadi penyebab menurunnya kunjungan pasien pada 8 poli karena diberlakukannya sistem rujukan *online* yang dimulai sejak tahun 2018. Pada sistem rujukan *online* pelaksanaan rujukan berjenjang lebih tertib, karena pasien yang dirujuk akan langsung ditentukan dokter yang akan menangani sesuai dengan kebutuhan serta ditentukan kelas rumah sakit yang akan dituju yang dimulai dari rumah sakit kelas D. Sehingga pasien dari faskes tingkat 1 tidak bisa langsung dirujuk ke rumah sakit kelas B kecuali pasien dalam keadaan gawat darurat, bencana, kekhususan permasalahan kesehatan pasien, dan pertimbangan geografis. Data yang disajikan pada Tabel 1.5 merupakan data umum dan belum ada data terpilah mengenai jumlah pasien umum, pasien BPJS berdasarkan kelas perawatan dan Asuransi lainnya sehingga tidak bisa menggambarkan potensi pasar untuk membuka pelayanan poli eksekutif.

Permasalahan-permasalahan diatas kemungkinan ada keterkaitannya dengan kepuasan karyawan RSUD. Hal ini sejalan dengan hasil pengukuran

pengukuran Indeks Kepuasan Karyawan yang selanjutnya disebut IKK tahun 2016 dan IKK tahun 2018 sebagai berikut :

Tabel 1. 6 Hasil pengukuran IKK RSUD Tahun 2016 dan Tahun 2018

NO	SUBVARIABEL	IKK t. 2016	IKK t. 2018
1	Pembagian jasa pelayanan dengan sistem remunerasi	55,95%	45,36%
2	Kesempatan pengembangan karier	63,66%	52,99%
3	Iklm kerja dan hubungan kerja antara pimpinan dan staf/sesama staf	70,07%	58,35%
4	Kerjasama antara staf medik dengan staf keperawatan	67,19%	58,35%
5	Pembinaan keagamaan	53,20%	51,75%
6	Acara bersama keluarga karyawan (<i>Family Gathering</i>)	43,79%	48,66%
7	Arahan kebijakan oleh direktur	68,63%	52,37%
8	Kualitas supervisi pelayanan oleh direksi	61,96%	51,34%
9	Kemudahan akses menghubungi/konsultasi direktur	63,14%	57,11%
10	Kemudahan akses menghubungi/konsultasi wakil direktur	64,97%	56,08%
11	Kemudahan akses menghubungi/konsultasi pejabat structural	63,01%	54,43%
12	Kemudahan akses menghubungi/konsultasi kepala instalasi pelayanan	68,76%	58,56%
13	Kemudahan akses menghubungi/konsultasi kepala ruangan/kepala poliklinik	70,72%	68,45%
14	Kemudahan akses menghubungi dokter (DPJP) yang merawat pasien	66,41%	54,64%
15	Sosialisasi/desiminasi peraturan baru/kebijakan yang harus diketahui oleh seluruh karyawan	60,65%	50,31%
16	Kenyamanan ruang kerja	52,94%	60,82%
17	Akses informasi (Kebijakan, keuangan, Kesejahteraan)	58,49%	49,07%
18	Ketersediaan Peralatan Medik	60,65%	56,08%
19	Ketersediaan peralatan keperawatan/kebidanan	61,05%	55,88%
20	Ketersediaan peralatan Lab/ Radiologi/Elektro medik	62,35%	55,88%
21	Ketersediaan peralatan kantor/computer	59,61%	52,78%
22	Ketersediaan APD dari resiko tertular penyakit/ kecelakaan kerja (K3RS)	60,13%	63,61%
TOTAL IKK AGREGAT		62,08%	54,44%

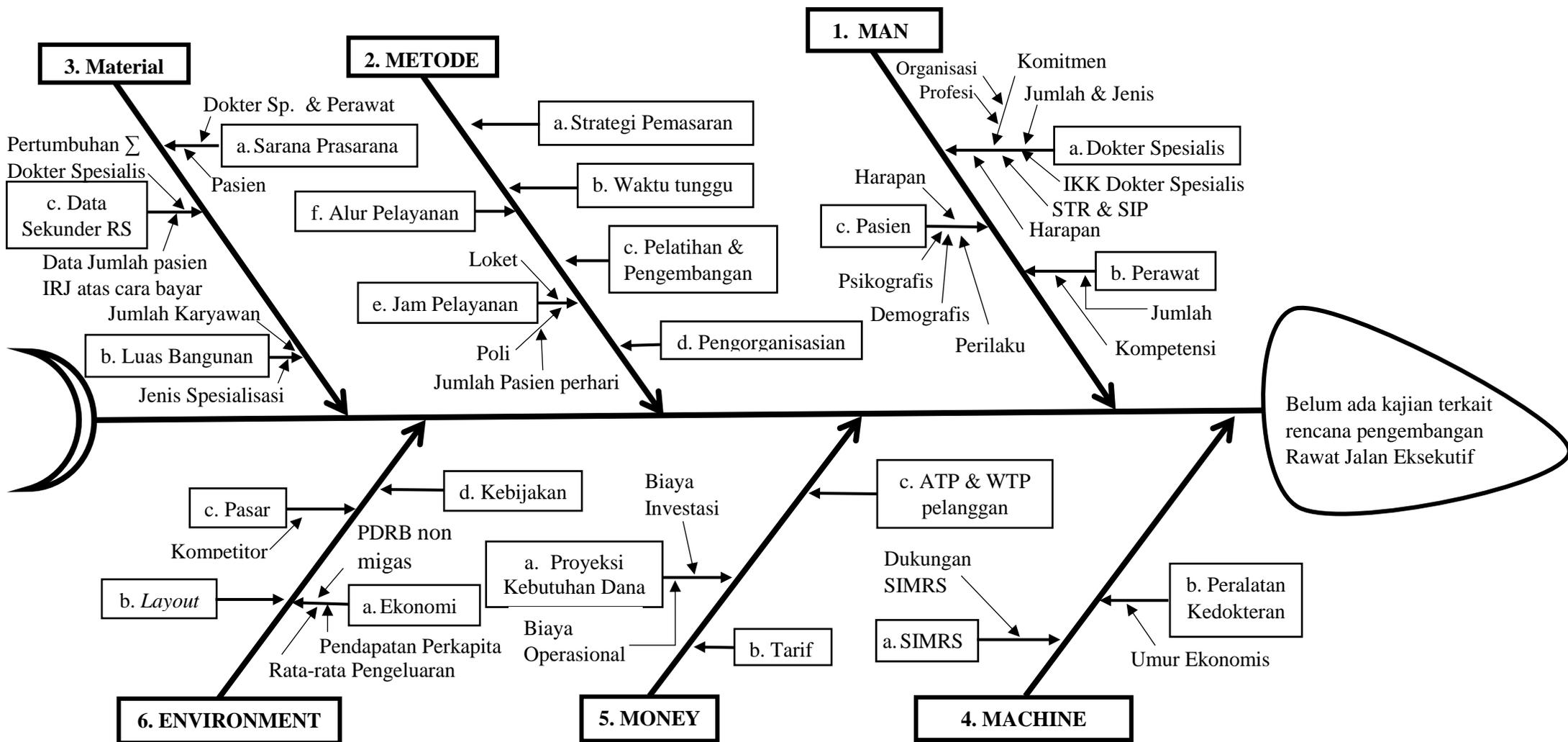
Sumber : Data diolah dari hasil suvey IKK RSUD Tahun 2018 oleh peneliti "Maya Firdana Ni'matul Jannah" mahasiswa STIKES YRSDS

Berdasarkan tabel 1.6 dapat diketahui bahwa Total IKK Agregat tahun 2018 mengalami penurunan dibandingkan dengan Total IKK Agregat tahun 2016. Terdapat 4 subvariabel yang paling terkait dengan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif. Ke-4 subvariabel tersebut meliputi pembagian jasa

pelayanan dengan sistem remunerasi dengan capaian IKK tahun 2018 sebesar 45,36%, kerja sama antara staf medik dengan staf keperawatan (58,35%), kemudahan akses menghubungi/konsultasi kepala instalasi pelayanan (58,56%), ketersediaan peralatan medik (56,08%), ketersediaan peralatan Lab/Radiologi/elektro medik (55,88%). Capaian IKK dari ke-4 variabel tersebut termasuk dalam kategori “cukup” sehingga manajemen harus berupaya untuk meningkatkan kinerja karyawan RSUD terutama kepada dokter spesialis sebagai pemberi pelayanan utama di pelayanan rawat jalan eksekutif.

Rencana pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif harus dimulai dengan melakukan penelitian terhadap aspek-aspek yang perlu dikaji sesuai dengan kaidah studi kelayakan bisnis. Beberapa aspek tersebut diantaranya aspek hukum, aspek lingkungan, aspek pasar dan pemasaran, aspek teknis dan teknologi, aspek manajemen dan sumber daya manusia dan aspek keuangan (Suliyanto, 2010:9). Sebuah ide bisnis dinyatakan layak untuk dilaksanakan jika ide tersebut dapat mendatangkan manfaat yang lebih besar bagi semua pihak dibandingkan dampak negatif yang ditimbulkan (Suliyanto, 2010:3). Pihak-pihak yang dimaksud terdiri dari pelanggan (*user*) sebagai konsumen dari pelayanan rawat jalan eksekutif, dokter spesialis sebagai pelaksana utama pelayanan rawat jalan eksekutif, dan RSUD sebagai institusi penyelenggara pelayanan rawat jalan eksekutif.

1.2 Kajian masalah



Gambar 1. 1 Kajian Masalah

Analisis Penyebab Masalah

Berdasarkan hasil kajian masalah menggunakan metode diagram tulang ikan (*fishbone*) dapat dijabarkan bahwa untuk menyusun kajian terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif dibutuhkan data dan informasi mengenai faktor *Man, Method, Material, Machine, Money* dan *Environment* sebagai dasar dalam perencanaan tersebut. Berikut analisis dari beberapa faktor yang disebutkan dalam diagram tulang ikan (*fishbone*) diatas :

1) Faktor Manusia (*Man*)

Faktor *man* terbagi menjadi 2 yaitu internal dan eksternal. Faktor internal terdiri dari dokter spesialis dan perawat sedangkan faktor eksternal adalah pasien. Aspek-aspek tersebut sangat berperan dalam pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang sudah direncanakan oleh RSUD.

1.a Dokter Spesialis

Pelayanan rawat jalan eksekutif dilaksanakan oleh dokter spesialis. Terdapat 5 hal yang bisa mempengaruhi dokter spesialis-subspesialis terhadap pelayanan rawat jalan eksekutif meliputi jumlah dan jenis, komitmen, kepuasan dokter spesialis, harapan dan STR & SIP.

Pertama adalah jumlah dan jenis dokter spesialis. Untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan eksekutif pada pagi hari maka dibutuhkan dokter spesialis paling sedikit berjumlah tiga orang dalam satu disiplin ilmu, apabila jumlah dokter spesialis tidak memenuhi ketentuan tersebut maka pelayanan rawat jalan eksekutif hanya dapat dilakukan diluar jam kerja pelayanan rawat jalan reguler. Jenis dokter

spesialis terkait dengan bidang spesialisasi yang berpotensi menjadi poli eksekutif.

Kedua adalah komitmen dokter spesialis merupakan perjanjian atau kesepakatan antara dokter spesialis dengan rumah sakit mengenai peraturan dan kebijakan yang harus dijalankan untuk melaksanakann tugasnya. Jika dokter spesialis memiliki komitmen yang rendah maka akan mempengaruhi kualitas pelayanan kepada pasien.

Ketiga adalah IKK (Indeks Kepuasan Karyawan) dokter spesialis digambarkan dari hasil penilaian beberapa variabel diantaranya kondisi kerja, lingkungan kerja, dan kemudahan akses informasi. Jika karyawan puas terhadap variabel di atas maka mereka akan lebih berdedikasi dan berkomitmen besar dalam melayani pelanggan.

Keempat adalah harapan dokter spesialis yang ingin dipenuhi jika RSUD membuka pelayanan rawat jalan eksekutif. Harapan tersebut bisa meliputi aspek peralatan kedokteran yang akan digunakan dalam memberikan jasa pelayanan.

Kelima adalah STR & SIP. Dokter yang melakukan praktik kedokteran wajib memiliki SIP dan STR. Jika dokter spesialis melakukan praktik tanpa memiliki SIP dan STR baik karena belum membuat maupun masa berlakunya sudah habis maka hal tersebut merupakan perbuatan illegal dan melanggar hukum.

1.b Perawat

Perawat merupakan SDM langsung yang melayani pasien bersama dengan dokter spesialis-subspesialis. Terdapat 2 hal yang bisa mempengaruhi perawat terhadap pelayanan rawat jalan eksekutif yang akan diselenggarakan meliputi jumlah dan kompetensi yang dimiliki perawat.

Pertama adalah jumlah perawat. Jika jumlah perawat kurang maka akan mengakibatkan beban kerja perawat yang tinggi sehingga pelayanan yang diberikan tidak optimal dan sebaliknya. Oleh karena itu agar tidak terjadi hal tersebut perlu dilakukan proyeksi kebutuhan tenaga kerja khususnya perawat. Besarnya proyeksi kebutuhan tenaga kerja tergantung pada proyeksi kunjungan pasien.

Kedua adalah kompetensi perawat sangat mempengaruhi dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Untuk mendapatkan perawat yang berkompetensi dari segi pengetahuan, sikap dan keterampilan maka RSUD harus memastikan perawat yang dimiliki sesuai dengan analisis pekerjaan, uraian pekerjaan, dan spesifikasi pekerjaan yang sudah ditentukan.

1.c Pasien

Pasien adalah pengguna (pasar) atas jasa pelayanan rumah sakit. Setiap rumah sakit perlu melakukan analisis kebutuhan pasar sebelum menjalankan/merealisasikan rawat jalan eksekutif. Tujuan dilakukan analisis kebutuhan pasar yaitu untuk mengidentifikasi kebutuhan

konsumen. Terdapat 4 hal yang bisa mempengaruhi kebutuhan pasien dalam pelayanan rawat jalan eksekutif meliputi harapan, psikografis, demografis pasien dan perilaku pasien sebagai konsumen.

Pertama adalah harapan pasien merupakan ekspektasi calon pasien mengenai hal-hal apa saja yang diinginkan mereka jika RSUD menyelenggarakan pelayanan rawat jalan eksekutif. Harapan yang disampaikan oleh pasien bisa digunakan sebagai untuk dasar desain penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif.

Kedua adalah Psikografis untuk mengetahui karakteristik pasien berdasarkan gaya hidup pasien. Hal ini digunakan sebagai dasar pemilihan segmentasi pasar.

Ketiga adalah demografis merupakan karakteristik pasien berdasarkan faktor diantaranya umur, pendidikan dan pekerjaan. Faktor demografis pasien dapat digunakan sebagai prediktor pasar potensial dari pelayanan rawat jalan eksekutif.

Keempat adalah perilaku pasien sebagai konsumen pelayanan kesehatan di rumah sakit. Perilaku yang dimaksud dalam hal ini yaitu keputusan pasien untuk menentukan tempat pengobatan diantara berbagai alternatif yang mungkin mereka butuhkan atau inginkan.

2) Faktor Metode (*Method*)

Dari faktor *method* terdapat enam aspek yang perlu dikaji terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan diantaranya strategi pemasaran, waktu tunggu, Pelatihan & Pengembangan, Pengorganisasian,

jam pelayanan dan alur pelayanan. Enam aspek tersebut berpengaruh dalam pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang direncanakan oleh RSUD.

2.a Strategi Pemasaran

Strategi pemasaran diperlukan untuk menarik pelanggan setelah pelayanan rawat jalan eksekutif dibuka. Komponen-komponen dari strategi pemasaran yang harus dilaksanakan meliputi pemilihan pasar atau pasar sasaran, penetapan posisi yang kompetitif dan pengembangan bauran pemasaran yang efektif untuk menjangkau dan melayani konsumen yang sudah dipilih.

2.b Waktu tunggu

Waktu tunggu pelayanan rawat jalan menggambarkan mutu pelayanan di instalasi rawat jalan. Semakin lama waktu tunggu pelayanan waktu tunggu rawat jalan maka mutu pelayanan semakin jelek. Idealnya waktu tunggu pelayanan dihitung pada pasien dengan nomor urutan pertama yang terhitung sejak pasien tersebut menunggu di ruang tunggu hingga dipanggil untuk mendapatkan pelayanan.

2.c Pelatihan dan Pengembangan

Pelayanan rawat eksekutif merupakan pelayanan nonreguler. Maka jasa pelayanan dan fasilitas yang disediakan harus memiliki keunggulan dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan reguler. Misalnya pada poli reguler obstetri dan gynekologi tersedia *Ultrasonografi* (USG) 2 dimensi, maka pada poli eksekutif obstetri dan gynekologi menyediakan USG dengan spesifikasi yang lebih tinggi yaitu 3 dimensi atau bahkan 4

dimensi. Hal ini berpengaruh terhadap kemampuan tenaga medis dan perawat yang lebih ditingkatkan melalui program pelatihan dan pengembangan sesuai dengan kebutuhan pekerjaan.

2.d Pengorganisasian

Pengorganisasian merupakan suatu hal yang penting untuk menentukan dengan jelas tugas atau pekerjaan, tanggung jawab, hak dan wewenang pegawai. Jika pengorganisasian terpisah dengan rawat jalan reguler, maka tugas, tanggung jawab, hak dan wewenang yang diberikan lebih fokus dan terarah sehingga akan berdampak pada kinerja yang lebih efektif.

2.e Jam Pelayanan

Jam pelayanan digunakan untuk proyeksi kapasitas produksi pelayanan per hari. Selain jam pelayanan hal yang mendasari untuk memproyeksi kapasitas produksi pelayanan adalah waktu (durasi) yang dibutuhkan untuk melakukan pelayanan kepada 1 pasien.

2.f Alur Pelayanan

Alur pelayanan rawat jalan eksekutif harus tersendiri. Hal ini dibuat supaya pelayanan menjadi efektif dan efisien dan tidak mengganggu pelayanan rawat jalan reguler.

3) Faktor Bahan (*Material*)

Dari faktor *material* terdapat dua aspek yang perlu dikaji terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif antara lain sarana dan prasarana, luas bangunan dan data terpilah. Aspek-aspek tersebut

sangat berpengaruh dalam menunjang pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang sudah direncanakan oleh RSUD.

3.a Sarana dan Prasarana

Pelayanan rawat jalan eksekutif bersifat *one stop service* sehingga semua pelayanan di dalamnya yang dimulai dari pendaftaran, pemeriksaan medik, pelayanan penunjang dan pelayanan lainnya harus dalam satu zona area pelayanan.

3.b Luas Bangunan

Jika gedung belum dibangun maka luas bangunan dipertimbangkan sesuai dengan sumber daya yang akan didayagunakan. Sebaliknya, jika gedung sudah tersedia atau dengan kata lain memanfaatkan gedung yang tidak produktif maka sumber daya yang akan didayagunakan harus disesuaikan dengan luas bangunan tersebut. Karena hal tersebut berpengaruh terhadap kelancaran pelayanan rawat jalan eksekutif yang akan diselenggarakan.

3.b Data terpilah jumlah pasien IRJ berdasarkan cara bayar

Data terpilah jumlah pasien IRJ berdasarkan cara bayar yang dikelompokkan menjadi pasien Umum, BPJS (PBI dan non PBI) dan asuransi kesehatan lainnya yang bekerjasama dengan RSUD karena pelayanan rawat jalan eksekutif hanya dapat diakses oleh peserta umum dan peserta JKN non PBI sehingga kajian ini akan menggambarkan proyeksi jumlah pasien untuk memperkirakan proporsi pasar potensial yang akan menggunakan pelayanan rawat jalan eksekutif.

4) Faktor Mesin (*Machine*)

Dari faktor *machine* terdapat dua aspek yang perlu dikaji terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif antara lain Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS) dan Peralatan Medis. Kedua aspek tersebut sangat berperan dalam menunjang pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang sudah direncanakan oleh RSUD.

4.a SIMRS

SIMRS digunakan dalam proses manajemen rumah sakit diantaranya untuk pelayanan pemeriksaan dan tindakan kepada pasien, rekam medis, apotek, gudang farmasi, penagihan, penggajian karyawan sampai dengan pengendalian oleh manajemen. Proses manajemen tersebut jika dikerjakan secara manual akan berpotensi terjadi *human error*, duplikasi data, tidak terintegrasi antar unit, membutuhkan waktu yang lama untuk merekap laporan. Maka penggunaan SIMRS akan meminimalkan potensi terjadinya kesalahan-kesalahan tersebut agar *output* yang dihasilkan akan menjadi informasi yang lebih akurat dan efisien. SIMRS di rawat jalan dimulai dari sistem pendaftaran, laboratorium, radiologi, apotik, rekam medik, JKN dan pembayaran.

4.b Peralatan Kedokteran

Pemilihan peralatan kedokteran yang akan diadakan harus mempertimbangkan beberapa hal diantaranya spesifikasi peralatan yang akan digunakan, harga, kemampuan rumah sakit, kebutuhan pasar, ketersediaan suku cadang dan umur ekonomis. Spesifikasi peralatan

kedokteran untuk pelayanan rawat jalan eksekutif harus lebih tinggi dari rawat jalan reguler karena pelayanan rawat jalan eksekutif merupakan pelayanan privat dimana tarif yang akan dibebankan kepada pasien akan lebih tinggi dibandingkan dengan pelayanan rawat jalan reguler.

5) Faktor Uang (*Money*)

Dari faktor *Money* terdapat dua aspek yang perlu dikaji terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif antara lain Proyeksi kebutuhan dana dan Penentuan tarif layanan. Faktor *Money* sangat berperan dalam menunjang pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang sudah direncanakan oleh RSUD.

5.a Proyeksi Kebutuhan Dana

Proyeksi kebutuhan dana bertujuan untuk memperkirakan biaya satuan yang harus dikeluarkan oleh rumah sakit dalam penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif. Proyeksi kebutuhan dana atau analisis biaya sangat penting dalam penetapan tarif. Terdapat dua jenis biaya yang harus diperhitungkan untuk memproyeksikan kebutuhan dana yaitu biaya investasi dan biaya operasional. Biaya investasi merupakan biaya yang dikeluarkan terhadap barang dengan umur ekonomis yang relatif lama atau lebih dari satu tahun seperti biaya gedung, biaya peralatan medik dan non medik sedangkan biaya operasional merupakan biaya yang diperlukan untuk melaksanakan kegiatan dalam suatu proses produksi atau bersifat habis pakai misalnya biaya ATK dan biaya umum (listrik, telepon, air).

5.b Tarif

Penetapan besaran tarif rumah sakit harus berdasarkan pola tarif nasional dan pagu tarif nasional. Tarif rumah sakit diperhitungkan atas dasar *unit cost* dari setiap jenis pelayanan dan kelas perawatan yang perhitungannya memerhatikan kemampuan ekonomi masyarakat, standar biaya dan atau *brenchmarking* dari rumah sakit yang tidak komersial.

5.c *Ability to Pay* (ATP) dan *Willingnes to Pay* (WTP)

ATP/WTP sangat penting dikaji sebagai dasar pertimbangan penetapan tarif pelayanan rawat jalan eksekutif yang akan diselenggarakan. Sehingga analisis ATP/WTP akan mengetahui pada nilai berapa pelanggan akan mau dan mampu untuk membayar jasa pelayanan eksekutif.

6) Lingkungan (*Environment*)

Faktor *environment* terdapat tiga aspek yang perlu dikaji terkait perencanaan pengembangan pelayanan rawat jalan eksekutif antara lain Ekonomi, *Layout*, kompetitor dan kebijakan. Aspek-aspek *environment* berperan dalam menunjang pelaksanaan pelayanan rawat jalan eksekutif yang sudah direncanakan oleh RSUD.

6.a Ekonomi

Pendapatan perkapita dan pengeluaran pengeluaran masyarakat diapat dilihat sebagai kemampuan daya beli terhadap pelayanan yang akan ditawarkan. Pendapatan perkapita masyarakat ada keterkaitannya dengan Produk Domestik Regional Bruto non migas (PDRB).

6.b *Layout*

Pengaturan *layout* digunakan untuk mencapai hasil kinerja yang efektif, efisien, ekonomis serta menimbulkan rasa aman dan nyaman bagi pasien dan karyawan.

6.c Kompetitor

Dalam penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif RSUD harus mempertimbangkan kompetitor. Keberadaan kompetitor bisa mempengaruhi daya tarik konsumen dan dokter spesialis untuk berkontribusi langsung pada layanan yang ditawarkan oleh RSUD.

6.d Kebijakan

Untuk menyelenggarakan pelayanan rawat jalan eksekutif harus memperhatikan kebijakan yang terkait. Hal ini dilakukan agar dalam pelaksanaannya tidak terkendala dengan masalah hukum. Peraturan yang mengatur tentang penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif adalah Peraturan Menteri Kesehatan No. 11 Tahun 2016.

1.3 Rumusan Masalah

Apa saja faktor-faktor yang harus dikaji terkait perencanaan pengembangan rawat jalan eksekutif di RSUD?

1.4 Tujuan

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis kebutuhan pengembangan rawat jalan eksekutif sebagai bahan pertimbangan pengambilan keputusan pengembangan rawat jalan eksekutif di RSUD.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis pasar kebutuhan pelayanan rawat jalan eksekutif.
2. Menganalisis kebutuhan sumber daya manusia dan sarana
3. Menganalisis faktor-faktor dokter spesialis terhadap penyelenggaraan pelayanan rawat jalan eksekutif.
4. Menganalisis kompetitor RSUD untuk membuka pelayanan sejenis.

1.5 Manfaat

1.5.1 Bagi Peneliti

Memperoleh pengetahuan, wawasan dan pengalaman dalam bidang penelitian, khususnya dalam merencanakan pengembangan pelayanan kesehatan yang nanti dapat diterapkan di tempat kerja.

1.5.2 Bagi Rumah Sakit

Mendapatkan gambaran calon pasar dalam merencanakan pengembangan poli eksekutif.

1.5.3 Bagi STIKES Yayasan RS Dr. Soetomo

1. Sebagai masukan bagi program studi untuk menilai dan mengevaluasi kemampuan mahasiswa dalam menerapkan ilmu yang didapatkan
2. Sebagai bahan referensi bagi mahasiswa dalam melakukan penelitian dengan tema yang serupa.