BAB 7

ANALISIS EKSTERNAL DAN INTERNAL

Pernyataan misi, visi, pedoman nilai, dan tujuan perlu dikaji secara mendalam dengan analisis lingkungan eksternal dan internal rumah sakit. Pengkajian ini pada hakekatnya menilai apakah rumah sakit mempunyai kemampuan dan peluang untuk melaksanakan misinya. Sebagai konsekuensinya para pemimpin diharapkan memutuskan arah rumah sakit dan tindakan-tindakan yang perlu dilakukan. Hasil analisis lingkungan ini mungkin mempengaruhi kembali pernyataan misi dan visi. Dengan demikian, bukan keharusan bahwa pernyataan misi dan visi dilakukan sebelum analisis internal dan eksternal. Kemungkinan pernyataan visi dan misi akan diubah setelah melakukan analisis eksternal dan internal.

Analisis eksternal dan internal dapat dilakukan pada jenjang rumah sakit secara keseluruhan maupun pada unit-unit pelayanan. Bagi rumah sakit yang besar dan mempunyai banyak unit pelayanan, analisis eksternal dan internal sebaiknya dilakukan pula pada tingkat unit pelayanan.

1. Analisis Lingkungan Eksternal Rumah Sakit

Mengapa rumah sakit harus melakukan analisis eksternal? Pada Bab 1 telah dibahas bahwa mengenai rumah sakit sebagai sebuah organisasi tergantung pada lingkungan luar, seperti halnya makhluk hidup lain. Arti lingkungan luar tidak hanya fisik tetapi nonfisik sehingga mungkin lebih tepat disebut sebagai lingkungan usaha rumah sakit. Penelitian oleh Trisnantoro, Zebua, dan Gosong (1999) pada dua rumah sakit Kristen di dua tempat yang berbeda lingkungan usaha menunjukkan perbedaan sistem manajemen. Perbedaan yang terjadi sangat besar. RS Bethesda Yogyakarta menunjukkan sistem manajemen rumah sakit yang mengarah ke lembaga modern, sementara itu RS di Rante Pao, Tanah Toraja, Sulawesi Selatan masih menunjukkan sistem manajemen rumah sakit pada abad XIX. Perubahan sistem manajemen ini berasal dari pengaruh lingkungan luar.

Secara fisik dan harfiah berbagai rumah sakit di jantung kota mengalami tekanan lingkungan yang sangat kuat akibat kemacetan lalu-lintas dan perkembangan permukiman penduduk ke pinggiran kota. Peta rumah sakit di Daerah Khusus Ibukota Jakarta menunjukkan perubahan menarik akibat perubahan lingkungan. Rumah sakit-rumah sakit keagamaan yang berasal dari zaman Belanda yang berada di daerah Menteng, Jakarta Pusat (pemukiman elite masa Belanda) menghadapi masalah kemacetan lalu lintas dan polusi. Pada masa lalu daerah Menteng merupakan permukiman sehingga terdapat peluang bagi berjalannya sebuah rumah sakit bagi kalangan atas. Akan tetapi, kemacetan lalu-lintas dan polusi udara di kawasan tersebut

menjadikan ancaman bagi berlangsungnya pelayanan rumah sakit secara efektif. Sementara itu, berbagai rumah sakit swasta baru, termasuk yang berbentuk perseroan terbatas (*for profit*) mengembangkan usaha di daerah pemukiman seperti, Pondok Indah, Cinere, Bekasi, Karawaci.

Di Daerah Istimewa Yogyakarta terjadi perubahan serupa. Kemacetan lalu lintas, polusi udara, serta polusi suara menjadi ancaman bagi RS PKU Muhammadiyah, RS Bethesda, dan RS Panti Rapih. Perubahan lingkungan bukan hanya pengaruh lingkungan fisik tetapi juga perubahan oleh beberapa hal seperti peningkatan harapan dan tuntutan masyarakat akan pelayanan rumah sakit, adanya UU Perlindungan Konsumen, adanya UU Praktik Kedokteran, globalisasi sumber daya manusia, perubahan kebijakan Menteri Kesehatan mengenai pembiayaan bagi keluarga miskin hingga perbaikan sarana transportasi.

Dua model dalam memahami perubahan lingkungan akan dibahas dalam analisis eksternal. Manfaat menggunakan model pemikiran yaitu agar tidak satupun faktor yang terlewat dalam melakukan analisis eksternal. Model 1 berdasarkan pada konsep sistem kesehatan, sedangkan Model 2 menggunakan analisis industri dari Michael Porter. Model-model analisis lingkungan ini dapat dipergunakan sebagai alternatif metode penggalian sumber informasi untuk melakukan penarikan kesimpulan mengenai ancaman dan peluang. Pemilihan model tersebut tergantung dari situasi rumah sakit setempat. Sebagai contoh, rumah sakit di daerah yang kompetitif, analisis Model Porter merupakan model yang tepat dipakai. Apapun model yang dipakai untuk melakukan analisis eksternal, pada intinya diharapkan ada kesimpulan berupa peluang dan ancaman. Kesimpulan ini akan menjadi bahan untuk analisis *Strength, Weakness, Opportunity, and Threats (SWOT)* dan penyusunan strategi rumah sakit.

Proses analisis ini digambarkan oleh Duncan (1997) terdiri atas empat langkah yaitu *scanning, monitoring, forecasting*, dan *assessing the organization implication*. Langkah pertama *scanning* dilakukan dengan kegiatan

mengamati informasi mengenai lingkungan luar. Informasi ini kemudian diorganisir menjadi kategori-kategori sesuai model yang dipilih. Jadi, sebelum melakukan *scanning* perlu dipilih model dulu misalnya menggunakan model Porter atau model lainnya. Dalam langkah *scanning* ini pada tiap-tiap kategori dilakukan identifikasi isu-isu penting.

Langkah kedua, melakukan tindakan yang disebut *monitoring*. Tahap monitoring dilakukan kegiatan mengumpulkan data sesuai hal-hal yang ditemukan pada setiap kategori. Data yang diperoleh kemudian disusun dalam bentuk informasi sehingga dapat dilakukan analisis *trend* terhadap data yang ada, termasuk perkembangan, dilema-dilema, dan kemungkinan terjadinya suatu peristiwa. Tahap monitoring ini juga dilakukan penilaian terhadap laju perubahan isu yang diamati.

Langkah ketiga adalah *forecasting* yaitu memperkirakan masa depan setiap kategori. Apabila isu tersebut dapat dikuantifikasi dalam angka maka perlu dilakukan proyeksi secara *timer series.* Hal ini dapat dilakukan dengan menggunakan perhitungan komputer. Apabila data bersifat kualitatif, maka dapat dilakukan analisis kecenderungan atau melakukan penetapan berbagai skenario.

Langkah keempat, *assessing the organisation implication*, adalah melakukan penilaian yang berupa evaluasi terhadap makna proyeksi isu untuk rumah sakit. Langkah ini merumuskan apakah isu-isu dalam kategori merupakan peluang ataukah merupakan hambatan/ancaman berjalannya misi dan tercapainya visi.

Dengan demikian, hasil akhir proses analisis eksternal adalah kesimpulan mengenai peluang dan ancaman. Mengingat informasi sebagian besar mencakup berbagai faktor dan saling terkait, maka mustahil mendapat program komputer untuk penilaian akhir. Oleh karena itu, ketrampilan analisis eksternal harus dikuasai oleh seorang pemimpin ataupun tim perencana rumah sakit. Dalam proses analisis ini diperlukan ketrampilan menetapkan keputusan yang mengandung unsur persepsi, intuisi, subyektifitas, ataupun spekulasi-spekulasi. Proses ini

merupakan salah satu sasaran kritikan terhadap model berpikir strategis. Kritikan tersebut pada intinya menyatakan bagaimana mungkin keputusan didasarkan pada perumusan kesimpulan yang sulit standar bakunya. Akan tetapi, apabila dilihat dalam konteks melakukan kegiatan usaha, proses analisis eksternal ini merupakan sistematika untuk menerangkan mengapa ada seorang pengusaha yang selalu jeli mengambil peluang, sementara itu ada pula pengusaha yang cenderung sebaliknya. Dapat dikatakan bahwa ada unsur seni dalam perumusan hasil ini.

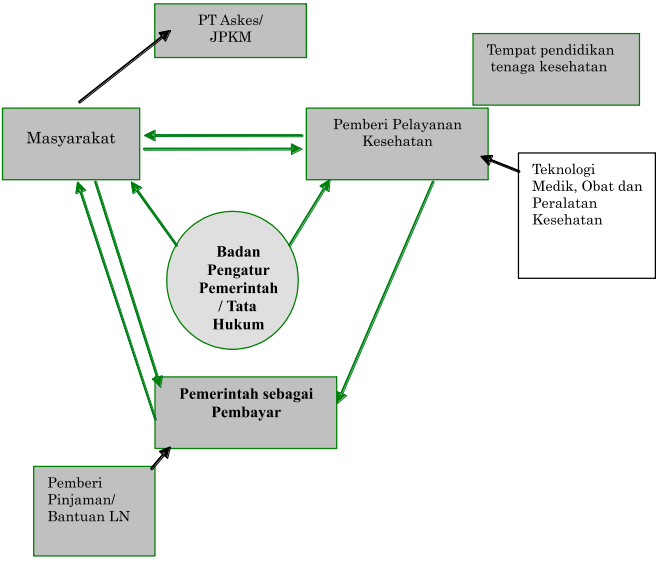
Model 1. Analisis lingkungan eksternal berdasarkan Sistem Kesehatan

Dalam membahas sistem kesehatan sebagai lingkungan rumah sakit, berbagai pelaku kunci dalam pelayanan kesehatan perlu diidentifikasi yaitu pemerintah, masyarakat, pihak ketiga yang menjadi sumber pembiayaan seperti PT Askes Indonesia, penyedia pelayanan, termasuk industri obat dan tempat-tempat pendidikan tenaga kesehatan, serta berbagai lembaga pemberi hutang dan *grant* untuk pelayanan kesehatan.

Pemerintah

Keadaan pemerintah dipengaruhi oleh pandangan politik. Saat ini pandangan politik menekankan mengenai demokrasi, transparasi, dan pengembangan peran serta masyarakat. Peran pemerintah diharapkan mencakup beberapa hal antara lain sebagai regulator yang baik, sumber pembiayaan untuk melindungi yang miskin dan pemberi pelayanan kesehatan. Peranan dalam aspek regulasi yaitu menetapkan dan merumuskan standar-standar, melakukan monitoring secara teknis, mendefinisikan paket-paket pemeliharaan kesehatan yang tepat, mengawasi melalui peraturan agar terjadi efisiensi pelayanan kesehatan. Rumah sakit perlu memperhatikan kecenderungan ini pada tingkat nasional maupun provinsi dan kabupaten. Sistem akreditasi rumah sakit, lisensi dan sertifikasi perlu diperhatikan oleh rumah sakit.

Perkembangan regulasi pemerintah perlu diperhatikan misalnya, dikeluarkannya berbagai undang-undang yang menyangkut rumah sakit, misalnya UU Perlindungan Konsumen, UU Nomor 16 Tahun 2001 tentang Yayasan, PP 8 tahun 2003, UU Nomor 1 Tahun 2004 , UU Praktik Kedokteran dan berbagai Peraturan Pemerintah dan Peraturan Menteri Kesehatan. Berbagai peraturan baru pemerintah harus dianalisis. Apakah peraturan-peraturan itu merupakan ancaman ataukah peluang untuk pengembangan rumah sakit. Undang-Undang Perlindungan Konsumen sampai saat ini masih kontroversial. Hal ini karena sebagian pihak setuju rumah sakit terkena sementara sebagian lain tidak setuju dengan alasan undang-undang itu dapat menjadi ancaman untuk pengembangan rumah sakit. Sebaliknya dengan pemikiran positf, undang-undang tersebut dapat menjadi faktor pendorong perkembangan rumah sakit karena akan meningkatkan kecermatan dalam pelayanan rumah sakit.



GAMBAR 3.4.
MODEL SISTEM PELAYANAN KESEHATAN
(Diadaptasi dari: *Public Health Forum* di LSHTM tahun 1998)

Peran pemerintah sebagai pembayar perlu diperhatikan. Kebijakan desentralisasi kesehatan mempengaruhi kemampuan pemerintah. Pemerintah sebagai lingkungan luar perlu dibedakan antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Keduanya memiliki peranan yang berbeda. Peluang pembiayaan untuk keluarga miskin dari pemerintah perlu diperhatikan. Meningkatnya dana kompensasi BBM pemerintah pusat dan kemungkinan pemerintah daerah menjadi "kaya" akibat desentralisasi perlu diperhatikan. Hal ini menjadi peluang untuk meningkatkan misi sosial rumah sakit. Hal yang perlu dicatat adalah anggaran Departemen Kesehatan. Anggaran tersebut sebagian berasal dari pinjaman luar negeri. Tahun anggaran 2000 pinjaman luar negeri telah mencapai angka sekitar 49% dari seluruh anggaran pembangunan di Departemen Kesehatan. Kecenderungan ini meningkatkan ketergantungan pemerintah pada pinjaman luar negeri. Kecenderungan kenaikan atau penurunan sumber pembiayaan oleh pemerintah pusat dan daerah perlu diperhatikan oleh rumah sakit. Lebih lanjut peran subsidi pemerintah akan dibahas pada Bab 9.

Kecenderungan fungsi pemerintah sebagai pemberi pelayanan rumah sakit perlu diperhatikan. Jika dibanding dengan rumah sakit swasta, pertambahan rumah sakit pemerintah tidak sebanyak rumah sakit swasta. Kurun waktu selama enam tahun terakhir ini, jumlah rumah sakit pemerintah menurun dibandingkan rumah sakit swasta yang mengalami peningkatan sekitar 15%. Sebagai pemberi pelayanan kesehatan, rumah sakit pemerintah masih mengalami masalah dalam tata birokrasi rumah sakit.

Masyarakat

Masyarakat merupakan lingkungan luar penting karena sebagian besar pendapatan rumah sakit berasal dari

masyarakat secara langsung. Dalam hal ini perlu dipahami konsep *need* dan *demand*. *Demand* adalah keinginan untuk lebih sehat. Hal ini diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan tenaga kedokteran. *Needs* adalah keadaan kesehatan yang dinyatakan oleh tenaga kedokteran harus mendapat penanganan medis (Posnett, 1988). Dengan demikian, *demand* masyarakat tidak sama dengan *needs.* Secara ideal berdasarkan konsep negara kesejahteraan seluruh *needs* masyarakat akan dibiayai pemerintah. Akan tetapi, hal ini sulit dilakukan sehingga pemerintah di negara sedang berkembang melakukan berbagai usaha. Masyarakat miskin yang mempunyai *needs* akan pelayanan kesehatan merupakan pihak yang dibiayai, sedangkan mereka yang mempunyai *demand* dan mampu membayar diharapkan mandiri.

Dalam analisis eksternal, melihat peluang dalam potensi masyarakat membayar pelayanan kesehatan dilakukan melalui analisis *demand* masyarakat. Dalam hal ini *demand* masyarakat akan rumah sakit dapat dilihat dari berbagai faktor (Fuchs, 1998; Dunlop dan Zubkoff ,1981). Faktor-faktor tersebut antara lain, kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis yang tercatat dalam data epidemiologi, penilaian pribadi akan status kesehatannya, variabel-variabel ekonomi seperti, tarif serta ada tidaknya sistem asuransi dan penghasilan, kemudian variabel-variabel demografis dan organisasi. Di samping faktor-faktor tersebut terdapat beberapa faktor lain misalnya, pengiklanan, pengaruh jumlah dokter dan fasilitas pelayanan kesehatan, serta pengaruh inflasi. Faktor-faktor tersebut memiliki keterkaitan satu sama lain.

Kebutuhan berbasis pada aspek fisiologis menekankan pentingnya keputusan petugas medis yang menentukan perlu tidaknya seseorang mendapat pelayanan medis. Kebutuhan ini dapat dilihat pada pola epidemiologi yang seharusnya diukur berdasarkan kebutuhan masyarakat. Akan tetapi, data epidemiologi saat ini sebagian besar menggambarkan puncak gunung es yaitu *demand*, bukan kebutuhan (*need*s). Secara sosioantropologis, penilaian pribadi akan status kesehatan dipengaruhi oleh kepercayaan, budaya, dan norma-norma

sosial di masyarakat. Rumah sakit harus memperhatikan keadaan masyarakat. Perlu diperhatikan pula *demand* terhadap pelayanan pengobatan alternatif pada masyarakat. Sebagai contoh, untuk berbagai masalah kesehatan jiwa peranan dukun masih sangat besar. Di samping itu, masalah persepsi mengenai risiko sakit merupakan hal yang penting. Sebagian masyarakat sangat memperhatikan status kesehatannya sehingga berusaha untuk memeliharanya dengan baik. Akan tetapi, ada pula masyarakat yang tidak perduli dengan kesehatannya.

Variabel ekonomi penting bagi peluang pengembangan rumah sakit yaitu penghasilan masyarakat. Sebagian besar pelayanan kesehatan merupakan barang normal. Maksudnya, kenaikan penghasilan keluarga akan meningkatkan *demand* untuk pelayanan kesehatan. Akan tetapi, ada pula sebagian pelayanan kesehatan yang bersifat barang inferior. Artinya, kenaikan penghasilan masyarakat justru menyebabkan penurunan konsumsi. Hal ini terjadi pada rumah sakit pemerintah di berbagai kota dan kabupaten. Muncul kecenderungan mereka yang berpenghasilan tinggi tidak menyukai pelayanan kesehatan yang menghabiskan waktu banyak. Hal ini diantisipasi oleh rumah sakit-rumah sakit yang menginginkan pasien dari golongan mampu. Masa tunggu dan antrian untuk mendapatkan pelayanan medis harus dikurangi. Misalnya dengan menyediakan pelayanan rawat jalan melalui perjanjian terlebih dahulu. Dampak kebijakan desentralisasi perlu diperhatikan, apakah meningkatkan penghasilan masyarakat sehingga menjadi peluang atau justru menurunkan pendapatan mereka sehingga menjadi ancaman bagi rumah sakit.

Variabel-variabel demografis dan organisasi meliputi umur, jenis kelamin, dan pendidikan. Faktor umur mempengaruhi *demand* terhadap pelayanan preventif dan kuratif. Semakin tua usia seseorang, akan lebih meningkatkan *demand*nya terhadap pelayanan kuratif. Sementara itu, *demand* terhadap pelayanan kesehatan preventif menurun. Dengan kata lain, semakin mendekati saat kematian seseorang

merasa bahwa keuntungan dari pelayanan kesehatan preventif akan lebih kecil dibandingkan dengan saat seseorang itu masih muda. Fenomena ini terlihat pada pola demografi di negara-negara maju yang berubah menjadi masyarakat tua. Pengeluaran untuk pelayanan kesehatan menjadi sangat tinggi. Untuk perawatan usia lanjut (orang tua) yang relatif lama, mungkin bukan rumah sakit yang menjadi pilihan berobat tetapi lebih cenderung pada perawatan rumah. Seseorang dengan pendidikan tinggi cenderung mempunyai *demand* yang lebih tinggi. Pendidikan seseorang yang relatif tinggi cenderung meningkatkan kesadaran akan status kesehatan.

Efek inflasi terhadap *demand* terjadi melalui perubahan-perubahan pada tarif pelayanan rumah sakit, jumlah pendapatan keluarga, dan asuransi kesehatan. Faktor ini harus diperhatikan oleh rumah sakit karena pada saat inflasi tinggi ataupun pada resesi ekonomi, *demand* terhadap pelayanan kesehatan akan terpengaruh. Di tengah krisis ekonomi di Indonesia, tercatat beberapa rumah sakit di Yogyakarta tidak mengalami penurunan *demand*. Bangsal-bangsal VIP justru tidak mengalami penurunan pasien, bahkan kecenderungan meningkat. Salah satu dugaan berkait hal itu adalah para pasien kaya yang biasa pergi ke Jakarta atau Singapura, merubah perilakunya untuk mencari penyembuhan di rumah sakit Yogyakarta.

Asuransi Kesehatan

Faktor asuransi kesehatan pada negara-negara maju menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan. Di samping itu, dikenal pula program pemerintah dalam bentuk jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan orang tua. Program pemerintah ini sering disebut asuransi sosial. Asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan tersebut dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan. Secara nyata, pada negara-negara maju sistem asuransi kesehatan berjalan dengan pendekatan ekonomi yaitu *demand* dan *supply*, sedangkan bagi mereka yang miskin maka negara akan

memberikan bantuan. Di negara maju asuransi kesehatan merupakan lingkungan luar menentukan untuk rumah sakit.

Akan tetapi, perkembangan asuransi kesehatan dan JPKM di Indonesia belum menggembirakan. Tabel 3.1 menunjukkan keadaan asuransi di Indonesia. Total hanya sekitar 15% penduduk Indonesia yang mempunyai sistem asuransi kesehatan. Berdasarkan data Biro Keuangan Depkes RI secara keseluruhan pada tahun 1998 asuransi hanya mencakup sekitar 4% dari seluruh pembiayaan masyarakat untuk pelayanan kesehatan.

TABEL 3.1.
PERSENTASE PENDUDUK YANG MEMPUNYAI ASURANSI KESEHATAN TAHUN 1998

No.	Jenis Asuransi	Perkotaan	Pedesaan	Perkotaan+ Pedesaan
1	PT ASKES Indonesia	13.10	4.50	7.69
2	ASTEK/Jamsostek	4.59	1.06	2.37
3	Asuransi Kesehatan swasta	5.28	1.09	2.64
4	JPKM	0.70	0.15	0.36
5	Dana Sehat	0.97	1.45	1.27
6	Kartu Sehat	0.83	0.82	0.82
	Total	25.47	9.07	15.12

Sumber: Biro Pusat Statistik, 1998

Untuk memahami mengapa asuransi belum berkembang dengan baik, beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu adanya risiko apabila jatuh sakit, ideologi politik negara, dan mekanisme pasar. Hal-hal tersebut dapat ditemui dalam sejarah perkembangan asuransi kesehatan di berbagai negara. Asuransi kesehatan akan berjalan kalau masyarakat menyadari risiko jatuh sakit. Artinya, apabila seseorang jatuh sakit maka biaya pengobatan sangat besar sehingga dapat menimbulkan kebrangkutan. Kekhawatiran akan bangkrut kalau jatuh sakit, mendorong masyarakat membeli premi asuransi kesehatan. Seperti yang terjadi pada asuransi lain,

premi dapat menjadi mahal sehingga tidak terjangkau oleh sebagian masyarakat. Oleh karena itu, pada berbagai negara maju pemerintah berperan membiayai masyarakat yang tidak mampu membeli premi.

Konsep jaminan kesehatan masuk dalam masyarakat Indonesia sebenarnya sudah lama. Pada zaman kolonial Belanda, tentara, pegawai kolonial, karyawan, dan buruh perusahaan ditanggung oleh sistem kesehatan militer, pemerintah atau perkebunan. Pola yang dipergunakan adalah kesehatan sebagai modal untuk bekerja. Akan tetapi, rakyat biasa tidak memiliki jaminan pelayanan kesehatan. Konsep ini terus berkembang sampai sekarang seperti pada pelayanan kesehatan ABRI untuk militer dan keluarganya, asuransi kesehatan pegawai negeri yang dikelola oleh PT Askes Indonesia, atau berbagai jaminan kesehatan oleh perusahaan-perusahaan.

Untuk menjangkau lapisan rakyat lainnya, konsep asuransi kesehatan masuk ke Indonesia pada dekade 1970-an dan 1980-an. Konsep asuransi kesehatan dimulai dengan dasar pelayanan kesehatan primer di Puskesmas dengan model Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Konsep itu dilakukan karena skala ekonomi masyarakat Indonesia umumnya sangat kecil dibandingkan masyarakat negara maju. Hal ini terlihat dari sejarah Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang tidak lepas dari pengaruh DUKM. Dana sehat praktis hanya menanggung pelayanan primer yang sebenarnya bisa ditangani oleh masyarakat sendiri atau seharusnya mampu dibiayai pemerintah asalkan didukung kemauan politis. DUKM tidak menjangkau pelayanan rumah sakit.

Berbagai program JPKM pada tahap awal pengembangan tidak menjangkau pelayanan rumah sakit. Memang jika dihitung berdasarkani pelayanan kesehatan rumah sakit maka premi JPKM akan menjadi sangat tinggi. Hal ini menimbulkan dilema terutama karena keterbatasan kemampuan masyarakat. Akan tetapi, sebuah sistem asuransi kesehatan yang tidak berdasar sistem pelayanan rumah sakit sebenarnya mengingkari konsep risiko jika jatuh sakit. Pada

dekade 1990-an JPKM diujicobakan di Klaten. Konsep yang dipakai sebenarnya masih DUKM tetapi diperluas ke rumah sakit dengan pelayanan terbatas karena premi yang ditetapkan rendah, sekitar Rp 2000,00. Akibatnya, sistem ini tidak menarik bagi rumah sakit, dokter, dan masyarakat sendiri, termasuk para pemimpin masyarakat. Para dokter spesialis di RSUP Klaten enggan melakukan kegiatan dengan model JPKM.

Pada intinya JPKM dikembangkan berbasis pada pelayanan primer dengan pelayanan rumah sakit yang terbatas pada perputaran ekonomi yang sangat kecil. Pengembangan ini terkesan bersifat marginal dan tidak menarik bagi para politisi, tenaga kesehatan, dan masyarakat sendiri. Sebagai catatan, Pemilu tahun 1999 lalu, aspek asuransi kesehatan dan JPKM bukan merupakan isu kampanye para politisi. Dengan melihat keadaan ini dalam waktu dekat asuransi kesehatan belum memberikan makna yang besar sebagai peluang bagi rumah sakit. Akan tetapi, pada masa mendatang dengan semakin meningkatnya tarif pelayanan kesehatan dan meningkatnya pendapatan masyarakat, asuransi kesehatan merupakan peluang untuk pengembangan sumber dana rumah sakit.

Pada tahun 2004, sebuah rencana undang-undang mengenai Jaminan Kesehatan Nasional telah disahkan. UU ini akan menjadi faktor luar penting yang mempengaruhi rumah sakit. Sebagai tindak lanjut Menteri Kesehatan di akhir tahun 2004 mengeluarkan kebijakan membiayai keluarga miskin melalui PT Asuransi Kesehatan. Setiap penduduk miskin akan dibiayai premi sebesar Rp 5.000 per orang per bulan. Kebijakan ini dapat menjadi peluang bagi rumah sakit untuk menjalankan misi sosialnya, walaupun harus dicermati apakah jumlah premi tersebut sudah mencukupi atau belum.

Pemberi Pelayanan Kesehatan

Trend yang sama terjadi di berbagai negara yaitu, adanya kebijakan desentralisasi, termasuk otonomi lembaga pelayanan kesehatan, kompetisi diantara *providers*, peningkatan pelayanan kesehatan primer, dan peningkatan

mutu pelayanan melalui program *evidence based medicine*, serta peningkatan efisiensi (Meisenher, 1997; Joss dan Kogan, 1995). Prinsip-prinsip ekonomi semakin diacu oleh lembaga-lembaga pemberi pelayanan kesehatan, termasuk di negara-negara yang menganut paham *welfare state* (Bennett, 1991; Otter, 1991).

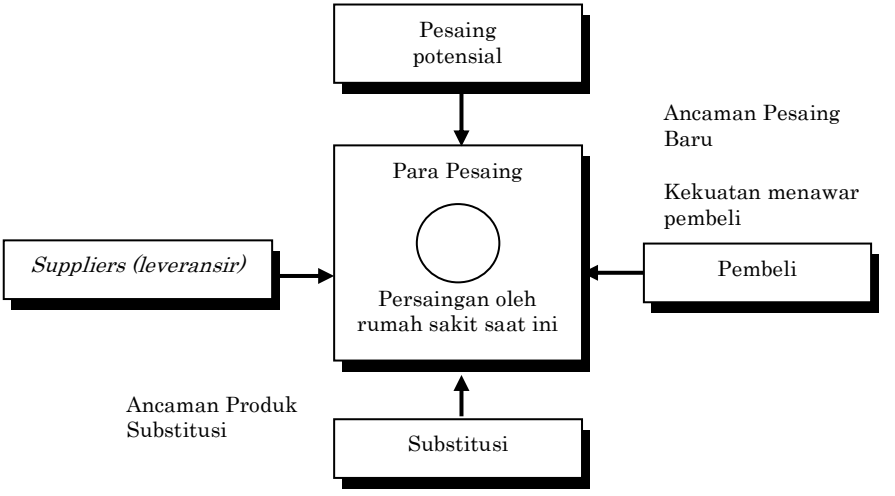
Saat ini lembaga pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia sedang mencari bentuk apakah mengarah pada lembaga usaha ataukah bentuk lain. Rumah sakit pemerintah sedang bergerak dari lembaga birokrasi kepada lembaga usaha. Demikian pula rumah sakit swasta sedang bergerak dari lembaga misionaris dan kemanusiaan menuju ke lembaga yang didasari oleh konsep usaha. Perkembangan ke arah lembaga usaha ini sepertinya tidak dapat ditolak karena sudah merupakan *trend* global. Apabila sektor rumah sakit di Indonesia tidak menggunakan konsep usaha ini, akan kesulitan dalam persaingan dunia. Dalam hal ini *trend* yang perlu dicermati adalah peningkatan kompetisi antarrumah sakit dan pemberi pelayanan kesehatan lainnya.

Perkembangan Teknologi Medis, Industri Obat, dan Peralatan Kesehatan

Pertumbuhan industri obat perlu diperhatikan. Harga obat yang semakin mahal dapat menjadi ancaman bagi rumah sakit karena masyarakat mungkin tidak mampu membayarnya. Di samping itu, lingkungan luar berupa industri obat ini dapat membuat rumah sakit terjerumus pada hubungan yang kolusif antara rumah sakit, dokter, dan jaringan industri obat dalam konteks promosi penggunaan obat. Akibatnya, biaya pengobatan rumah sakit menjadi meningkat. Dalam jangka panjang keadaan ini dapat merugikan rumah sakit. Selain hal tersebut menimpa industri obat, hal yang sama juga dialami oleh semakin mahalnya peralatan kedokteran. Dalam hal pembelian alat dan fasilitas kesehatan, peluang mendapatkan insentif keuangan dari proses pengadaan sarana dapat menjadi pemicu inefisiensi di kalangan birokrasi Departemen Kesehatan dan para manajer rumah sakit.

Model 2. Analisis Lingkungan Berdasarkan Model Persaingan dari Porter

Model analisis ini menggunakan pendekatan persaingan dalam industri kesehatan. Model ini menganggap bahwa sektor pelayanan kesehatan sudah berkembang menjadi industri dengan mekanisme pasar sebagai dasar operasi. Akibatnya terjadi persaingan antar rumah sakit dalam mendapatkan pengguna dan pemasok. Untuk bertahan dan berkembang dalam persaingan para pimpinan rumah sakit sebaiknya memahami berbagai konsep bisnis yang tepat untuk diaplikasikan. Salah satu konsep manajemen yang dapat dipakai adalah konsep persaingan industri dari Porter (1985). Menurut Porter (1985) sifat-sifat persaingan dalam industri merupakan akumulasi dari berbagai faktor persaingan sebagai berikut, ancaman munculnya pesaing baru, kekuatan menawar para pelanggan, kekuatan menawar para pemasok, ancaman produk substitusi, dan perilaku para pemberi jasa saat ini untuk mencari posisi terunggul. Diagram di bawah menggambarkan iklim persaingan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya (Porter 1979).



GAMBAR 3.5.
KEKUATAN-KEKUATAN YANG MENIMBULKAN KOMPETISI

Kekuatan-kekuatan Penantang

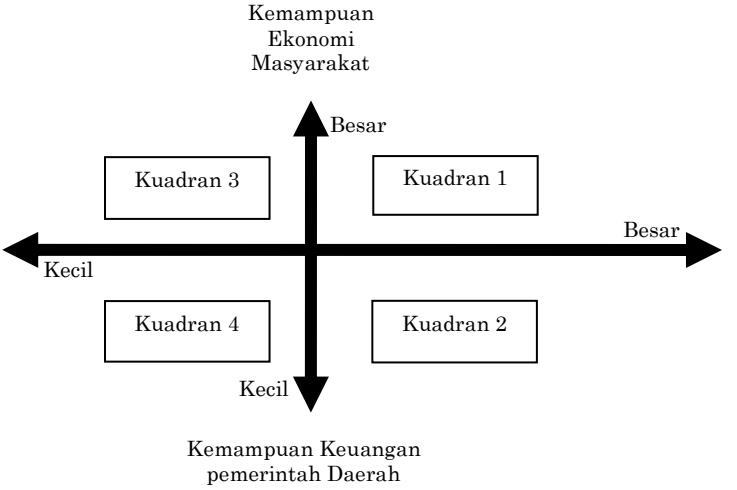
Pemimpin rumah sakit harus menyadari bahwa terdapat berbagai kekuatan yang selalu menantang dalam usaha yang kompetitif. Sifat-sifat kekuatan penantang ini berbeda-beda bergantung dari sektor usaha. Sektor usaha rumah sakit misalnya, tentu berbeda dengan sektor jasa penyewaan mobil.

Persaingan Antarrumah sakit

Persaingan antar rumah sakit terpengaruh oleh keadaan ekonomi daerah. Ada dua faktor penting yang mempengaruhi sektor rumah sakit yaitu kekuatan ekonomi pemerintah daerah dan kekuatan ekonomi masyarakat. Semakin tinggi kemampuan pemerintah daerah maka kemungkinan sumber pembiayaan untuk kesehatan dari daerah akan semakin besar. Semakin tinggi kekuatan ekonomi masyarakat maka dapat dilihat bahwa daya beli masyarakat terhadap pelayanan kesehatan akan semakin besar. Dengan adanya daya beli yang besar maka pelayanan kesehatan swasta akan berkembang pula. Dengan menggunakan dua variabel ini, ada 4 tipe daerah yang mungkin terjadi:

1. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah yang besar dan kekuatan ekonomi masyarakat yang besar pula.
2. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah kecil namun kekuatan ekonomi masyarakat besar
3. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah yang besar namun kekuatan ekonomi masyarakat kecil.
4. Daerah mempunyai kekuatan ekonomi pemerintah daerah yang kecil dan kekuatan ekonomi masyarakat yang kecil pula.

Di tiap daerah, sistem kesehatan tentunya mempunyai perbedaan. Sebagai gambaran di daerah yang kemampuan ekonomi masyarakatnya kuat maka pelayanan kesehatan swasta akan kuat pula. Secara diagram ke empat daerah tersebut dapat digambarkan sebagai berikut:



GAMBAR 3.6.
EMPAT TIPE DAERAH KEKUATAN EKONOMI PEMERINTAH DAN MASYARAKAT

Catatan tentang cara membaginya:
Penggolongan Kapasitas fiskal pemerintah daerah menggunakan data Kemampuan fiscal daerah (Penerimaan Daerah + DAU – Penerimaan Pusat dan Bantuan Luar Negeri) dibagi dengan kebutuhan fiscal daerah. Kemampuan fiscal daerah tinggi apabila KpF+DAU/Needs > 100%. Kemampuan fiscal daerah rendah apabila KpF+DAU/Needs < 100%, dengan toleransi 10% (100%-110%). Acuan yang dipergunakan adalah Penghitungan Kemampuan Fiskal Daerah Tahun 2001/2002, Dirjen Perimbangan Keuangan Pusat dan Daerah, Departemen Keuangan RI, 2002.

Kemampuan ekonomi masyarakat menggunakan acuan yang dikeluarkan oleh WorldBank, dalam World Economic Indicator tahun 2002, untuk penghitungan Low GDP percapita yaitu dibawah US$ 500 percapita. Dengan mengambil kurs

tengah tahun 2002, US$1 = Rp8000,-, maka didapat *cut off point*: Kemampuan masyarakat tinggi apabila > Rp.4.000.000,-, dan Kemampuan masyarakat rendah apabila < Rp.4.000.000,-

Model Porter banyak dipergunakan pada daerah yang kekuatan ekonomi rakyatnya kuat. Daerah ini mempunyai skenario sebagai berikut. Lembaga pelayanan kesehatan seperti RS, klinik, praktik bersama, apotek, laboratorium maupun pusat pelayanan kesehatan lain milik swasta akan berkembang karena pengaruh pasar (hukum *demand dan supply*). Masyarakat lebih bebas memilih (*bargaining power* lebih besar dibanding institusi pelayanan). Jika jumlah tenaga medis tidak seimbang dengan kapasitas pelayanan, maka berbagai lembaga swasta tersebut akan menggunakan tenaga dari RS pemerintah, sehingga ada kemungkinan jam pelayanan di RS pemerintah lebih singkat dari yang seharusnya. Jika tidak ada komitmen dari Pemda/Pemkot dan DPRD untuk pengembangan institusi pelayanan kesehatan milik pemerintah maka mutu pelayanan di berbagai institusi tersebut akan lebih rendah dibanding rumah sakit swasta.

Ancaman Pesaing Baru

Pesaing baru dalam suatu industri selalu membawa keinginan untuk meningkatkan kapasitas kerja dan memperoleh pangsa pasar. Industri rumah sakit di Indonesia mempunyai berbagai ancaman pesaing baru yang muncul. Pesaing-pesaing baru ini dapat berasal dari rumah sakit internasional berupa dokter-dokter asing atau dari sektor nonkesehatan dan kesehatan (misalnya, industri farmasi) yang melakukan diversifikasi usaha ke rumah sakit. Fakta menunjukkan bahwa dekade 1995-an pertumbuhan rumah sakit baru sangat cepat dan muncul kenyataan bahwa berbagai jaringan rumah sakit swasta berkembang cepat. Periode waktu antara tahun 1995 sampai dengan tahun 2000, terdapat 73 rumah sakit swasta baru di seluruh Indonesia. Angka ini menunjukkan pertumbuhan sebesar 15%. Akan tetapi, pertumbuhan kapasitas tempat tidur pasien relatif kecil yaitu berkisar 6113 buah (sekitar 3.5%). Dengan demikian, pertumbuhan rumah

sakit baru ini cenderung dalam ukuran rumah sakit kecil yang mencerminkan kegesitan dalam berusaha.

Pemasok

Pemasok bagi rumah sakit dapat berupa produsen obat dan peralatan medik, sampai pada tenaga dokter profesional. Pemasok dapat menjadi kekuatan penantang apabila dapat memaksakan kehendak untuk rumah sakit. Dalam hubungannya dengan kekuatan menawar pemasok, dapat dilihat bahwa terdapat pemasok yang kuat daya tawarnya, tetapi ditemukan pula pemasok yang lemah daya tawarnya. Jumlah pemasok obat sebenarnya sangat banyak sehingga posisi tawar rumah sakit sebenarnya sangat kuat. Akan tetapi, timbul kemungkinan pemasok obat bergabung bersama dengan pemasok tenaga, yaitu spesialis sehingga meningkatkan daya tawar pengadaan obat. Hal ini dapat dilihat pada fakta bahwa *formularium* obat di rumah sakit menjadi sulit dilaksanakan karena munculnya kolusi antara tenaga dokter dengan pemasok obat.

Sebuah kelompok pemasok bersifat kuat apabila mendominasi pasar dan mempunyai ikatan yang harus dilakukan oleh rumah sakit. Beberapa contoh pemasok bersifat kuat misalnya berkaitan dengan obat, rumah sakit harus berhubungan dengan industri farmasi tertentu, mempunyai potensi untuk menyelenggarakan sendiri usaha yang dipasoknya, pemasok melihat bahwa bisnis dengan rumah sakit yang di *supply* bersifat kecil. Dengan demikian, rumah sakit bukan pelanggan penting untuk pemasok.

Berdasarkan kriteria tersebut, maka pemasok tenaga spesialis mempunyai posisi kuat karena keterbatasan jumlah. Menurut data Departemen Kesehatan (DepKes, 2000) terdapat 1.109 buah rumah sakit pemerintah dan swasta di Indonesia (tidak termasuk Timor Timur yang sudah menjadi negara sendiri). Rumah sakit-rumah sakit tersebut memiliki jumlah dokter yang bekerja sebanyak 19.605 orang dokter. Dokter Umum sebanyak 5.926 orang, sedangkan residen sebanyak 4100 orang. Dengan demikian, jumlah spesialis sekitar 9.579 orang. Penyebaran dokter lebih banyak di Pulau Jawa dibandingkan dengan luar Jawa. Provinsi DKI Jakarta memiliki 2.397 dokter

spesialis (25,02% dari total spesialis di Indonesia). Dokter Spesialis Mata di Indonesia berjumlah 487 orang. Provinsi DKI Jakarta memiliki 124 orang SpM, Provinsi Jawa Barat terdapat 63 orang SpM, Provinsi Jawa Tengah 52 orang SpM, Provinsi DIY 19 orang SpM, dan Provinsi Jawa Timur sebanyak 73 orang SpM. Dengan demikian, sekitar 67,9% jumlah spesialis mata berada di Pulau Jawa.

Khusus untuk subspesialis, persebaran dokter menjadi semakin tidak merata. Sebagai contoh, Dokter Spesialis Bedah Syaraf (SpBS) di Indonesia sebanyak 64 orang dengan perincian sebanyak 18 orang berada di Provinsi DKI Jakarta dan sebanyak 10 orang berada di Provinsi Jawa Barat. Provinsi Sumatera Barat memiliki satu orang DSBS, sedangkan Provinsi Riau tidak terdapat satu pun DSBS. Provinsi Papua hanya mempunyai 5 orang dokter bedah (seorang di RS Freeport) dan tidak memiliki ahli anastesi pada RS pemerintah.

Di samping secara geografis tidak merata, RS swasta ternyata tidak mempunyai spesialis *full timer* yang cukup. Data menunjukkan hal yang menarik bahwa RS swasta skala besar pun kekurangan spesialis yang bekerja penuh waktu. Sebagai contoh, RS Charitas, RS terbesar di Palembang, mempunyai 15 orang dokter tetap yang terdiri atas 7 orang dokter umum, 1 orang dokter gigi, 2 orang dokter bedah, 1 orang dokter penyakit dalam, 1 orang dokter anak, 1 orang dokter SpOG, 1 orang dokter SpPK, dan 1 orang dokter SpM. RS MMC di Jakarta mempunyai 14 orang dokter yang terdiri atas 12 orang dokter umum, 1 orang dokter penyakit dalam, dan 1 orang dokter SpOG. RS FK UKI, yang terkenal di Cawang sebagai pusat penanganan kecelakaan lalulintas tol, mempunyai 52 orang dokter yang terdiri atas 36 orang dokter umum, 2 orang dokter spesialis penyakit dalam,1 orang dokter jiwa, 2 orang dokter THT, 5 orang dokter Radiologi, 1 orang dokter spesialis mata, 1 orang dokter spesialis Kardiologi, 1 orang dokter spesialis Saraf, 1 orang dokter spesialis Urologi, dan 2 orang dokter gigi spesial. Tabel 3.2 menunjukkan perbandingan antara jumlah rumah sakit dengan spesialis. Tabel tersebut menunjukkan kekurangan yang sangat besar.

TABEL 3.2.
PERBANDINGAN DOKTER SPESIALIS DI RSUD DAN RS SWASTA YANG BERSTATUS TENAGA *FULL-TIMER*

No	Spesialis	Perbandingan Jumlah spesialis *full timer* di RS Pemerintah	Perbandingan Jumlah spesialis *full timer* di RS Swasta
1	*Bedah Umum*	3,52 : 1 3,52 spesialis di satu rumah sakit umum (rata-rata)	1 : 3,97 satu spesialis di 3,97 rumah sakit (rata-rata)
2	*Penyakit Dalam*	2,04 : 1	1 : 4,72
3	*Kebidanan dan Kandungan*	2,23 : 1	1 : 3,77
4	*Anak-anak*	2,47 : 1	1 : 3,84
5	*Mata*	1,08 : 1	1 : 16,44
6	*THT*	1,03 : 1	1 : 12,93
7	*Psikiatri*	1 : 2,91	1 : 13,22
8	*Neurologi*	1 : 1,23	1 : 17,50
9	*Kulit dan Kelamin*	1 : 1,23	1 : 20,52
10	*Radiologi*	1 : 1,26	1 : 8,26
11	*Anastesi*	1 : 1,41	1 : 11,02
12	*Patologi Klinik*	1 : 1,67	1 : 18,59
13	*Patologi Anatomi*	1 : 2,40	1 : 119
14	*Kardiologi*	1 : 2,68	1 : 9,36
15	*Pulmonologi*	1 : 2,42	1 : 29,75
16	*Bedah syaraf*	1 : 7,15	1 : 54,00
17	*Bedah tulang*	1 : 3,43	1 : 85,00
18	*Bedah Urologi*	1 : 9,53	1 : 54,00

Sumber data: diolah dari Data DepKes 2000

Secara singkat kurangnya jumlah spesialis menyebabkan timbulnya daya tawar yang lebih kuat pada sisi spesialis dibanding dengan rumah sakit. Akibatnya, terjadi berbagai fenomena. Pertama, jumlah spesialis kurang terutama di daerah-daerah terpencil. Hal ini karena daerah tersebut tidak mempunyai daya tarik secara ekonomi atau kenyamanan kerja untuk penempatan spesialis. Kedua, di kota-kota besar terjadi perangkapan-perangkapan kerja spesialis pada berbagai RS swasta. Hal ini berarti akan menimbulkan *time cost* untuk perpindahan tempat para spesialis, kesulitan pasien bertemu dengan spesialis, kesulitan manajer rumah sakit melakukan

pengelolaan SDM, serta kesulitan para spesialis itu sendiri melakukan *teamwork.* Ketiga, pada beberapa jenis spesialis, keterbatasan jumlah spesialis dapat mengarah pada *model kartel* dalam usaha. Padahal definisi makna *kartel* berasal dari perilaku yang kolusi. Perilaku kolusi adalah sifat ingin melakukan monopoli terhadap sesuatu produk atau jasa yang dilakukan oleh sekelompok pelaku usaha atau professional (Mansfield, 1985). Keuntungan kolusi yaitu dapat meningkatkan keuntungan, mengurangi ketidak-pastian usaha, dan menghalang-halangi pemain baru untuk masuk. Bila kolusi dijalankan secara formal maka disebut kartel. Jika terbentuk kartel, pendapatan anggota kartel akan ditentukan oleh kelompoknya sendiri. Pendapatan tersebut bukan untuk kesejahteraan masyarakat. Dengan demikian, kartel merupakan kegiatan yang baik untuk anggotanya, tetapi kemungkinan merugikan masyarakat dan dapat menghambat perkembangan sektor sosial dan ekonomi.

Pasien sebagai Pembeli

Faktor penting dalam dinamika persaingan adalah kedudukan pasien dalam pelayanan kesehatan. Sebagai-mana pemasok, daya tawar pasien sebagai pembeli akan kuat apabila pembeli berjumlah banyak dan bergabung dalam suatu organisasi yang kuat. Contoh, pasien yang menjadi anggota perusahaan asuransi kesehatan atau berasal dari suatu perusahaan, misalnya PT Telkom. Apabila pembayaran dari para pembeli yang bergabung ini menguntungkan pihak rumah sakit, maka posisi pasien yang berkelompok ini menjadi kuat. Daya tawar pembeli pelayanan kesehatan diperkuat dengan berdirinya Yayasan Lembaga Konsumen termasuk yang berkonsentrasi pada sekor kesehatan seperti, Yayasan Lembaga Konsumen Kesehatan yang berada di Jakarta. Lebih lanjut, saat ini telah ada Lembaga Bantuan Hukum Kesehatan yang memberikan jasa tindakan hukum bagi pasien yang membutuhkan. Faktor lain yang memperkuat daya tawar pasien sebagai pembeli yaitu apabila pelayanan jasa yang dibeli bersifat standar, atau tidak terdiferensiasi. Dengan demikian, pasien mempunyai

banyak pilihan untuk mendapatkan pelayanan. Contoh adalah pelayanan dokter umum, laboratorium, atau pelayanan obat.

Produk Substitusi

Rumah sakit harus dapat mengidentifikasi faktor-faktor penantang yang bersifat produk substitusi misalnya para pelaku pengobatan tradisional, dukun patah tulang, hingga ke tukang obat. Berkembangnya produk substitusi ini dapat dipicu oleh kesulitan pasien sebagai pembeli untuk mendapatkan jasa pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Sebagai contoh, di daerah Sumatera Barat berkembang dukun patah tulang karena jumlah dokter bedah tulang sangat sedikit. Contoh lain, semakin berkembangnya tempat-tempat untuk penyembuhan ketergantungan obat bius yang bukan merupakan bagian dari rumah sakit.

Model Porter yang dipakai menyatakan bahwa keadaan yang bersifat kompetitif akan mempengaruhi strategi yang akan diambil oleh rumah sakit. Kompetisi merupakan hakekat dari perumusan strategi. Timbul pertanyaan; apakah kompetisi merupakan hal yang baik bagi rumah sakit ataukah hal yang buruk? Berbagai teori ekonomi manajerial menyatakan bahwa industri yang kompetitif akan lebih efisien dibanding dengan industri dengan struktur bersifat monopoli atau oligopoli. Dengan perkembangan ini, rumah sakit telah masuk dalam suatu industri pelayanan kesehatan yang kompetitif dan berusaha mencari posisi yang menguntungkan. Kesadaran akan posisi di arena yang kompetitif ini akan membuat rumah sakit melakukan analisis diri secara internal untuk mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan organisasi, menaksir posisi rumah sakit, mencari perubahan strategis yang dapat dipakai untuk pengembangan dan pencarian peluang bisnis ataupun menemukan ancaman dan hambatan

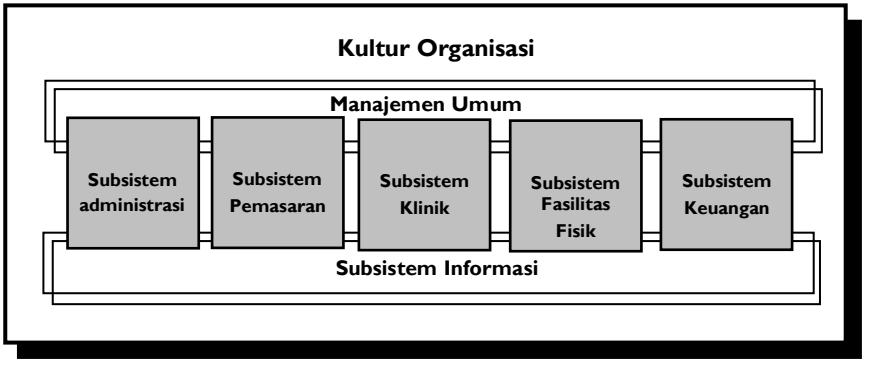
2. Analisis Internal

Analisis internal bertujuan menilai kekuatan dan kelemahan rumah sakit. Analisis internal rumah sakit dapat dilakukan dengan berbagai model. Dalam bab ini hanya dibahas satu

model yaitu menggunakan model faktor-faktor kunci internal rumah sakit.

Faktor-Faktor Kunci Internal Rumah Sakit

Dalam Bab 1 diuraikan mengenai subsistem rumah sakit seperti teknis medis, keperawatan, ataupun teknis nonmedis seperti, subsistem keuangan. Subsistem teknis pada rumah sakit akan berjalan bersama dengan budaya organisasi untuk mengolah berbagai *input* menjadi produk jasa pelayanan kesehatan. Dalam menilai keadaan internal untuk menghasilkan analisis berupa kekuatan dan kelemahan, dapat dilakukan dengan mengamati kultur organisasi dan berbagai subsistem seperti subsistem klinik, subsistem keuangan, subsistem manajemen umum, subsistem administrasi, subsistem pemasaran, subsistem fasilitas fisik, subsistem informasi. Pada tiap pengamatan akan dilakukan perumusan kekuatan maupun kelemahan.



(*Ginter Dkk.*)

GAMBAR 3.7.
KOMPONEN ANALISIS INTERNAL

Pada Bab 2 telah dibahas budaya organisasi di rumah sakit secara mendalam. Analisis budaya organisasi di rumah sakit dapat menggunakan Pendekatan Schein. Pendekatan ini menyatakan bahwa terdapat berbagai tingkat budaya. Dengan konsep ini dapat diamati beberapa hal antara lain, (1) bagaimana asumsi dasar yang berada di bawah sadar dan

menjadi kepercayaan bersama di rumah sakit; (2) bagaimana nilai-nilai yang dicari dan diekspresikan dalam berbagai kegiatan termasuk menyusun strategi, tujuan organisasi, dan filosofi rumah sakit, serta (3) bagaimana berbagai fenomena di rumah sakit yang menunjukkan adanya budaya kuat atau lemah. Budaya organisasi mempengaruhi kegiatan pada berbagai subsistem. Sebagai contoh, tidak adanya budaya organisasi yang kuat perawat dan dokter akan melemahkan proses kegiatan di subsistem klinis. Dalam konteks kekuatan dan kelemahan rumah sakit, budaya organisasi merupakan dasar dari berbagai subsistem yang ada. Apabila rumah sakit mempunyai budaya organisasi yang lemah tanpa memiliki keyakinan bersama, maka dapat dipahami bahwa kegiatan di berbagai subsistem akan lemah pula.

Subsistem klinik merupakan kegiatan inti rumah sakit. Dalam subsistem ini bekerja para tenaga kesehatan seperti dokter, dokter spesialis, perawat, farmasis, ahli gizi, dan berbagia jenis profesi lain. Subsistem klinik merupakan dunia yang rumit dengan cabang-cabang ilmu kedokteran dan perawatan yang cepat berkembang teknologinya. Di samping itu, faktor tersedianya peralatan dan teknologi kedokteran yang dipakai mempengaruhi proses subsistem klinik. Kekuatan dan kelemahan subsistem klinik dapat diamati dengan berbagai cara misalnya, menggunakan analisis *input* tenaga, peralatan, fasilitas, mutu proses pelayanan, hasil pencapaian, hingga pada nilai akreditasi berdasarkan pengukuran pihak luar. Kekuatan dan kelemahan subsistem klinik dapat dibandingkan dengan standar, nilai akreditasi yang diharapkan, sampai pada perbandingan dengan rumah sakit pesaing.

Subsistem keuangan dapat dinilai dari kekuatan atau kelemahan sistem keuangan yang dipergunakan, keadaan staf keuangan, model akuntansi yang digunakan, peralatan yang dipakai hingga pada kemampuan teknis mendeteksi kebocoran-kebocoran dalam sumber keuangan, juga kemampuan proses pembayaran pasien secara cepat dan tepat. Subsistem Manajemen Umum mencakup keadaan rumah sakit

dalam melakukan perencanaan program dan penganggaran, pelaksanaan kegiatan, dan sistem pengendalian kegiatan. Subsistem fasilitas fisik mencakup letak rumah sakit, keadaan bangunan, pembuangan limbah, tersedianya fasilitas-fasilitas fisik seperti parkir, taman, ruang tunggu yang nyaman, kafetaria yang bersih, musholla atau tempat sembahyang, dan berbagai hal lain. Sub-sistem Pemasaran merupakan aspek internal yang relatif baru untuk rumah sakit. Rumah sakit dalam situasi yang kompetitif perlu mempunyai untui pendukung untuk meningkatkan citra dan peran rumah sakit di masyarakat. Subsistem Informasi merupakan fungsi penting agar berjalannya rumah sakit dapat efektif dan efisien.

Cara Menetapkan Kekuatan atau Kelemahan

Proses pembentukan profil rumah sakit menggunakan beberapa langkah. Proses ini berguna dalam melakukan analisis internal. Pada langkah 1, dilakukan identifikasi berbagai aspek kunci internal rumah sakit seperti yang terdapat pada gambaran di atas. Langkah kedua, melakukan evaluasi terhadap status rumah sakit dengan cara membandingkan kondisi rumah sakit saat ini dengan kondisi tahun sebelumnya. Sudahkah kita melakukan peningkatan? Apakah kita melakukan hal-hal pokok lebih baik dibanding tahun lalu? Apakah kondisi faktor strategi internal menggambarkan situasi yang membaik atau sebaliknya?

Pada langkah ketiga, dilakukan perbandingan terhadap standar yang ada, dan kunci sukses sebuah usaha. Langkah keempat, merupakan langkah yang penting tetapi relatif sulit dilakukan. Dalam langkah ini, *analis* mencari perbandingan antara keadaan faktor internal dengan faktor serupa di rumah sakit lain.Perbandingan ini nantinya akan menggambarkan kekuatan atau kelemahan yang potensial. Perbandingan dapat dilakukan dengan dua perspektif dalam langkah ini yaitu (1) kemampuan kompetitor utama, (2) kunci sukses pelayanan. Langkah keempat, merumuskan hasil identifikasi faktor internal, yaitu :

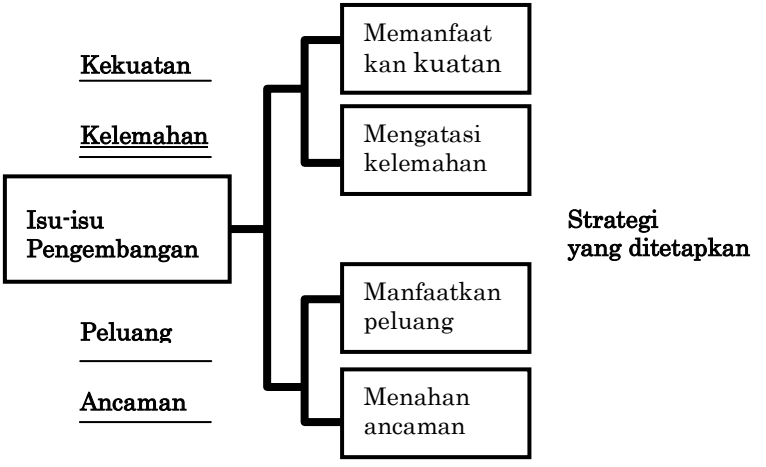
a. Rumah sakit berada pada tingkat kompetisi yang menguntungkan,

b. Rumah sakit memenuhi persyaratan dasar kompetisi,
c. Rumah sakit mempunyai berbagai kerawanan akibat faktor kelemahan rumah sakit.

Langkah ini akan menghasilkan profil rumah sakit berupa kekuatan dan kelemahan internal. Menentukan perumusan hasil merupakan hal yang sulit karena membutuhkan kejujuran terhadap diri sendiri dan kemungkinan hal ini mengundang konflik internal. Oleh karena itu, peranan konsultan sering dibutuhkan dalam hal mengurangi kesulitan dan meningkatkan obyektivitas dalam penilaian. Di samping itu, konsultan yang baik dapat membandingkan keadan internal dengan standar yang berlaku.

3. Isu-isu Pengembangan

Setelah melakukan analisis SWOT timbul berbagai cara melakukan diagnosis permasalahan untuk menjadi dasar penentuan strategi. Cara-cara tersebut misalnya, (1) analisis *port folio* dengan menggunakan BCG matriks, (2) GE matriks, hingga pada (3) penetapan isu-isu pengembangan secara kualitatif. BCG dan GE matriks berasal dari sektor industri yang membutuhkan data kuantitatif yang akurat. Bagi rumah sakit yang belum mempunyai data industri yang akurat dan lengkap, penggunaan metode kualitatif lebih dianjurkan sebagai alat bantu untuk penetapan strategi. Kerangka berpikir metode kualitatif dapat dilihat pada gambar dibawah ini.



GAMBAR 3.8.
KERANGKA BERPIKIR METODE KUALITATIF

Pada intinya penulisan isu-isu pengembangan bertujuan untuk menilai apakah sebuah rumah sakit layak untuk berkembang atau tidak. Isu-isu pengembangan berusaha untuk menganalisis lingkungan eksternal dan internal rumah sakit secara bersama. Sebagai contoh:

Rumah sakit mempunyai peluang untuk mengembangan pelayanan *home care*, akan tetapi belum ada fasilitas dan sumber daya manusia untuk menjalankannya.

Rumah sakit mempunyai peluang untuk mendapatkan donor kemanusiaan dari luar negeri untuk mendukung misi sosial, akan tetapi tidak ada staf yang mampu menyusun proposal seperti yang diharapkan oleh pihak luar negeri.

Rumah sakit dapat menuliskan berbagai isu pengembangan. Analisis ini menjadi dasar untuk menetapkan strategi. Dapat diduga apabila banyak analisis yang negative

maka kemungkinan tipis bagi rumah sakit untuk tumbuh dan berkembang.