PENGHEMATAN BIAYA DAN BIAYA PEMELIHARAAN

 PADA RUMAH SAKIT

Unit Cost sebagai Exit Strategy Penerapan Efisiensi Biaya di Rumah Sakit dan Fasilitas Kesehatan Rumah Sakit (RS) dan Fasilitas Kesehatan (Faskes) merupakan institusi layanan berinvestasi tinggi. Tuntutan kualitas layanan yang aman membuat RS dan Faskes berpikir keras bagaimana menyediakan struktur dan proses secara efisien yang dapat memberikan dampak kualitas dan keselamatan layanannya bagi pasien. Realitas ini akan mendorong secara variable pada aspek pembiayaannya.

Situasi yang amat sering dialami RS dan Faskes adalah kondisi inefisiensi dalam membiayai setiap aktivitas dan layanannya, yang dampak jangka panjangnya akan membuat organisasi melemah karena menderita kekurangan sumber dayanya. Meningkatnya subsidi dan injeksi operasional yang tak berkesudahan menjadi konsekuensi bagi masing-masing RS dan Faskes pemerintah maupun swasta.

Program efisiensi biaya yang dilakukan tidak cukup mampu memulihkan kondisi yang ada, malah yang terjadi adalah pelaksanaan efisiensi biaya dengan cara membabi buta, manajemen potong sana - potong sini tanpa jastifikasi yang jelas sehingga strategi efisiensi biaya diterapkan tetapi mengurangi bahkan mengorbankan kualitas layanannya.

Pemahaman yang tidak tuntas terhadap karakter biaya ini akan menjebak RS dan Faskes pada kondisi gali-tutup lubang. Dalam kacamata ekonomi, cost dan quality memiliki tingkat variabilitas hubungan yang sama dimana peningkatan kualitas akan diikuti oleh peningkatan biaya. Sedikitnya, ada 2 hal yang melatarbelakangi RS dan Faskes berada dalam kondisi inefisiensi, yaitu: 1) tidak mengetahuinya potret biaya layanan secara terperinci dan terintegrasi, yang diketahui hanyalah sekedar biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan secara terpisah.

Padahal ketiga biaya tersebut saling berinteraksi, bergabung dan menyatu dalam wujud aktivitas dan layanan yang diberikan, namun RS dan Faskes tidak mengetahui secara persis real cost yang terbentuk pada setiap kegiatan dan layanannya tersebut; 2) menerapkan harga biaya layanan yang tidak mencerminkan pemulihan biaya yang tepat (cost recovery). Mudah saja menandainya, penulis sering bertanya kepada manajemen saat ‘bertandang’ ke RS dan Faskes dalam suatu kegiatan konsultansi dan pelatihan yang diberikan, bagaimana anda membuat tariff layanan?

Statistiknya adalah mengumpul pada jawaban “tariff layanan dibuat berdasarkan metode teka-teki (tengok kanan - tengok kiri)”. Sebuah pilihan keputusan dan implementasi strategi tata kelola keuangan yang sangat beresiko, jangka pendek dan berbahaya bagi keberlangsungan hidup organisasi kedepan.

UU No 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial mengisyaratkan agar RS dan Faskes bersiap dengan konsep tata kelola yang cost effective dalam pemberian layanan di era Jaminan Kesehatan Nasional ini. Dalam PP 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum dinyatakan bahwa pelaksanaan rumah sakit pemerintah dikelola ala business like (sebagaimana halnya organisasi privat) yang harus didasarkan pada praktek bisnis yang sehat dengan berbasis pada prinsip produktivitas dan efisiensi dimana harga pelayanan harus didasarkan pada unit cost.

Amanah kebijakan ini menjadi acuan regulasi yang harus direspon oleh RS dan Faskes dalam setiap tata kepemimpinan dan tata kelola termasuk penerapan strategi efisiensi biaya. Unit cost sebagai biaya satuan terkecil dari layanan merupakan biaya nyata yang dikeluarkan untuk setiap kali layanan, ia terdiri dari komponen biaya investasi, operasional dan pemeliharaan baik langsung maupun tidak langsung.

Oleh karena itu sangat bisa dipastikan bahwa masing-masing RS dan Faskes memiliki potret biaya yang berbeda, sehingga biaya per layanannya juga berbeda walaupun memiliki prosedur pelayanan yang sama. Unit cost penting untuk diketahui dan diidentifikasi sedini mungkin agar didapatkan kepastian biaya yang dikeluarkan untuk digunakan sebagai baseline atau dasar pengembalian biaya melalui pendapatannya.

Perhitungan unit cost dapat dilakukan dengan menggunakan dua pendekatan yaitu Double Distribution (DD) yang menekankan pada aspek cost allocation (Newman, 1984) dan Activity Based Costing (ABC) yang membebankan biaya aktivitas berdasarkan besarnya pemakaian sumber daya (Bustami, 2009). Pendekatan DD dan ABC digunakan untuk mengidentifikasi masing-masing biaya layanan yang bersifat homogen dan heterogen. Berikut adalah tahapan perhitungan unit cost:

1. Mengumpulkan data 1 tahun tentang biaya serta utilitas pelaksanaan layanan kesehatan. Data tersebut adalah sebagai berikut:
	1. Data biaya investasi, biaya operasional dan biaya pemeliharaan
	2. Data non biaya yang meliputi jumlah SDM, luas lantai, serta output dari masing-masing unit layanan
2. Menghitung biaya investasi, operasional dan pemeliharaan pada setiap unit di RS dan Faskes. Untuk biaya investasi, semua komponen investasi yang ada harus disetahunkan dengan menggunakan formula AIC (Annual Investment Cost) agar setara dengan biaya operasional dan pemeliharaan pada tahun tersebut sehingga didapatkan total cost.
3. Menghitung biaya langsung dan tidak langsung layanan yaitu dengan mengelompokan jenis komponen biaya untuk fix cost dan variable cost.
4. Menghitung *Unit cost* (Biaya Satuan), yaitu dengan pendekatan *DD dan ABC*. Untuk layanan yang bersifat heterogen seperti tindakan, maka terlebih dahulu perlu dibuat grading tingkat kesulitan masing-masing tindakan berdasarkan kesepakatan praktisi tenaga medis terkait
5. Menganalisis hasil unit cost terhadap tingkat pemulihan biaya RS dan Faskes (Cost Recovery Rate)
6. Membuat rencana pentarifan yaitu menambahkan dari hasil unit cost tersebut dengan besaran insentif layanan yang disepakati (berdasarkan kebijakan remunerasi yang ada), tingkat margin yang diinginkan dan proyeksi inflasi yang akan terjadi.

Hasil unit cost dapat bermanfaat untuk diterapkan pada era JKN ini dimana harga layanan RS dan Faskes ada yang penentuannya berbasis INA-CBG’s (tariff paket) sehingga RS dan Faskes dapat melakukan penyesuaian terhadap sumber daya yang digunakan untuk upaya kendali biaya dengan tetap memegang prinsip kendali mutu (cost effective).

Komponen-komponen unit cost untuk tindakan, kegiatan dan layanan tersebut dapat diaplikasikan pada clinical pathway yang digunakan, sehingga sejak pasien melakukan admission hingga discharge, dapat terpotret besaran biaya maupun tarifnya.  Secara lebih spesifik, simulasi pengembalian biaya dan pendapatan dapat dilakukan melalui hasil unit cost ini. Manfaat unit cost lainnya adalah dapat dipergunakan oleh RS dan Faskes untuk melakukan pentarifan, perencanaan pendapatan, pembuatan anggaran, negosiasi dan advokasi, serta rencana efisiensi biaya yang efektif.

Mengingat banyak dan strategisnya manfaat unit cost tersebut maka RS dan Faskes sebaiknya tidak menunda memproduksi perhitungan ini. Semakin menunda maka RS dan Faskes akan berpotensi semakin ‘merugi’. Pelaksanaan perhitungan sebaiknya dimulai dengan memberikan awareness tentang konsep dan prilaku biaya serta kaitannya dengan pelayanan.

Hal ini harus melibatkan stakeholders internal karena di merekalah terletak ‘enggine’ atau mesin layanan itu. Tujuan akhir yang disasar dari kegiatan awareness ini adalah untuk membentuk prilaku SDM yang sadar biaya dan menghormati kelangkaan sumber daya. Prinsip respect terhadap sumber daya ini tentunya akan mempengaruhi cara dan prilaku kerja serta mekanisme pemberikan pelayanan.

Selain itu, dibutuhkan pula dukungan sistem informasi sehingga data-data yang dikumpulkan terjaga validitas dan reliabilitasnya. Kegiatan perhitungan dapat dikerjakan oleh tim unit cost internal yang dibentuk atau dengan kolaborasi tim eksternal agar prinsip knowledge management dapat diterapkan secara optimum. Perhitungan unit cost ini dapat menjadi exit strategy (strategi jalan keluar) bagi RS dan Faskes yang merindukan terjadinya efisiensi biaya dengan tidak mengorbankan kualitas. “The price of anything is the amounts of life you exchange for it (Hery David Thoreau)”.

**Contoh**

**Tak ada AC dan bahan bangunan ramah lingkungan, Narayana Hrudalaya mampu menekan biaya rawat inap dan operasi jantung.**

Perempuan itu mengipasi anaknya yang terbaring di Rumah Sakit Jantung Narayana Hrudalaya di Bangalore, India. Anak sulungnya ikut membantu menganti baju sang adik, yang beberapa hari sebelumnya dioperasi. Pemandangan serupa ada di bangsal lain.

Ruang perawatan rumah sakit itu tak memiliki penyejuk udara (AC). Keluarga pasien dilatih memasang perban, mengukur termometer, dan tugas-tugas perawat lainnya. Dua hal itu memang bagian penghematan yang dilakukan manajemen Narayana Hrudayala dengan maksud menekan biaya berobat pasiennya.

“Biaya perawatan kesehatan saat ini didominasi hal-hal yang inefisiensi dan oportunistik” kata Devi Prasad Shetty, dokter jantung yang merupakan pendiri rumah sakit itu, kepada *Bloomberg,*akhir Juli lalu. Narayana Hrudayala, yang berdiri pada 2001, kini memiliki 21 cabang di sejumlah kota di India.

Selain bangunan gedung yang efisien, Shetty menekan biaya lainnya. Walhasil, seorang pasien yang menjalani operasi jantung koroner di sini cuma keluar uang 95 ribu rupee (USD 1,583). Nilai ini setengah dari biaya operasi 20 tahun yang lalu. Shetty menargetkan sepuluh tahun mendatang biayanya menjadi USD 800.

Padahal, saat ini, biaya operasi jantung di Cleveland Clinic, Ohio, Amerika Serikat, sebesar USD 106,385.-  Itu data yang dikeluarkan US Center for Medicare & Medicaid Services. “Apa yang dilakukan Shetty menunjukkan bahwa itu biaya substansial yang terkandung didalamnya,” kata Srinath Reddy, Presiden Federasi Jantung Dunia yang berbasis di Jenewa.

Reddy menyebut apa yang dilakukan manajemen Narayana Hrudalaya sebagai pemberian perawatan jantung kualitas tinggi dengan biaya yang relatif rendah. Menurut dia, para ahli medis banyak berharap pada dokter Shetty untuk membuat operasi jantung jauh lebih mudah diakses bagi jutaan orang miskin di India dan negara-negara berkembang lainnya.

Narayana Hrudalaya kini menjadi rumah sakit jantung terbesar di dunia. Ada 1,000 tempat tidur perawatan, dan setiap hari lebih dari 30 operasi jantung dilakukan. Dalam tujuh tahun ke depan, Shetty, yang menerima gelar Padma Bhushan-penghargaan untuk kedokteran-pada 2012- berencana membangun 30 ribu tempat tidur rumah sakit di India, Afrika, dan sejumlah negara Asia. *The Wall Street Journal*memberi gelar Henry Ford-nya Operasi Jantung bagi Shetty.

Bagi India dan banyak negara berkembang lainnya, apa yang dilakukan Shetty sangat penting. Lebih dari dua pertiga penduduk India hidup dengan penghasilan kurang dari USD 2 per hari. Malangnya, 86 persen biaya kesehatan harus dibayar sendiri. Studi terbaru oleh Public Health Foundation of India dan London School of Hygiene & Tropical Medicine menemukan bahwa penyakit jantung sekarang banyak diderita kaum miskin dari pada orang kaya.

Satu di antara empat orang India meninggal karena serangan jantung dan pengeluaran kesehatan per kapita kurang dari USD 60 per tahun. Namun negara hanya melakukan 100-200 ribu operasi jantung setiap tahun. Angka ini jauh dari prediksi Shetty, dimana butuh 2 juta operasi jantung bagi warga India.

*Journal Vascular Health and Risk Management*pada 2008 memaparkan penelitian. Ternyata, tingkat kematian akibat penyakit arteri koroner warga Asia Selatan dua-tiga kali lebih tinggi dari pada orang Kaukasus. “Urbanisasi yang cepat di India-lah yang membawa perubahan pola makan dan gaya hidup,” kata Usha Shrivastava, kepala kesehatan masyarakat di National Diabetes, Obesity, and Cholesterol Foundation. “Inilah yang menyebabkan lompatan besar dalam penyakit kardio vaskular.”

Usia rata-rata serangan jantung pertama di India, Pakistan dan negara-negara Asia Selatan adalah 53 tahun, lebih rendah dibanding negara lain yang mencapai 58,8 tahun. Halangan terbesar untuk operasi jantung di India adalah soal aksesibilitas.

Shetty berniat menjembataninya dengan membangun rumah sakit di luar kota-kota utama India. Dia telah mengidentifikasi 100 kota dengan populasi 500 ribu – 1 juta jiwa yang tidak memiliki rumah sakit jantung. Dia akan membangun di sana dengan model seperti rumah sakit di Kota Mysore, Negara Bagian Karnataka.

Rumah sakit di Mysore ini hanya memiliki 300 tempat tidur dan berlantai satu. Tidak ada lift dan AC di ruang perawatan, sehingga menekan biaya listrik. Dindingnya dicetak untuk mempercepat pengerjaan. “Perusahaan konstruksi Larsen & Toubro Ltd membangun hanya dalam waktu enam bulan dengan biaya USD 6 juta,” kata Shetty.

Langkah lain yang Shetty lakukan adalah memangkas biaya uji sebelum operasi, seperti tes urine. Rumah sakit juga menggunakan perangkat lunak komputer berbasis web ketimbang dengan lisensi. Dia tidak bisa meyakinkan produsen Eropa untuk menurunkan harga tirai dan gaun bedah sekali pakai.

Shetty lantas mendekati sekelompok pengusaha muda di Bangalore untuk membuatnya. Dia membeli dengan harga 60 persen lebih murah ketimbang yang impor. Dia juga melihat peluang menurunkan biaya dari makin banyaknya perusahaan elektronik Asia yang memproduksi mesin*CT Scan,*MRI, dan laboratorium kateterisasi. Selain itu, dia akan *outsourcing*lulusan program diploma spesialisasi, seperti anestesiologi, oftalmologi, dan radiologi.

Srinath Reddy menjelaskan, biaya perawatan kesehatan global meningkat pesat. Tiap negara, kata dia, menghadapi tantangan untuk memberi pelayanan kesehatan dengan biaya yang terjangkau. Devi Prasad Shetty sudah melakukan hal itu dengan memangkas fasilitas yang tidak fungsional di rumah sakitnya.

**70 KALI LEBIH MURAH**

Dokter Devi Shetty dan sesama ahli jantung yang lainnya melakukan operasi *bypass*koroner dengan biaya hanya USD 1,580 di Rumah Sakit Narayana Hrudayalaya di Bangalore, India. Padahal biaya operasi dengan prosedur yang sama di Amerika Serikat mencapai USD 106 ribu.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | NARAYANA HRUDAYALAYA | RATA-RATA RS DI USA |
| JUMLAH TEMPAT TIDUR | 1,000 | 160 |
| BIAYA PER TEMPAT TIDUR (USD) | 29,000 | 109,000 |
| GAJI TAHUNAN AHLI BEDAH JANTUNG (USD) | 110-240,000 | 360-240,000 |
| JUMLAH OPERASI PERMINGGU (6 hari) | 12-18 | 5-10 |

BIAYA OPERASI JANTUNG DIBERBAGAI NEGARA (USD)

|  |  |
| --- | --- |
| ARGENTINA | 8,862 |
| CHILE | 12,401 |
| INGGRIS |  |

 **Analisis Efisiensi pada Selisih Klaim INA-CBGs**

**dengan Pendapatan Rumah Sakit**

Penelitian yang dilakukan oleh Bambang Wibowo dan Mardiati Nadjib ini dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Semarang, RSUP Dr. Sardjito, RSUP Fatmawati dan  RSUP Hasan Sadikin. Apakah inefisiensi diakibatkan oleh *over-treatment* atau RS yang kurang efisien, merupakan pertanyaan penelitian yang ingin dijawab pada penelitian ini. Hasil penelitian menemukan bahwa terdapat perbedaan (selisih) antara klaim INA-CBGs dengan pendapatan RS yang terutama dipengaruhi oleh perbedaan pada komponen biaya jasa medis dan farmasi. Dari hasil analisis, diketahui bahwa RSUP Dr. Kariadi dan RSUP Hasan Sadikit adalah RS yang efisien sedangkan RSUP Fatmawati dan RSUP Dr. Sardjito inefisien.

75% kasus umum di RSUP Fatmawati memiliki *severity level* 1. Hal ini karena tidak ada RS kelas C atau kelas D di bawahnya. Hal ini tergantung juga pada akses pelayanan. Fatmawati bisa mensubsidi sampai dengan 2 juta rupiah/ kasus, sedangkan Kariadi hanya 190-an ribu/kasus. Proporsi pada jasa medik dan obat yang besar menjadi salah satu penyebab inefisiensi.

Setiap RS melakukan strategi yang berbeda untuk mengendalikan efisiensi biaya. RSUP Fatmawati menerapkan *clinical pathway*, RSUP Kariadi mengendalikan BHP Medis, RSUP Sardjito menerapkan jasa layanan yang sama untuk seluruh kelas pelayanan dan RSUP Hasan Sadikin menerapkan kebijakan bahwa wajib menggunakan obat generik.

Peneliti menyarankan bahwa pengendalian biaya dilakukan juga pada sisi manajemen. Harga *e-catalog* sebagian lebih tinggi dari harga di luar, sehingga RS perlu strategi khusus. RS perlu mengimplementasikan sistem remunerasi dan subsidi silang untuk kasus yang memberikan selisih negatif.

**Analisis Hubungan antara Lama Garu Rawat dengan Kerugian Ekonomi (Economic Lost) Sepuluh Penyakit Tertinggi Usia Produktif di Instalasi Rawat Inap RSUD Inche Abdul Moeis Samarinda**

Penelitian yang dilakukan oleh Tri Murti Tugiman dan Awalyya Fasha ini bertujuan untuk mengetahui besarnya kerugian ekonomi yang ditanggung seseorang akibat menderita suatu penyakit tertentu dari sepuluh penyakit terbanyak pada usia produktif. Populasi penelitiannya adalah seluruh pasien rawat inap usia produktif yang menderita satu atau lebih penyakit terbanyak di RSUD Inchea Abdul Moeis Samarinda, tahun 2011.  Hasilnya menunjukkan bahwa biaya langsung yang diperlukan oleh masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan di RS ini lebih dari Rp 74 juta, sedangkan biaya tidak langsungnya lebih dari Rp 10 juta. Besarnya biaya yang hilang akibat sakit lebih dari Rp 5 juta, sedangkan besarnya kerugian ekonomi yang harus ditanggung masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di RS ini lebih dari Rp 90 juta. Total hari rawat pasien adalah selama 171 hari. Penelitian ini menyarankan perubahan perilaku hidup sehat masyarakat dan mengikuti asuransi kesehatan untuk mencegah kerugian ekonomi.

**Hubungan antara Kualitas Layanan dan Pembayar pada Kasus *Infark Myocard* Akut di Rumah Sakit Jantung dan Pembuluh Darah Harapan Kita 2009 – 2012**
Dr. Lies Dina Liastuty

Penelitian yang dilakukan oleh Lies Dina dan Hasbullah Thabrany ini bertujuan untuk dapat memperoleh data karakteristik, mutu layanan dan permasalahan biaya serta klaim terhadap RS oleh para penjamin/pembayar. 43-37% pembayar adalah Askes, jamkesmas hanya 5% yang menggunakan pola INA.CBGs. Namun dari sini, RS rugi sebesar Rp 11M selama 4 tahun. Kemudian, muncul kekhawatiran tindakan bertahap, pembatasan penggunaan obat dan alkes, serta pembatasan jumlah pemasok barang ke RS.

Penelitian ini menunjukkan pasien paling banyak berasal dari Jakarta Barat. Dengan rawat inap dengan tindakan sebagai 55%. Dampak keuangan jauh lebih besar pada pasien dengan STEMI, dengan tagihan rata-rata 43 juta, sedangkan yang non STEMI adalah 26 juta. Dari semua variabel yang diteliti, hanya DPJP yang tidak menunjukkan perbedaan bermakna dalam hal tagihan klaim.

Penelitian ini menyimpulkan bahwa mutu layanan IMA di RSJPDHK tidak dibedakan berdasarkan jenis kelamin. Adanya selisih antara klaim yang diajukan oleh RS dengan yang dibayar oleh penjamin berhubungan secara bermakna dengan kode diagnosis, jumlah tindakan sekunder, lama dirawat dan tingkat keparahan penyakit. Menurut peneliti, dengan hanya dibayar 75% dari tarif, maka biaya yang tertutupi hanya 45%. Jika tariff INA-CBGs dinaikkan 100% pun tidak menyelesaikan masalah.

Dengan diimplementasikannya program JKN, penelitian ini menyarankan untuk dilakukan kajian ulang terhadap tarif INA-CBGs dan perlunya RS untuk tetap menerapkan upaya efisiensi yang tepat guna.

RS menggunakan *master*data termasuk untuk obat-obatan, sehingga semua orang akan punya akses ke satu pusat dengan data yang sama, baik dokter, perawat maupun manajemen. RS juga telah menyusun *clinical pathway* untuk kasus AMI. RS juga melakukan efisiensi penggunaan listrik dan investasi terjadap infrastruktur untuk menekan biaya. RS melakukan kntrak harga satuan terhadap oatobatan tertentu yang harga *e-catalog*-nya lebih mahal.

***Strategic Use of Management Accounting Information in Hospital Management***
Oleh: Anastasia Susty Ambarriani, PhD

  Tujuan utama sebuah organisasi RS adalah *patient safety*. Namun keselamatan pasien ini dipengaruhi oleh berbagai hal, termasuk bagaimana RS tersebut dikelola. Meskipun sebagian besar RS tidak bertujuan profit, namun pengelolaan keuangan perlu dilakukan dengan baik. Inefisiensi RS dapat meningkatkan biaya yang pada akhirnya akan menjadi hambatan bagi pasien untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu. Oleh karenanya, untuk mencapai tujuan *patient safety*, harus ada *business safety*. Hal ini disajikan oleh penelitian yang dilakukan oleh Anastasia Susty Ambarriani. Lebih lanjut, peneliti menulis bahwa manajer RS yang profesional membutuhkan informasi yang cukup untuk dapat melakukan tugas dan fungsinya dengan baik. Penelitian yang dilakukan di Jawa Tengah dan Yogyakarta ini dilakukan pada RS swasta dan pemerintah. Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah manajer akuntansi dan keuangan RS memiliki cukup pengetahuan akuntansi. Dari penelitian ini diketahui bahwa ternyata manajer akuntansi RS tersebut banyak yang tidak memiliki kompetensi yang cukup sehingga mereka tidak dapat melakukan tugasnya dengan baik. Tugas manajer akuntansi biasanya terbatas pada penganggaran dan pelaporan kekuangan, padahal fungsinya lebih luas dari itu, termasuk untuk melakukan kontrol biaya.

Latar belakang pendidikan, pengalaman kerja, aktualisasi diri, pemahaman dasar tentang konsep akuntansi manajemen merupakan ukuran kompetensi manajer akuntansi keuangan.Profil manajemen akuntansi dan keuangan RS, diantaranya ada yang lulusan SMA (hampir 3%), namun sebagian besar S1 (67%). Kemudian, yang berlatar belakang pendidikan akuntansi kurang lebih 40%.  Skor rata-rata 2,78 (dengan skor maksimal 4) untuk variabel kompetensi.

Ada hubungan antara kompetensi dengan gaya pengendalian manajemen di RS. Artinya, kompetensi akan mempengaruhi gaya pengendalian dalam pengambilan keputusan stratejik.

**JKN di RS Swasta, Strategi dan Kesiapan Menghadapi JKN**
Oleh: Heri Iswanto

Di Indonesia, jumlah RS swasta lebih banyak dibandingkan dengan RS pemerintah. Akhir-akhir ini, RS swasta yang banyak dibangun adalah RS “internasional” dengan biaya investasi empat kali RS biasa. RS swasta umumnya berorientasi profit, sehingga terkonsentrasi di kota-kota besar. Situasi saat ini, RS swasta menghadapi berbagai tantangan berupa: tuntutan untuk selalu meningkatkan mutu layanan (banyak RS swasta yang kemudian merekrut tenaga dokter asing untuk mengisi pelayanan), rendahnya mutu SDM dan SDM yang terkonsentrasi di Jawa, infrastruktur yang tidak dirancang untuk RS. Namun demikian, RS Swasta memiliki *Quality of Work Life*.

Memberikan pelayanan yang berkuaitas memungkinkan RS untuk melakukan efisiensi dan efektivitas pelayanan. Selain itu juga dengan *knowledge* *management* dengan 21 macam *tools*yang dapat diaplikasikan di RS. Terakhir adalah konsep *lean* yang dimulai tahun 2005. RS Kemang telah menerapkan *lean*di seluruh unit RS.

*Lean* merupakan alat *quality control* di RS. Prinsip *lean* adalah mengurangi pemborosan. Kesalahan mencetak dokumen, gerakan/mobilitas pasien/petugas yang tidak efisien, persediaan dan sebagainya merupakan potensi pemborosan yang dapat terjadi di RS. Ada delapan tipe pemborosan yang teridentifikasi dalam konsep *lean*, dimana RS Kemang berhasil mengurnagi pemborosan sampai dengan 80%. RS ini kuat dengan konsultasi, bisa sampai 20 menit per pasien. Bisa jadi pasien pulang tidak membayar obat karena hal itu bukan tujuan utama.

Contoh yang telah dilakukan: SPO order obat dengan laptop *wireless* berhasil mengurangi waktu pelayanan obat dari 4 jam menjadi 12 menit. Kejadian infeksi nosocomial turun 4%. Pelaporan dari 35 jam menjadi 12 jam. Waktu tunggu turun 35%. Kesalahan atas kejelasan informasi obat juga menurun.

Peneliti menilai bahwa RS swasta memiliki kesiapan yang lebih baik dalam menghadapi JKN dibandingkan dengan RS pemerintah. Namun tetap ada masalah dalam implementasi JKN, antara lain kurangnya kapasitas tempat tidur (TT). Bagi RS yang telah siap, masih dibayangi masalah lain yaitu pengendalian mutu dan biaya. *Lean*adalah strategi yang sangat tepat untuk menghadapi JKN, karena mampu menjaga mutu dan mengendalikan biaya.

**Diskusi**

Firdaus mempertanyakan mengapa yang dikatakan tidak efisien adalah yang BMHP-nya tinggi? Peneliti menjawab sebetulnya ada kekuatan yang menonjol di masing-masing RS. Di Kariadi ada compendium alat medis yang membuat efisien, RS Fatmawati sangat kuat di CP.

Hafidz mengajukan beberapa pertanyaan, diantaranya:

1. Apa fungsinya CP jika tidak efisien (kasus Fatmawati)?
Cp bisa mengefisienkan RS, LOS sampai 50%. Namun dalam proses, *input*-nya belum. Sedangkan Fatmawati perlu perbaiki di *input*. Ini kekuatan yang bisa jadi model untuk yang lain.
2. *Indirect* atau *direct cost* yang perlu diefisienkan? (untuk bu Lies)
Efisiensi dilakukan di *direct*dan *indirect cost*, misalnya bagaimana mengefisienkan dalam pemeliharaan alat-alat listrik.
3. RS di jawa, sudah siap atau belum? (untuk bu Susty)
RS sering kelabakan untuk menghitung *unit cost* pelayanan. Alangkah baiknya jika RS memiliki akuntan yang dapat membuat sistem informasi sehingga lebih mudah dalam menghitung *unit cost* dan melakukan efisiensi. Banyak yang tidak memiliki latar belakang akuntansi, misalnya politik, perawat dan sebagainya, yang tugasnya hanya mencatat. Peraturan Menteri yang baru: apakah seluruh laporan keuangan organisasi publik harus ditandatangani oleh akuntan?

Helmi (RSAB)
Sampai batas mana yang disebut strategis? Apa bedanya strategis dengan melanggar aturan?

Jawab: strategis\_ ketika Direktur RS memiliki pandangan yang visioner mengenai pengembangan, namun bukan berarti bertentangan dengan aturan. Bisa diatasi dengan *hospital good governance*, sistem pelaporan yang transparan.

Dr. Boy Sabarguna mempertanyakan dua hal, yaitu:

1. apakah INA CBGs sudah efisien?
Itulah PR ke depan, karena saat ini memang belum ada standar. Contoh standar jasa belum ada.
2. Apa saja efisiensi yang dilakukan oleh RSJPD?
Tidak diteliti sampai ke dampaknya terhadap mutu.

Netty (RSJAB) mempertanyakan berapa besar pengaruh adanya informasi akuntansi untuk pengambilan keputusan?
Peneliti menjawab: ada informasi akuntansi manajemen dan informasi akuntansi keuangan. Informasi akuntansi manajemen yang digunakan oleh manajer RS untuk pengambilan keputusan. Jika informasinya bagus dan valid, maka keputusan yang diambil pun akan baik. Tugas seorang akuntan adalah menghasilkan informasi yang memungkinkan gaya pengendalian yang interaktif dan membuka peluang untuk terjadinya dialog, sistem yang didesain bisa untuk mendeteksi inefisiensi atau aktivitas yang tidak memiliki nilai tambah.

Alexander Doris menyampaikan standarisasi alat diagnostic, sten, benang dan sebagainya direduce, CP distandarisasi sehingga lebih efisien. Efisiensi biaya operasional membuka peluang untuk memiliki dana agar dapat meningkatkan kesejahteraan SDM.

Menurut Palapanews.com Saat ini, rumah sakit diklaim dapat melakukan beberapa penghematan seperti hemat biaya sebesar 31% per pemeriksaan pasien, mempersingkat waktu tunggu pasien hingga 38% dan meningkatkan ketepatan diagnostic sebesar 10%.Terungkap penghematan biaya per pemeriksaan pasien terutama karena semakin berkurangnya penggunaan film rontgen, sedangkan semakin singkat waktu tunggu pasien berkat adanya efesiensi alur kerja, sementara adanya meningkatkan ketepatan diagnostic dari kualitas gambar dan pengukuran radiologis yang lebih baik.

GE Healthcare dan RS Premier Bintaro merilis hasil studi independen mengenai penerapan teknologi digital yang dilakukan di Departemen Radiologi RS Premier Bintaro tersebut, Kamis 6 September 2018. Acara dihadiri berbagai media lokal maupun nasional di Ruang Krakatau Lt. 5, Gedung Annex, RS Premier Bintaro Jl. M.H. Thamrin No. 1, Sektor 7 Bintaro Jaya, Kota Tangerang, Banten.

RS Premier Bintaro merupakan salah satu rumah sakit terkemuka di Asia Tenggara yang telah menerapkan teknologi ini dalam kegiatan operasional setiap harinya. Menurut Wildan Djohany, VP Business Development and IT Ramsay Sime Darby Healt Care Indonesia, RS Premier Bintaro Secara konsisten mempertahankan perawatan pasien berkualitas tinggi dan keungulan klinis dengan memanfaatkan teknologi mutakhir.“Untuk mengatasi meningkatnya jumlah pasien serta kompleksitas penyakit, kami memutuskan untuk menerapkan solusi Centricity dari GE Healthcare pada tahun 2016,” ungkap Wildan Djohany.

“Sejak pertama kali diterapkan kami melihat Centricity sebagai alat medis yang hemat biaya untuk menyimpan data diagnosis dan memiliki interface yang terhubung dengan sistem rekam medis elektronik rumah sakit. Hal ini, sangat memudahkan para tenaga kesehatan dalam pengambilan gambar dan meningkatkan komunikasi antara dokter dan ahli radiologi melalui platform terintegrasi,” papar Wildan. (bd)

Biaya tetap adalah biaya yang tidak berubah meskipun volume kegiatan berubah, atau relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah produksi dan biaya ini tetap dikeluarkan walaupun tidak ada kegiatan pelayanan, Dikatakan tidak berubah sebab berapapun jumlah pasien yang dirawat, tidak akan mempengaruhi nilai dari biaya ini. Biaya tetap untuk rumah sakit adalah biaya pembangunan gedung, pengadaan peralatan medis dan non medis serta pengadaan kendaraan (Darmawansyah, 2017)

Besarnya komponen biaya tetap (fixed cost) gedung sangat dipengaruhi oleh luas gedung, makin luas gedung yang digunakan maka makin banyak biaya gedung yang harus ditanggung disamping itu juga dipengaruhi oleh masa pakai, sedangkan untuk alat medis, alat non medis, dan kendaraan sangat dipengaruhi oleh masa pakai (t), makin tinggi masa pakai, makin tinggi nilai barang tersebut. Dari keempat komponen biaya tetap RSUD Kabupaten Pasangkayu yaitu AIC Gedung, AIC alat medis, AIC alat non medis dan AIC kendaraan; yang terbesar adalah AIC Medis. Hal ini disebabkan biaya pengadaan alat kesehatan untuk memenuhi kebutuhan peralatan di masing-masing pusat biaya cukup besar sedangkan nilai AIC terkecil terdapat pada AIC kendaraan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Fajrin (2017) yang menyatakan bahwa salah satu komponen biaya tetap (fixed cost) yang terbesar adalah komponen investasi alat-alat medis yaitu sebesar Rp. 539.739.027 (56%) dan biaya terkecil adalah kendaraan yaitu sebesar Rp. 66.884.376 (6,9%)

Biaya gaji termasuk gaji bulanan dan insentif yang diterima oleh pegawai RSUD Kabupaten Pasangkayu, baik dokter spesialis, pegawai negeri sipil maupun tenaga honorer di rumah sakit. Besaran gaji pegawai diperuntukkan untuk tunjangan tenaga dokter ahli dan gaji pegawai honorer yang bekerja di RSUD Kabupaten Pasangkayu yang jumlahnya lebih banyak dari jumlah PNS. Besarnya komponen gaji pegawai sangat erat hubungannya dengan jumlah pegawai yang bekerja, gaji pegawai yang sifatnya biaya operasional tetap (semi variabel cost) merupakan biaya yang tetap harus dikeluarkan oleh pihak rumah sakit dengan jumlah yang sama walaupun output layanan per hari rawat tidak sama atau tidak dipengaruhi kinerja rumah sakit.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Luthfi (2014) yang menyatakan bahwa gaji pegawai merupakan biaya yang paling tinggi untuk semi variabel cost di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Majene dengan nilai gaji pegawai sebesar Rp. 2.939.218.800,- dan biaya terendah terdapat pada biaya pemeliharaan alat non medis sebesar Rp. 68.750.000,-.Biaya operasional tidak tetap (variabel cost) adalah biaya yang jumlah totalnya berubah sesuai dengan perubahan volume kegiatan/output, dan merupakan biaya yang dikeluarkan untuk tetap berlangsungnya suatu proses produksi. Adapun yang termasuk dalam komponen biaya operasional tidak tetap adalah biaya BHP medis, BHP non medis, biaya pemakain listrik, telepon, dan air. Biaya ini tiap tahun berubah sesuai dengan perubahan volume kegiatan/output, biaya operasional tidak tetap (variabel cost) berhubungan dengan jumlah pasien yang mendapat pelayanan, bila jumlah pasien meningkat maka akan berpengaruh terhadap peningkatan biaya operasional tidak tetap (variabel cost).

 Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Nasri Cahaya (2012) yang menyatakan bahwa BHP medis merupakan biaya yang terbesar yaitu Rp. 4.591.695.173 di Rumah Sakit Umum Anatapura Palu. Biaya total (total cost) adalah jumlah keseluruhan biaya yang dibutuhkan oleh rumah sakit yang dalam penelitian ini dihitung dalam satu tahun anggaran yaitu anggaran tahun 2015. Jenis biaya total (total cost) dalam penelitian ini ada tiga yaitu TC I = FC + SVC + VC, TC II = SVC + VC, dan TC III = VC. Setelah ketiga komponen biaya diperoleh, maka dapat dihitung total biaya asli pada masing – masing pusat biaya.

Besaran nilai total dan jumlah output layanan di instalasi rawat inap akan sangat berpengaruh pada perhitungan biaya satuan. Biaya total setelah dilakukan distribusi ganda dibagi dengan jumlah output berupa jumlah hari rawat di ruang rawat inap akan menghasilkan biaya satuan masing-masing kelas perawatan.

Dengan total biaya yang besar akan mempengaruhi kondisi keuangan rumah sakit yakni membebani pasien dengan biaya tinggi, sehingga diperlukan suatu rasionalitas pengeluaran dengan memperhatikan output yang dihasilkan oleh unit pelayanan, terutama untuk biaya gaji pegawai dan variabel cost yang besarnya sangat dipengaruhi oleh output pelayanan, sehingga dengan penghematan pada komponen variabel cost akan secara langsung berpengaruh terhadap penghematan biaya satuan (unit cost).

Perhitungan biaya satuan (unit cost) merupakan hasil akhir dari perhitungan antara besarnya total biaya setelah double distribution akan dibagi dengan output pada masing– masing ruang rawat inap di RSUD Kabupaten Pasangkayu Tahun 2017. Pada penelitian ini untuk membandingkan tarif yang berlaku dengan biaya satuan (unit cost) maka akan di bandingkan dengan UC III. Hal ini dikarenakan RSUD Kabupaten Pasangkayu merupakan rumah sakit pemerintah yang pembiayaannya masih bergantung kepada bantuan dana yang bersumber dari APBN dan APBD. kemampuan rumah sakit untuk membiayai dirinya dari hasil pendapatan rumah sakit hanya mampu memenuhi biaya operasional yang sifatnya rutin dan belum mampu membayar insentif pegawai sehingga untuk pembiayaan rumah sakit tidak sepenuhnya di kelola oleh pihak rumah sakit

Tarif rasional ditetapkan atas dasar biaya satuan, kemampuan dan kemauan membayar pasien. Tanpa mengabaikan biaya tetap (FC) dan biaya semi variabel (SVC), biaya satuan yang digunakan untuk menghitung tarif rasional adalah biaya satuan hasil distribusi ganda berdasarkan rumus III (TC = VC). Asumsinya, biaya investasi (FC) dan biaya gaji pegawai (SVC) disubsidi dari pemerintah.Untuk mendapatkan tarif rasional rumah sakit berdasarkan pada kemampuan dan kemauan membayar masyarakat yang datang berobat ke rumah sakit. Asumsinya kebutuhan pelayanan kesehatan tidak dapat dipastikan waktunya (uncertainly).

Tarif pelayanan kesehatan yang diberlakukan di RSUD Kabupaten Pasangkayu berdasarkan Perda Nomor 4 Tahun 2016 yakni kelas VIP sebesar Rp.375.000,-. Kelas I sebesar Rp.180.000,-, kelas II sebesar Rp.135.000,-, kelas III sebesar Rp.100.000,- lebih rendah dari hasil perhitungan tarif rasional yakni VIP sebesar Rp.407.365,-, kelas I sebesar Rp.252.489,-, kelas II sebesar Rp.171.859,-, kelas III sebesar Rp.142.951,-. Hal ini dikarenakan tarif perda belum berdasarkan perhitungan unit cost dan hanya berdasarkan pada perbandingan tarif rumah sakit yang terdekat. oleh karena itu, tarif pelayanan kesehatan di RSUD Kabupaten Pasangkayu sebaiknya perlu disesuaikan dengan kondisi saat ini disebabkan telah terjadi kenaikan harga yang berakibat pada naiknya harga barang dan alat medis sehingga rumah sakit dapat mengurangi ketergantungan pada subsidi pemerintah untuk biaya operasional.

. Perbandingan tarif dilakukan untuk membedakan antara unit cost, tarif rumah sakit dan tarif INA-CBgG’s. Tarif yang telah diketahui melalui perhitungan biaya satuan (unit cost) akan dibandingkan dengan tarif INA-CBG’s dan tarif yang berlaku di rumah sakit berdasarkan Perda. Tarif Indonesian Case Based Groups yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG’s adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.

Tarif INA-CBG’s merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Tarif rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan diberlakukan tarif INA-CBG’s sesuai dengan kelompok tarif yang diberlakukan. Khusus untuk RSUD Kabupaten Pasangkayu, kelompok tarif yang diberlakukan adalah kelompok tarif rumah sakit pemerintah kelas D. Adapun besaran tarif berdasarkan kelas perawatan yang digunakan untuk menghitung besaran tarif INA-CBG’s ditetapkan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Untuk dapat menurunkan besarnya biaya satuan (unit cost), maka hal yang dapat dilakukan oleh pihak rumah sakit adalah meningkatkan jumlah output (jenis tindakan/pasien), sehingga besarnya biaya tetap dan biaya operasional dapat ditanggung bersama oleh pasien. Disamping itu penggunaan biaya operasional tidak tetap harus diusahakan seefisien mungkin seperti penggunaan, BHP medis, BHP non medis dan penggunaan listrik.

Tarif tindakan yang merupakan harga dari pelayanan belum mampu meningkatkan nilai pengembalian biaya produksi atau masih di bawah biaya satuan. Kondisi ini terjadi karena dasar dalam penentuan tarif rumah sakit belum mengacu kepada perhitungan biaya satuan (unit cost). Olehnya itu penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar pertimbangan oleh pihak rumah sakit dalam penentuan tarif di instalasi rawat inap, yang diharapkan dapat menutupi biaya operasional tidak tetap yang dikeluarkan dengan mempertimbangkan kemampuan dan kemauan membayar masyarakat.

Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit

(IPSRS)

Instalasi Pemeliharaan Sarana & Prasarana Rumah Sakit (IPSRS) adalah suatu unit fungsional untuk melaksanakan kegiatan teknis instalasi, pemeliharaan dan perbaikan, agar fasilitas yang menunjang pelayanan kesehatan di rumah sakit yaitu sarana, prasarana dan peralatan alat kesehatan RS selalu berada dalam keadaan layak pakai guna menunjang pelayanan kesehatan yang paripurna dan prima kepada pelanggan. Semua urusan teknis dan manajerial ada di IPSRS.

Di beberapa Rumah Sakit ada yang menyebut bagian SARPRAS (Sarana Prasarana), Bagian Teknis, UPSRS (Unit Pemeliharaan Sarana &Prasarana Rumah Sakit)Pelayanan lain yaitu kegiatan pemeliharaan sarana, prasarana dan alat, yang dilaksanakan oleh Instalasi Pemeliharaan Sarana Rumah Sakit (IPSRS) yang meliputi pemeliharaan fisik, peralatan medis, pemeliharaan peralatan nonmedis, dan lain sebagainya. IPSRS juga melakukan pengelolaan pemakaian sumber listrik PLN dan generator, sumber air bersih (Artesis, RO dan PDAM), Jaringan Telepon, dll.

Layanan rumah sakit yang baik tentunya ditunjang dengan keberadaan peralatan dan perlengkapan pendukung yang prima pula. Jangan sampai ketika pasien membutuhkan, peralatan tersebut tidak tersedia sehingga akan menghambat proses layanan kepada pasien. Sehingga pasien dapat segera terlayani  dan meminimalisasi risiko bagi pasien.  Apalagi saat ini sedang hangat – hangatnya tentang akreditasi standar rumah sakit. Berdasar pada Undang – Undang  No 44 tahun 2009 tentang Rumah Sakit pasal 40 dijelaskan bawa dalam upaya peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dilakukan akreditasi secara berkala minimal tiga (3) tahun sekali. Akreditasi rumah sakit dilakukan oleh suatu lembaga independen baik dari dalam ataupun luar negeri berdasar standar akreditasi yang berlaku. Untuk memenuhi standar tersebut rumah sakit dituntut untuk menyediakan layanan dan fasilitas sesuai standar yang telah ditetapkan.

**Instalasi kerja IPSRS mempunyai tugas pokok dan fungsi sebagai berikut:**

1. Membuat program kerja pemeliharaan dan perbaikan tahunan dan melaporkannya kepada pimpinan direktur rumah sakit
2. Melakukan koordinasi dan rapat dengan instalasi terkait
3. *Operator Utility*, IPSRS sebagai penyedia sarana dan prasarana di rumah sakit, sumber air bersih, sumber listrik PLN, catu daya pengganti khusus (CDPK) Genset, dan Lift Elevator
4. *Maintenance*, pemeliharaan dan perawatan rutin.
5. Perencanaan dan program kegiatan pemeliharaan.
6. Pengukuran dan kalibrasi.
7. Manajemen informasi dan pemeliharaan.
8. Rujukan perbaikan
9. Pengawasan fasilitas dan keselamatan kerja
10. Dalam menjalankan tugasnya, kepala instalasi IPSRS wajib menerapkan koordinasi, integrasi, dan sinkronisasi, baik dalam lingkungan intern instalasi, maupun dengan instalasi-instalasi terkait, sesuai dengan tugasnya masing-masing.

Karena pelayanan IPSRS 24 jam/ sehari tanpa putus termasuk hari libur minggu dan hari besar nasional, maka perlu diatur komposisi teknisi yang masuk pada shift pagi, siang dan malam. Sangat dipertanyakan bila ada kekosongan jadwal jaga karena hari libur nasional dan absen  ijin teknisi karena jumlah ketenagaan yang terbatas. Intinya tidak boleh ada kekosongan jadwal jaga.

**Uraian Tugas Sub Bagian IPSRS secara singkat**

a.    Administrasi dan Logistik

* Mencatat dan menyampaikan permintaan perbaikan dari ruangan
* Korespondensi surat masuk dan surat keluar
* Pengolahan data dan statistik, inventarisasi alat-alat/ aset rumah
* Mengidentifikasi kebutuhan pendukung
* Mengurus pembelian peralatan dan sparepart
* Mengurus inventaris barang yang keluar dan masuk

b.    Teknisi Elektromedis

* Pemeliharaan alat-alat kesehatan
* Uji fungsi dan uji performa alat-alat kesehatan
* Perbaikan & kalibrasi alat-alat kesehatan
* Dan tugas yang diberikan atasan/pimpinan langsung (\* Surat Tugas)

 c.    AC & Refrigerator Pendingin

* Pengecekan & Pemeliharaan AC Split
* Pengecekan & Pemeliharaan AC Central dan Chiller
* Pengecekan & Pemeliharaan Refrigerator Pendingin
* Perbaikan AC Split, AC Central &Refrigerator Pendingin

d.    Air, Plumbing &  Perpipaan

* Pengecekkan dan pemeliharaan instalasi water treatment WTP dan tangki air
* Mengontrol penyediaan dan pemakaian air bersih, air dingin dan air panas
* Perbaikan instalasi air &  perpipaan
* Pemeliharaan dan Perbaikan Pompa Air
* Dan tugas yang diberikan atasan/ pimpinan langsung (\* Surat Tugas)

e.  Telekomunikasi PABX

* Pemasangan dan Instalasi Jaringan Telepon & PABX
* Pemasangan Pesawat Telepon
* Pemasangan dan Instalasi Nurse Call
* Dan tugas lain yang diberikan atasan/pimpinan langsung (\* Surat Tugas)

f.     Listrik / Elektrikal & Mekanikal

* Pengecekan dan pemeliharaan Instalasi Panel Listrik &Panel Grounding
* Mengontrol penyediaan dan pemakaian listrik PLN
* Mengontrol penyediaan dan pemakaian catu daya pengganti khusus (CDPK) Genset
* Pemasangan Instalasi Terminal Listrik
* Memperbaiki Saklar, Panel dan Sistem Kunci Kelistrikan
* Dan Tugas Lain yang diberikan atasan/ pimpinan langsung (\* Surat Tugas)

g.    Pemeliharaan Gedung Bangunan & Pertukangan

* Membersihkan dan mengatur ruangan yang akan digunakan dan telah digunakan
* Memperbaiki bagian gedung yang rusak (Handle pintu, lemari, plavon, dll)
* Memonitoring kunci tiap ruangan Rumah
* Dan tugas lain yang diberikan atasan/ pimpinan langsung  (\* Surat Tugas)

h.    Gas Central dan Bejana Tekan

* Pengecekan dan Pemeliharaan Instalasi Gas Medis (Central Vacuum,
* Central Oksigen, Central Compressed Air, Central N2O)
* Pengecekan dan Pemeliharaan Boiler/ Ketel Uap
* Mengontrol penyediaan dan pemakaian Gas Medis
* Perbaikan dan kalibrasi outlet dan terminal Gas Medis
* Dan tugas lain yang diberikan atasan/ pimpinan langsung (\* Surat Tugas)

Sub bagian tersebut telah memiliki tugas dan tanggung jawab masing-masing. Sehingga, para staf dapat bekerja sesuai dengan tugas dan fungsi yang telah ditentukan sesuai *job description* yang telah ditetapkan. Untuk struktur organisasi, IPSRS berdiri di bawah bagian penunjang medis. Dan tentunya teknisi-teknisi yang bertugas di IPSRS mempunyai uraian tugas/ tupoksi yang berbeda  dari SKPD  yang lain di daerahnya, beda dengan puskesmas, Kantor Kecamatan, Kantor Kelurahan, PD Pasar, dll. Semua teknisi IPSRS mempunyai tanggung jawab tugas yang berat dengan resiko kemungkinan penularan penyakit di dalam lingkup ruang pelayanan maupun di lingkungan rumah sakit.

Sayangnya IPSRS yang juga sebagai salah satu instalasi di rumah sakit, terkesan dianggap sebelah mata oleh manajemen rumah sakit, tapi tidak semua. Mindset manajemen melihat bagian IPSRS merupakan instalasi yang tidak menghasilkan profit/ keuntungan bagi rumah sakit, tetapi malah dianggap sebagai beban cost. Padahal berjalannya pelayanan di rumah sakit adalah salah satu output kinerja IPSRS adalah dari mutu pelayanan dan efisiensi,fasilitas sarana dan prasarana yang baik pula. Coba bagaimana bila perbaikan dan pemeliharaan di Rumah Sakit dilakukan secaraoutsourcing dan insidentil perbaikan. Tingkat urgensi dan respon time perbaikan dan pemeliharaan pasti akan lebih lambat, ditambah dengan lamanya proses birokrasi administrasi yang beribet. Sebagai salah satu unit yang berperan penting dalam kinerja Rumah Sakit, IPSRS sangat penting fungsi dan perannya dalam menunjang sarana dan prasarana yang ada di Rumah Sakit. Dengan kata lain, IPSRS adalah salah satu faktor syarat suatu RS bisa diakreditasi levelnya menjadi lebih tinggi.

|  |
| --- |
| https://4.bp.blogspot.com/-JYXqENSCEMk/WJrUuOfHfTI/AAAAAAAAHpQ/ul2A8oiQVSEspM_SgnkjVz4x4xHDTUNDQCLcB/s640/328335f53dbb498b20f7afa18bd0fd16.jpg |
| Bengkel/ Workshop |

Untuk workshop / bengkel perbaikan ada IPSRS yang punya, ada yang tidak, diwajibkan ada sesuai Pedoman Permenkes. Seharusnya setiap sub bagian IPSRS mempunyai workshop sendiri-sendiri dan terpisah, karena pekerjaan yang dilakukan memiliki kekhususan masing-masing. Begitu juga dengan perlengkapan fasilitas peralatan kerja/ toolset yang terbatas.

**Menurut referensi :**

* PEDOMAN TEKNIS SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT KELAS C
* PEDOMAN TEKNIS SARANA DAN PRASARANA RUMAH SAKIT KELAS B
* PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 24 TAHUN 2016 TENTANG PERSYARATAN TEKNIS BANGUNAN DAN PRASARANA RUMAH SAKIT
* PERATURAN MENTERI KESEHATAN NOMOR 56 TAHUN 2014 TENTANG KLASIFIKASI RUMAH SAKIT


Bengkel atau workshop adalah tempat kerja yang menyediakan ruang dan peralatan untuk melakukan perakitan, modifikasi, pemeliharaan dan perbaikan peralatan.Kekhususan yang dimaksud adalah spesifikasi perlengkapan peralatan bengkel kerja pada setiap teknisi IPSRS berbeda-beda sesuai dengan cakupan pekerjaannya. Di dalam bengkel juga terdapat gudang penyimpanan peralatan yang rusak dan gudang penyimpanan peralatan yang sudah selesai dikerjakan.

Yang unik dan selalu ada di beberapa RS dalam denah skematik rumah sakit, kantor IPSRS selalu ada di belakang, pojok dekat dengan kamar mayat (kaya dari dulu tetanggaan terus),  instalasi IPAL ataupun instalasi WTP Pengolahan Air. Ya begitulah dukanya IPSRS karena dari dulu tetangganya Instalasi Jenasah dan Pemulasaraanberduka terus, intermezo jika sedang perbaikan ada iring-iringan jenasah lewat di depan IPSRS ke arah Instalasi Jenasah kamar mayat sudah hal yang biasa.

Sub bagian yang seharusnya terpisah pada struktur organisasi IPSRS tetapi aplikasi di lapangan masih menjadi satu dengan IPSRS adalah :

* Kesehatan Lingkungan, bertugas melaksanakan pengelolaan aspek lingkungan fisik, kimia, dan biologis rumah sakit sehinggga tercipta kondisi lingkungan rumah sakit yang memenuhi standar sanitasi, baku mutu lingkungan serta mencegah terjadinya pencemaran lingkungan. Seharusnya berdiri bagian tersendiri.
* Distribusi Gas Medis, bertugas mendistribusikan Gas Medis dari Oksigen, Nitrogen, N20, CO2 dan Gas medis yang dibutuhkan ruangan untuk pelayanan. Seharusnya berdiri di bawah Instalasi Farmasi.

Memang peran IPSRS hanya di belakang layar yang secara tidak langsung tidak berhadapan dengan pasien sebagai costumer. Tetapi Rumah sakit yang baik bisa dilihat dari Manajemen Fasilitas Penunjang, sarana dan prasarana yang baik dan fungsi  peran teknis IPSRS yang solid. IPSRS hanya menangani pemeliharaan dan perbaikan unit/alat/instalasi existing (terinstall) yang masuk dalam asset rumah sakit, untuk pengadaan unit baru dan penghapusan unit/alat/instalasi adalah kewenangan dari Bagian Umum pengurus barang. Harap dilihat lagi distribusi barang keluar dan manajemen aset rumah sakit.

Pekerjaan pemeliharaan dan perbaikan yang tidak bisa dilakukan IPSRS karena terkendala sparepart, kemampuan SDM, cakupan teknologi menengah dan tinggi, dan policy/ peraturan terikat dari vendor, akan dikerjakan dan dilaksanakan oleh vendor penyedia unit/alat/instalasi sesuai dengan spesifikasinya. Tetapi tetap memerlukan verifikasi dan supervisi dari masing-masing bagian IPSRS tentang hasil pekerjaanpemeliharaan dan perbaikan yang sudah dilakukan, misalnya pemeliharaan Kontrak Service Alat Kesehatan.Semua pekerjaan teknis IPSRS harus terlaporkan secara berkala ke manajemen, karena merupakan salah satu indikator dalam MFK dan juga output pelayanan dari rumah sakit ke pengunjung rumah sakit baik itu pasien maupun keluarga pasien.

<https://www.bernas.id/21738-unit-cost-sebagai-exit-strategy-penerapan-efisiensi-biaya-di-rumah-sakit-dan-fasilitas-kesehatan.html>

<https://manajemenrumahsakit.net/2013/08/inovasi-menghemat-biaya-rumah-sakit/>

http://manajemen-pembiayaankesehatan.net/index.php/policy-brief/94-reportase/inahea/1164-sesi-efisiensi-rumah-sakit-1