

## TINGKAT PEMANFAATAN TEMPAT TIDUR PADA RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

### *BED OCCUPANTION RATE OF DISTRICT GENERAL HOSPITALS AFTER HEALTH POLICY DEZENTRALIZATION AT SOUTH SULAWESI*

**M. Lukman Arsyad**

Peneliti Kebijakan Kesehatan Balitbangda Provinsi Sulawesi Selatan

#### **ABSTRACT**

**Background:** The background of this study is want to know the execution of autonomy decentralized, and health policy after the execution of that and to know affected of free health program services from Government of South Sulawesi Province together with Districts and Town Government started year 2008.

**Method:** The method of this study by Rapid Evaluation Method (REM) using record review data (data extraction), direct observation and observation out of building. This study will be measure of efficiency and effectivity of District Hospitals wich indicator bed exploiting or bed occupancy rate (BOR) and useful as science clarification to community.

**Result:** The result of this study fixed year 2008 shows about from 4 District Hospitals, 3 from it increasing bed occupancy rate (BOR) above 100% (extreme), but in year 2009, 2 district hospitals decrease it BOR between 60-85%, and 2 the other districts hospital with BOR to low about 60%.

**Conclusion:** The result of research above, can be conclusion that happened extreme data year 2007 especially year 2008. Because free health program organizer make become increasing services and medicine to get much fund, while 1 of 4 districts hospitas from year 2005 to year 2009 with BOR extreme, this causes by Local Regent of District made breakthrough policy which that must be executed direct to Villages for cures of all kind of disease to communit and free health services.

**Key words:** bed occupancy rate of district hospital, free health services

#### **ABSTRAK**

**Latar belakang:** Penelitian ini dilatarbelakangi oleh keingintahuan sejauhmana pelaksanaan otonomi daerah, dan pasca pemberlakuan kebijakan desentralisasi kesehatan serta pengaruh dari peluncuran program kesehatan gratis dari Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan bersama Pemerintah Kabupaten/Kota yang dimulai tahun 2008.

**Metode:** Metode yang digunakan adalah metode evaluasi cepat atau *Rapid Evaluation Method* (REM) yang pengumpulan data dengan *record review* (ekstraksi data), *direct observation* (pengamatan langsung) dan wawancara luar gedung. Penelitian ini untuk mengukur efektivitas dan efisiensi pelayanan Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang menggunakan indikator angka pemanfaatan tempat tidur atau *bed occupancy rate* (BOR) serta bermanfaat sebagai proses pencerahan ilmu pengetahuan kepada masyarakat.

**Hasil:** Tahun 2008 memperlihatkan bahwa 3 dari 4 RSUD mengalami peningkatan BOR di atas 100% (ekstrim), namun

tahun 2009 2 RSUD turun ke angka BOR normal (60-85%), sedang 2 RSUD dengan BOR di bawah 60% (rendah).

**Kesimpulan:** Dari analisis data hasil penelitian di atas, dapat disimpulkan bahwa terjadinya data ekstrim tahun 2007, khususnya tahun 2008 lebih disebabkan oleh pengelola program kesehatan gratis melakukan penggelembungan tagihan biaya pelayanan, perawatan dan harga obat dengan merekayasa pasien fiktif, sementara 1 dari 4 RSUD sampel sejak 2005-2009 tidak terlihat angka BOR yang ekstrim. Hal ini terjadi karena Bupati setempat membuat kebijakan terobosan yang mengharuskan petugas kesehatan melakukan kunjungan langsung ke desa untuk mengobati berbagai penyakit warga secara gratis.

**Kata kunci:** tingkat pemanfaatan tempat tidur RSUD, kesehatan gratis

#### **PENGANTAR**

Pelayanan dasar merupakan hak bagi warga negara yang penyelenggaraan diwajibkan oleh peraturan perundang-undangan, yang berarti pelayanan kesehatan menjadi urusan yang wajib pemerintahan daerah<sup>1</sup>, pasca pemberlakuan kebijakan desentralisasi bidang kesehatan.<sup>2</sup> Pelayanan kesehatan adalah pelayanan medik di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) yang setiap anggota masyarakat berhak memperoleh pelayanan yang cepat, bermutu, mudah dan terjangkau sesuai standar pelayanan minimal (SPM)<sup>3</sup> bidang kesehatan.

Artikel ini menyajikan informasi hasil pengukuran kualitas pelayanan kesehatan RSUD sampel yang menggunakan indikator angka pemanfaatan tempat tidur (TT) atau *bed occupancy rate* (BOR)<sup>4</sup>, frekuensi penggunaan TT atau *bed turn over* (BTO), rata-rata lama dirawat atau *average length of stay* (LOS) dan interval penggunaan TT atau *turn over interval* (TOI). Pada artikel ini analisis data dan pembahasan masalah dibatasi pada cakupan indikator BOR dan sebagai pencerahan ilmu pengetahuan kepada masyarakat, khususnya bagi yang menekuni ilmu kedokteran/kesehatan serta diharapkan menjadi masukan atau bahan bagi penentu kebijakan kesehatan.<sup>5</sup>

Pengukuran efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan medik RSUD dengan indikator: (1) BOR dengan capaian <60% menunjukkan pemanfaatan TT yang rendah, capaian 60%-85% menunjukkan pemanfaatan TT yang normal dan capaian >85% menunjukkan pemanfaatan TT yang tinggi sehingga RSUD tersebut perlu pengembangan, (2) BTO bermanfaat untuk mengetahui tingkat efisiensi pemanfaatan TT, (3) LOS yang bermanfaat untuk mengukur efisiensi pelayanan RSUD apabila ditetapkan pada diagnosis *tracer* dan (4) TOI yang bermanfaat untuk mengukur efisiensi penggunaan TT.

**BAHAN DAN CARA PENELITIAN**

Pelaksanaan kegiatan penelitian ini menggunakan *Rapid Evaluation Method* (REM)<sup>6</sup> atau metode evaluasi cepat dengan cara pengumpulan data:

**a. Record review (ekstraksi data)**

Pengumpulan data dengan mencocokkan variabel yang dipersiapkan dalam daftar tilik, untuk mengetahui apakah sesuai dengan *standard operating procedure* (SOP), dengan catatan apabila penelitian atau analisis ilmiah di tingkat kabupaten, oleh *World Health Organization* (WHO) menganjurkan menggunakan metode evaluasi cepat atau REM, pengumpulan data dengan *record review*.

**b Direct observation (pengamatan langsung)**

Merupakan cara yang efektif untuk melihat apakah pelaksanaan pelayanan kesehatan sudah sesuai SOP. Hal ini dapat diamati secara langsung terhadap petugas atau tenaga kesehatan di RSUD tersebut dapat dikembangkan menjadi audit klinis dengan membandingkan antara kinerja petugas yang memberi pelayanan terhadap SOP. Cara ini akan menambah informasi tentang kualitas jasa pelayanan kesehatan medik di RSUD.

**c Wawancara luar gedung**

Wawancara luar gedung terhadap klien (pasien atau keluarga pasien) yang baru saja mendapat pelayanan kesehatan medik di RSUD, cara ini sangat baik karena menyangkut efektivitas dan efisiensi serta kualitas jasa pelayanan kesehatan, dilakukan di luar gedung agar tercipta suasana yang baik, sehingga klien dapat bebas menjawab pertanyaan tentang pelayanan kesehatan yang baru diterima, tanpa diketahui oleh petugas atau tenaga kesehatan.

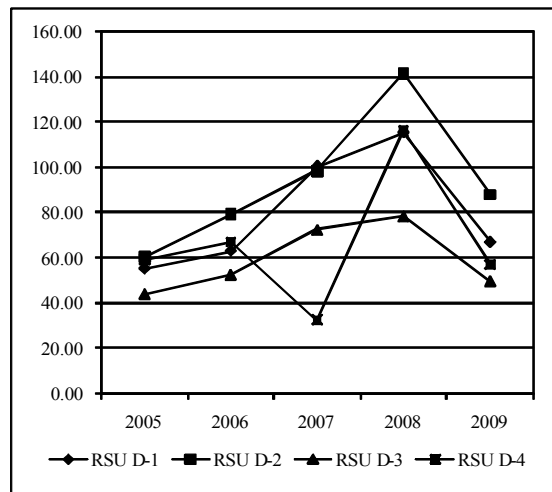
**HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

Kegiatan penelitian metode REM dengan ekstraksi data sesuai SOP, dimulai bulan Februari-

Juli 2010, yang menetapkan 4 RSUD (16,67%) sebagai sampel dari 24 RSUD yang tersebar pada 25 kabupaten dan kota di Provinsi Sulawesi Selatan

Untuk RSUD-1, diketahui bahwa angka pemanfaatan TT untuk tahun 2005 dengan BOR sebesar 55,44%, tahun 2006 meningkat sebanyak 7,81% dengan BOR 63,25%. Tetapi pada tahun 2007 terjadi peningkatan pemanfaatan TT yang sangat tinggi yaitu 37,23% sehingga BOR mencapai 100,48%. Demikian pula pada tahun 2008 masih terus naik 14,87% angka BOR menjadi 115,35%. Pada tahun 2009 pemanfaatan TT menurun tajam -48,23% yang turut menurunkan angka BOR 67,12%.

RSUD-2 dengan angka pemanfaatan TT pada tahun 2005 dengan BOR sebesar 60,19%, tahun 2006 meningkat sebanyak 19,23% dengan BOR 79,43%, tahun 2007 meningkat lagi dengan angka yang hampir sama 19,14% dengan BOR 98,57%, dan pada tahun 2008 terjadi peningkatan yang sangat tinggi sebesar 43,18% sehingga BOR mencapai 141,75%, tahun 2009 pemanfaatan TT menurun drastis -53,69% yang menurunkan angka BOR menjadi 88,06%.



Gambar 1. Data hasil penelitian (BOR RSUD 2005-2009)

Sementara pada RSUD-3 angka pemanfaatan TT pada tahun 2005 dengan BOR sebesar 43,70%, tahun 2006 meningkat sebanyak 8,61% dengan BOR 52,31%, tahun 2007 meningkat cukup tinggi sebesar 20,09% dengan BOR 72,40%, dan pada tahun 2008 masih mengalami peningkatan sebesar 5,99% sehingga mencapai BOR 78,39%, namun pada tahun 2009 menurun sebesar -28,94% yang turut menekan angka BOR menjadi 49,45%.

Perkembangan pemanfaatan TT pada RSUD-4, yang pada tahun 2005 dengan angka BOR sebesar

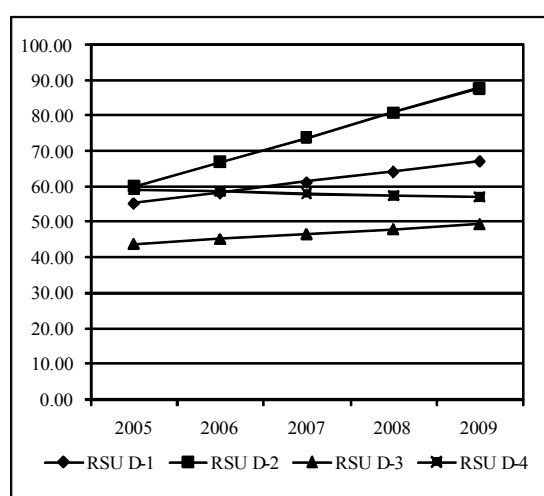
59,14%, tahun 2006 meningkat sebanyak 8,01% dengan BOR 67,15%, tahun 2007 mengalami penurunan yang sangat tajam sebesar -34,68% sehingga BOR hanya 32,47%, dan pada tahun 2008 terjadi peningkatan yang sangat tinggi sebesar 84,00% sehingga angka BOR mencapai 116,47%, namun pada tahun 2009 malah terjadi penurunan sebesar -59,38% yang menurunkan angka BOR pada level 57,09% (Gambar 1).

Data hasil penelitian dianalisis untuk melihat penggunaan fasilitas perawatan selama 5 tahun terakhir, dimana angka BOR pada: (1) RSUD-1 untuk tahun 2005 dengan BOR 55,44% sementara tahun 2009 dengan BOR 67,12% atau selama periode 2005-2009 pemanfaatan TT mengalami peningkatan sebesar 11,68% atau rata-rata 2,92% per tahun, (2) RSUD-2 untuk tahun 2005 dengan BOR 60,19% sedang tahun 2009 dengan BOR 88,06% atau selama periode 2005-2009 pemanfaatan TT mengalami peningkatan sebesar 27,87% atau rata-rata 6,97% per tahun, (3) RSUD-3 untuk tahun 2005 dengan BOR 43,70% sedang tahun 2009 dengan BOR 49,45% atau selama periode 2005-2009 pemanfaatan TT mengalami peningkatan 5,75% atau hanya rata-rata 1,44% per tahun, (4) RSUD-4 untuk tahun 2005 dengan BOR 59,14% sedang tahun 2009 dengan BOR 57,09% atau selama periode 2005-2009 pemanfaatan TT mengalami penurunan sebesar -2,05% atau rata-rata -0,51% per tahun.

Hasil analisis data tersebut di atas, terlihat suatu fenomena tidak lazim, di mana jumlah orang sakit yang mendapat perawatan inap atau pemanfaatan TT untuk tahun 2007 di RSUD-1 dengan angka BOR 100,48% (sangat tinggi atau ekstrim), di RSUD-2 dengan angka BOR 98,57% (tinggi), di RSUD-3 dengan angka BOR 72,40% (normal) sedang di RSUD-4 dengan angka BOR 32,47% (rendah), sedang untuk tahun 2008 pemanfaatan TT di RSUD-1 dengan angka BOR 115,35% (ekstrim), di RSUD-2 dengan angka BOR 141,75% (ekstrim), di RSUD-3 dengan angka BOR 78,39% (normal) sedang di RSUD-4 dengan angka BOR 116,47% (ekstrim), namun pada tahun 2009 pemanfaatan TT di RSUD-1 angka BOR 67,12% (normal), di RSUD-2 angka BOR 88,06% (tinggi), di RSUD-3 angka BOR 49,45% (rendah) dan di RSUD-4 BOR 57,09% (rendah).

Dugaan fenomena tidak lazim tersebut terjadi dengan memperhatikan perkembangan pemanfaatan fasilitas perawatan atau angka pemanfaatan TT pada 4 RSUD sampel, yang memiliki tingkat atau angka BOR, untuk tahun 2005 baru 1 RSUD yang memiliki angka BOR normal sedang 3 RSUD masih berada pada angka BOR rendah, tahun 2006 terjadi

perubahan yang sangat baik di mana 3 RSUD dengan angka BOR normal dan hanya 1 RSUD dengan angka BOR rendah, tetapi pada tahun 2007 terdapat 1 RSUD dengan angka BOR ekstrim, 2 RSUD dengan angka BOR normal dan 1 RSUD dengan angka BOR rendah, selanjutnya untuk tahun 2008 terlihat peningkatan indikator yang sangat tinggi, terdapat 3 RSUD dengan angka BOR ekstrim dan 1 RSUD dengan angka BOR normal, namun pada tahun 2009 terjadi penurunan indikator seperti pada tahun 2005 dimana 1 RSUD dengan angka BOR tinggi, 1 RSUD dengan angka BOR normal dan 2 RSUD dengan angka BOR rendah, perhatikan Gambar 2.



Gambar 2. Tren BOR ideal 2005-2009 (Hasil analisis)

Fenomena tidak lazim pada angka BOR pada 4 RSUD sampel, untuk tahun 2007, khususnya tahun 2008 mengindikasikan pencatatan dan pelaporan penggunaan fasilitas perawatan yang ekstrim, baik dari segi penerapan ilmu statistik kesehatan maupun dari segi manajemen sistem informasi kesehatan, termasuk kesiapan RSUD tersebut untuk mengikuti akreditasi institusi rumah sakit secara berkala untuk kenaikan tipe RSUD dan menjadi Badan Layanan Umum (BLU).

Hasil pencatatan dan pelaporan data pasien, tahun 2008 terdapat 3 dari 4 RSUD sampel memiliki angka BOR ekstrim (>100%), kejadian ini perlu penelusuran secara mendalam, dalam arti untuk mengetahui jumlah orang sakit yang melakukan kunjungan ke RSUD dan menjalani pemeriksaan kesehatan, demikian pula pasien rawat inap yang melebihi jumlah TT yang tersedia atau melampaui kapasitas fasilitas perawatan, yang berarti banyak pasien dirawat di luar ruang perawatan (hanya menggunakan kasur, kursi atau meja panjang),

kondisi perawatan pasien di RSUD seperti ini bisa terjadi bila suatu daerah terserang wabah penyakit menular atau kejadian luar biasa (KLB), seperti KLB demam berdarah dan KLB diare atau sekelompok warga terkena keracunan, namun penanganan (perawatan) pasien KLB biasanya hanya berlangsung 2-3 minggu, bukan 56 minggu atau sepanjang tahun.

Mencermati fenomena tidak lazim tersebut, kuat dugaan hal ini berhubungan langsung dengan program pembiayaan kesehatan gratis yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin (Jamkesmas) dari Departemen Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan (Sulawesi Selatan) bersama Pemerintah Kabupaten/Kota se-Sulawesi Selatan, kecuali Kabupaten Sinjai yang terlebih dahulu telah menerapkan model Jamkesda tersendiri.

Kuat dugaan pengelola program Jamkesmas dan Jamkesda di berbagai RSUD dengan sengaja melakukan penggelembungan (*mark-up*) tagihan biaya pemeriksaan kesehatan, perawatan rumah sakit dan pembelian obat-obatan di apotek dengan membuat data pasien fiktif (*ganda*), seperti pasien PNS atau pensiunan TNI dan Polri yang melakukan pemeriksaan kesehatan, menjalani rawat inap dan pemakaian obat-obatan yang pembiayaannya melalui PT. Asuransi Kesehatan (Askes), dicatat dan tagih pula sebagai pasien yang mendapat Jamkesmas dan Jamkesda.<sup>7</sup>

Ditemukan beberapa RSUD tipe C (kecil) dan RSUD tipe D (sangat kecil) namun tagihan biaya perawatan dan pembelian obat-obatan di apotek sangat besar mencapai Rp 2 milyar per bulan, sementara tagihan yang sama tahun sebelumnya hanya beberapa ratus ribu rupiah<sup>8</sup>, bahkan tahun 2009 ada RSUD mengklaim utang lebih Rp 2 milyar yang dicurigai membuat laporan pelayanan pasien dan tagihan fiktif sehingga anggota DPRD setempat melakukan inspeksi mendadak karena alokasi dana pelayanan kesehatan di RSUD tersebut telah disediakan dari (i) Jamkesda, (ii) anggaran rutin RSUD dan (iii) program pelayanan UGD gratis dari Bupati, namun jasa medis dokter jaga di UGD pun belum dibayar (utang) padahal dananya tersedia pada program pelayanan UGD gratis.<sup>9</sup>

Problem lain banyak dokter yang melakukan praktik pagi, menggunakan fasilitas dinas dalam kompleks RSUD, kondisi ini terkesan diskriminatif terhadap pasien dari keluarga miskin (*gakin*) sehingga mempengaruhi kualitas pelayanan medik<sup>10</sup>, belum lagi sikap perawat yang kurang bersahabat bahkan sering memarahi pasien miskin<sup>11</sup>, ironis

memang pasien *gakin* diminta membayar biaya pemeriksaan dokter hingga Rp200 ribu demikian pula pada pasien peserta Jamkesmas setelah menjalani perawatan disuruh membayar Rp 2 juta, walaupun pihak RSUD menyatakan tidak ada pem bayaran bagi pasien peserta Jamkesmas dan Jamkesda.<sup>12</sup>

Sementara pengelolaan keuangan dan manajemen beberapa RSUD yang masih banyak bobrok, terlihat jelas sarana dan prasarana yang minim dengan utang yang menumpuk<sup>13</sup>, belum membayar jasa pelayanan medik dokter, sehingga banyak dokter ahli yang mengancam meninggalkan tugasnya, bahkan melakukan aksi mogok menuntut pem bayaran jasa pelayanan medik yang tertunda selama 10 bulan, tidak ada uang insentif<sup>14</sup>, aksi mogok para dokter yang menuntut hak mereka membuat ratusan pasien terlantar, pasien yang masih butuh perawatan intensif terpaksa harus dirujuk ke RSUD terdekat atau dilarikan ke RSU provinsi.<sup>15</sup>

Dugaan selanjutnya alokasi dana kesehatan gratis tidak sesuai dengan peruntukannya untuk pelayanan kesehatan pada masyarakat, khususnya bagi *gakin*, beberapa kejadian digunakan untuk pengadaan peralatan dan penunjang di RSUD<sup>16</sup>, penyusunan anggaran kesehatan di tingkat kabupaten masih banyak tidak berbasis kinerja, bahkan alokasi dana untuk perjalanan pada Dinas Kesehatan mencapai milyaran rupiah, tidak sesuai kebutuhan yang sangat perlu dan mendesak untuk meningkatkan pelayanan kesehatan masyarakat<sup>17</sup>, banyak masalah yang seharusnya tidak perlu terjadi justru mengemuka dan mencoreng pengelola program pembiayaan kesehatan gratis di RSUD, pelaksanaan Jamkesda belum maksimal, bahkan Gubernur Sulawesi Selatan meminta polisi dan jaksa untuk menangkap tenaga paramedis dan medis (dokter) yang bermain-main dengan rakyat.<sup>18</sup>

Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan telah memberi jaminan, bahwa dengan berbekal Kartu Tanda Penduduk (KTP) atau Kartu Keluarga (KK), masyarakat dapat mengakses fasilitas pelayanan kesehatan dasar maupun fasilitas pelayanan kesehatan medik di RSUD dan harus mendapat pelayanan kesehatan melalui Jamkesda. Hal ini berdampak pada laporan kunjungan RSUD tahun 2008 yang mengalami kenaikan sekitar 150% dari kunjungan pasien rata-rata 100 orang per hari yang sebelumnya hanya rata-rata 40 orang per hari.<sup>19</sup>

Belajar dari banyak masalah pada pengelolaan program Jamkesda, namun Bupati Sinjai menegaskan bahwa pemerintah wajib dan bertanggung jawab atas pelayanan dasar dan

berlaku untuk seluruh masyarakat, maka untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal dibutuhkan suatu program terobosan<sup>20</sup>, jajaran kesehatan sadar dan tahu persis kondisi kesehatan pada masyarakat di daerahnya bahwa pelayanan kesehatan tidak cukup hanya di Puskesmas dan RSUD, sehingga badan pelaksana (Bapel) Jamkesda Kabupaten Sinjai turun langsung 12 kali dalam satu bulan untuk melakukan pengobatan berbagai penyakit yang diderita masyarakat desa secara gratis.<sup>21</sup>

Program terobosan turun langsung melakukan pengobatan pada warga yang menderita sakit dari desa ke desa tersebut sangat bermanfaat dan berhasil mencapai derajat kesehatan masyarakat yang optimal, yang bertujuan menekan jumlah kunjungan pasien ke RSUD-3 yang tahun 2005 dengan BOR 43,70% sedang tahun 2009 BOR 49,45% secara kumulatif selama 5 tahun hanya meningkat 5,75% atau rata-rata 1,44% per tahun, dan selanjutnya berdampak pada warga yang sakit dan memerlukan perawatan di kelas II (bukan kelas III atau bangsal seperti standar Jamkesda Provinsi Sulawesi Selatan bersama Kabupaten dan Kota), termasuk tindakan operasi dilayani dengan baik dan teliti dari dokter/dokter spesialis dan paramedis tanpa membedakan pasien yang membayar sendiri dengan pasien yang tanggung oleh Jamkesda.<sup>22</sup>

Pelayanan kesehatan yang optimal, berkualitas, merata dan terjangkau untuk seluruh masyarakat di kabupaten Sinjai dapat tercapai sebagai dampak dari suatu terobosan dari penentu kebijakan yang berpihak pada masyarakat, khususnya dari keluarga miskin menjadikan program terobosan tersebut berhasil, sementara diberbagai daerah masih sibuk dengan pelayanan RSUD yang perawatnya kurang ramah, pasien diterlantarkan, banyak utang, aksi mogok para dokter dan berbagai masalah seperti ungkapan klasik rumah sakit itu institusi yang padat karya karena banyak orang yang bekerja, padat ilmu karena tempat bekerja tenaga ahli dan yang memiliki pengetahuan khusus, padat teknologi karena banyak menggunakan peralatan canggih, sekaligus sarat masalah karena pengelolaan manajemen dan keuangan masih banyak yang bobrok sehingga dibutuhkan seorang manajer profesional atau manajer ideal untuk RSUD.

Manajer ideal, tipe manajer yang cocok untuk duduk sebagai eksekutif atau yang lebih dikenal direktur rumah sakit, amat sulit mengingat bahwa selama ini seorang direktur rumah sakit diambil dari pegawai yang berpendidikan profesi medis yang paling senior, atau ditentukan langsung oleh pemerintah, namun sering kali gagal

memaksimalkan peran para staf medis fungsional, yang justru merugikan RSUD sebagai institusi.

Seorang direktur tidak menyadari bahwa dirinya sebagai penyebab, mengapa banyak RSUD menjadi gagal mencapai pelayanan yang optimal dan meraih sukses. Padahal, rumah sakit tersebut memiliki potensi, penilaian obyektif terhadap prestasi organisasi institusi dapat memperlihatkan kepada anda, bagaimana para eksekutif penting menentukan kapabilitas manajemen, menyebut beberapa kekurangan pribadi yang dapat menghambat kemajuan organisasi: (1) problem antar pribadi; seorang pekerja atau kelompok pekerja profesi dalam menjalankan tugas memasukkan keinginan pribadi atau kepentingan profesi ke dalam aktivitas sehari-hari, sehingga menyulitkan manajemen untuk berjalan sebagaimana mestinya, lebih parah jika manajer ikut dalam persoalan ini, dan tidak mampu menempatkan diri sebagai manajer profesional, (2) perbedaan sasaran pribadi dan institusi; seorang direktur RSUD pada kesempatan presentasi, berbicara penuh semangat tentang visi dan misi organisasi, tetapi dalam tindakan nyata pada berbagai aktivitas pokok rumah sakit yang dia pimpin, justru lebih banyak menonjolkan kepentingan pribadi dan kepentingan kelompok, sementara kelangsungan hidup institusi seandainya diabaikan, (3) sikap mendominasi; seorang direktur rumah sakit banyak yang memiliki sikap mendominasi pekerjaan (tugas) sampai pada tingkat yang kecil, baik yang bersifat teknis maupun pada administrasi, sehingga bukan hanya menghambat motivasi kerja para karyawan, tetapi juga membuat prestasi kerja justru menurun, (4) sikap tidak flexibel (kaku); seorang direktur RSUD dengan latar belakang disiplin ilmu kedokteran, kemungkinan pikirannya sangat tertutup dan tidak mau tahu disiplin bidang lain. Sikap yang kaku membuatnya tidak dapat melihat kenyataan bahwa sikap seperti itu justru banyak merugikan institusi.

Disinilah perlunya dikembangkan suatu sistem dan mekanisme manajemen secara luwes, yang menjamin terselenggaranya kerja sama antar semua unit atau bagian, karena mempertahankan sikap kaku, membuat Anda menjadi musuh Anda yang paling besar: (a) tidak mampu mendelegasikan tugas; seorang direktur RSUD pada saat baru menduduki jabatan, senantiasa membaca seluruh tugas pokok dan fungsi organisasi, lengkap dengan visi dan misi organisasi, termasuk era otonomi daerah, mengumpulkan staf ataupun memanggil staf satu per satu dimintai keterangan yang berhubungan uraian tugas dan tanggung jawab, juga menanyakan berbagai hal tentang direktur lama, yang tidak pernah

mendelegasikan tugas dan tanggung jawab kepada staf, seluruh aktivitas organisasi dikontrol langsung dan direktur rumah sakit umum tidak mampu mendelegasikan tugas teknis mau pun tugas administrasi kepada staf atau manajer di bawah kendalinya. Hal ini disebabkan adanya faktor dominasi kepentingan lebih kuat, (b) tidak mampu mengembangkan manajemen; seorang direktur RSUD pada kesempatan presentasi, menggambarkan kondisi rumah sakit dengan menggunakan analisis SWOT, namun tidak mampu menilai posisi keuangan dan informasi lengkap tentang aktivitas rumah sakit yang dia pimpin, kondisi ini dengan mudah diidentifikasi melalui tim kerja struktural dan fungsional yang kemungkinan sudah lebih dari lima tahun pada posisi masing-masing, atau terjadi mutasi yang sifatnya hanya rotasi biasa, kebanyakan direktur rumah sakit umum tidak mampu mengembangkan manajemen, (c) takut mengambil resiko; seorang direktur RSUD sulit mengerti apalagi menerima masukan dari staf, sekalipun masukan atau prakarsa tersebut didukung oleh analisis ilmiah, perhitungan matang dan kelayakan usaha, sepanjang menyangkut pengeluaran keuangan atau penggunaan material rumah sakit, jangan harap akan lolos, ketakutan mengambil resiko ini, sangat merugikan rumah sakit dari segi manajemen, betapa tidak, rumah sakit dibiarkan statis dan berjalan ditempat tanpa pernah membuat terobosan pelayanan kesehatan masyarakat yang berarti.

### KESIMPULAN DAN SARAN

Terlihat hasil analisis data dan berbagai rujukan dapat diketahui beberapa masalah dan kendala yang menghambat pelaksanaan program kesehatan gratis, namun terpulang pada penentu kebijakan di daerah, untuk membuat program kerja yang sesuai kondisi lapangan dan berpihak pada masyarakat, khususnya pada keluarga miskin yang menjadi kewajiban pemerintah daerah yang dijamin oleh peraturan perundang-undangan, sehingga dapat ditarik simpulan bahwa program pelayanan kesehatan gratis dari segi kebijakan sangat baik, tetapi pada pelaksanaan dilapangan memerlukan pembenahan manajemen RSUD dan perbaikan pada pengelola program, sehingga tidak melakukan penggelembungan tagihan biaya perawatan dan harga obat seperti selama ini terjadi, perlu upaya pencegahan dengan mengakses secara *on-line* rekam medik (SP2RS) sehingga jumlah pasien, lama perawatan, pemakaian obat yang digunakan, pengalokasian dana pembiayaan kesehatan gratis tidak masuk rekening Dinas Kesehatan dan RSUD

tetapi melalui rekening bank persepsi yang penarikannya perlu bukti pelayanan (tagihan) diverifikasi kepada pasien oleh pihak bank dan bank bertanggung jawab.

Kebijakan Bupati Sinjai yang membuat terobosan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal dengan melakukan kunjungan langsung ke desa-desa untuk melakukan pengobatan berbagai penyakit warga secara gratis, mampu mengurangi jumlah orang sakit yang pemeriksaan kesehatan maupun yang menjalani rawat inap di RSUD, sehingga bila pasien yang harus mendapat rawat di RSUD Sinjai dapat menikmati fasilitas perawatan kelas II dengan pelayanan paramedis dan dokter yang berkualitas tanpa adanya perbedaan antara pasien yang membayar dari keluarga mampu dengan pasien peserta Jamkesda.

### UCAPAN TERIMA KASIH

Kepada Ir. H.M.Idrus Hafied selaku Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan, yang telah memberikan dorongan moril dan alokasi dana penelitian yang bersumber dari APBD 2010, kepada Drs. H. Ibrahim DP, SKM, MKM yang telah membantu menganalisis data hasil penelitian dan para pengelola data di RSUD sampel, serta kepada semua pihak yang secara langsung ataupun tidak langsung turut membantu hingga selesainya penulisan artikel ilmiah ini.

### KEPUSTAKAAN

1. Sekretaris Negara R.I. Undang-Undang No. 32 Tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah, Sekretariat Negara R.I. Jakarta, 2004.
2. Departemen Kesehatan RI. Kebijakan Desentralisasi Bidang Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2003.
3. Sekretaris Negara R.I. Peraturan Pemerintah Nomor 65 Tahun 2005 tentang Pedoman Penyusunan dan Penerapan Standar Pelayanan Minimal, Sekretariat Negara R.I. Jakarta, 2005.
4. Departemen Kesehatan R.I. Kumpulan Indikator Kesehatan Arti dan Manfaatnya, Pusat Data Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 1998.
5. Departemen Dalam Negeri RI, Peraturan Menteri Dalam Negeri No. 33 Tahun 2007 tentang Pedoman Penyelenggaraan Penelitian dan Pengembangan di Lingkungan Departemen Dalam Negeri dan Pemerintah Daerah, Departemen Dalam Negeri R.I., Jakarta, 2007.
6. Departemen Kesehatan, Metode Evaluasi Cepat atau Rapid Evaluation Method (REM), Pusat

- Data dan Informasi Kesehatan, Departemen Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta, 2000.
7. Direktur RSUD Pare Pare, Komisi B Ungkap Dugaan Penyalahgunaan Askeskin, Makassar, *Harian Fajar*, 14 Februari 2008.
8. Departemen Kesehatan, Selidiki Klaim Askeskin (Menelusuri Dugaan Penggelembungan Klaim Program Askeskin Beberapa Rumah Sakit), Jakarta, *harian Pedoman Rakyat*, 4 Agustus 2007.
9. Anggota DPRD, Dewan Pertanyakan Klaim Utang Rp 2 M, Makassar, *Harian Fajar*, 17 Juli 2010.
10. Anggota Komisi III DPRD, Dokter RSUD Praktek Pagi (Tempat Praktek Pagi Dalam Komplek RSUD), Makassar, *Harian Fajar*, 8 April 2010.
11. DPRD, Datang Berobat Perawat Marahi Pasien (Soroti Pelayanan Kesehatan), Makassar, *Harian Fajar*, 12 Juli 2010.
12. Warga Miskin Bayar Periksa Kesehatan (Orang Tua Pasien Disuruh Membayar dan Peserta Jamkesmas yang Dirawat Disuruh Membayar), Makassar, *Harian Fajar*, 11 Juli 2010.
13. Direktur RSUD, Terancam Degradasi (Terancam Turun Status Type C Turun Menjadji Type D), Makassar, *Harian Fajar*, 28 Juni 2010.
14. Direktur RSUD, Jasa Dokter Menunggak 10 Bulan, Makassar, *Harian Fajar*, 15 Mei 2010.
15. Direktur RSUD, Puluhan Dokter Mogok, Makassar, *Harian Fajar*, 7 April 2010.
16. Dana Kesehatan Gratis Salah Sasaran, Makassar, *Harian Fajar*, 14 Oktober 2009.
17. Gubernur Sulawesi Selatan, Kesehatan Gratis Belum Maksimal, Makassar, *Harian Fajar*, 6 Maret 2010.
18. Gubernur Sulawesi Selatan, Meminta Polisi dan Jaksa Menangkap Tenaga Paramedis dan Dokter yang Bermain-main dengan Rakyat, Makassar, *Harian Fajar*, 6 Maret 2010.
19. Dinas Kesehatan Sulawesi Selatan, Akui Banyak Keluhan, Sayang Siap Benahi Berbagai Kelemahan, Makassar, *Harian Fajar*, 10 April 2010.
20. Bupati Sinjai, Jamkesda Sinjai Terobosan Baru Bebaskan Biaya Kesehatan, Makassar, *Harian Fajar*, 22 April 2010.
21. Bapel Jamkesda Sinjai, Pelayanan Dari Desa ke Desa, *Fajar*, 22 April 2010.
22. Jamkesda Sinjai Siap Tanggung Biaya Operasi, Makassar, *Harian Fajar*, 22 April 2010.