

SISTEM REMUNERASI

**Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia
di Rumah Sakit**

Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.

Penerbit LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta

SISTEM REMUNERASI

Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia
di Rumah Sakit

Penulis: Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.

Desain Cover: Budiman Raharjo, S.Ds.

Penyunting: Ir. Eko Pranoto, M.Si.

ISBN: 978-602-5450-33-4

Hak cipta dilindungi undang-undang

All right reserved

Cetakan pertama, 2017

Diterbitkan oleh: LP3M Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jl. Brawijaya, Tanantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta, Indonesia
55183

Undang-undang Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2002
Tentang Hak Cipta

Pasal 2

- 1 Hak cipta merupakan hak eksklusif bagi pencipta atau pemegang untuk mengumumkan dan memperbanyak ciptaannya, yang timbul secara otomatis setelah suatu ciptaan dilahirkan tanpa mengurangi pembatasan menurut undang undang yang berlaku.

Ketentuan Pidana

Pasal 72

- 1 Barang siapa dengan sengaja atau tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2 ayat (1) atau { asal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan atau denda paling sedkiti Rp 1.000.00,00. (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
- 2 Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan atau menjual kepada umum satu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta atau hak terkait sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 tahun dan atau denda Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadirat Allah S.W.T penulis panjatkan, berkat rahmat dan karunia-Nya penulis dapat menyelesaikan penyusunan Buku Monograf Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit ini.

Dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan berupa kritik yang membangun dan saran-saran, serta masukan yang sangat berharga dalam menyelesaikan penyusunan Monograf ini. Ucapan terima kasih khusus untuk suami tercinta Ir. Eko Pranoto, M.Si. atas bantuan, dan dukungan selama menulis karya ini.

Buku ini dapat dijadikan sebagai referensi bagi mahasiswa yang sedang menuntut ilmu dalam bidang manajemen rumah sakit, para direktur dan manajer unit atau departemen sumber daya manusia di rumah sakit, para dosen yang mengampu matakuliah manajemen sumber daya manusia di rumah sakit, para pemerhati sistem remunerasi di rumah sakit, dan para peneliti sistem remunerasi yang saat ini sedang menjadi topik yang kontroversial karena sensitifnya terhadap konflik di rumah sakit.

Sebagai sebuah karya yang merupakan perpaduan antara ilmu, pengalaman, dan peraturan perundang-undangan terkait dengan sistem remunerasi ini, masih banyak kekurangannya, penulis berharap dari para pembaca untuk memberikan kritik dan saran lebih lanjut untuk perbaikan Monograf ini ke depannya.

29 Agustus 2017

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	i
Daftar Isi	ii
Daftar Tabel	iv
Daftar Gambar	iv
BAB I PENDAHULUAN	
Latar Belakang	1
Ringkasan	7
BAB II SISTEM REMUNERASI SEBAGAI STRATEGI MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA RUMAH SAKIT	
A. Pengertian Remunerasi	9
B. Langkah-langkah menentukan Remunerasi	13
C. Komponen utama Remunerasi	15
D. Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen SDM Rumah Sakit	20
Ringkasan	24
BAB III EVALUASI JABATAN	
A. Pengertian Evaluasi Jabatan	26
B. Prinsip-prinsip Evaluasi Jabatan	27
C. Langkah-langkah menentukan Nilai Jabatan	28
D. Metode Evaluasi Jabatan	29
E. Peringkat Jabatan	30
F. Kriteria Faktor Jabatan	33
G. Batasan Nilai Jabatan dan Kelas Jabatan	44
Ringkasan	47
BAB IV PENILAIAN KINERJA	
A. Pengertian Penilaian Kinerja	49
B. Proses Penilaian Kinerja	51
C. Contoh Proses Penilaian Kinerja	53

D. Komponen Penilaian Kinerja	56
Ringkasan	62
BAB V HASIL PENELITIAN FORMULASI STRATEGI SISTEM REMUNERASI	
A. Faktor strategis eksternal yang memberikan peluang bagi rumah sakit	64
B. Faktor strategis eksternal yang paling mengancam	67
C. Faktor strategis internal yang berupa lima kekuatan rumah sakit	70
D. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit	74
E. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit	79
F. Sistem Remunerasi Di Berbagai Negara	84
Ringkasan	94
DAFTAR PUSTAKA	96

DAFTAR TABEL

3.1 Level Faktor, Nilai Faktor, dan Contoh Jabatan Struktural	32
3.2 Level Faktor dan Nilai Faktor pada Jabatan Fungsional	43
3.3 Kelas Jabatan dan Nilai Jabatan	44
3.4 Batasan Nilai Jabatan, Kelas Jabatan dan Nama Jabatan	45
3.5 Contoh Hasil Evaluasi Jabatan Struktural	45
3.6 Contoh Hasil Evaluasi Jabatan Fungsional	46
4.1 Kriteria dan Nilai Output Pekerjaan	52
4.2 Penilaian IKI	54
4.3 Skala Prestasi, Tingkatan Prestasi dan Deskripsi	54

DAFTAR GAMBAR

4.1 Proses Penilaian Kinerja (Wayne, 2008)	51
5.1 Posisi Pilihan Strategi Sistem Remunerasi	81

BAB I

PENDAHULUAN

Latar Belakang

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 625 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai Badan Layanan Umum Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan, remunerasi adalah pengeluaran biaya oleh Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit, sebagai imbal jasa kepada pegawai, yang manfaatnya diterima pegawai dalam bentuk dan jenis komponen-komponen penghargaan dan perlindungan. Penghargaan yang dimaksud adalah penghargaan atas pekerjaannya atau hasil pekerjaannya dan masa kerjanya, sedangkan perlindungan terkait dengan keamanan dalam bekerja.

Adapun sistim remunerasi adalah sistim imbal jasa yang dikelola dengan sistim keuangan dan peraturan rumah sakit untuk pegawai tetap BLU Rumah Sakit selain Dewan Pengawas dan Direksi (PMK No. 625 Tahun 2010). Dalam berbagai literature, sistim remunerasi ini sering disebut sistim kompensasi, yaitu sistim imbal jasa atas kontribusi pegawai dalam sebuah institusi atau organisasi. Dalam dunia bisnis, ada pertukaran nilai atau manfaat. Organisasi menyediakan pekerjaan untuk pegawai, mengharapkan dengan adanya pegawai seluruh pekerjaan dalam organisasi itu dapat dibagi habis kepada seluruh pegawai untuk mencapai tujuan organisasi. Rumah sakit sebagai organisasi bisnis baik yang berorientasi mencari keuntungan maupun yang tidak mencari keuntungan, menawarkan pekerjaan kepada tenaga kesehatan dan

tenaga non kesehatan. Tenaga kesehatan dan non kesehatan yang bekerja di rumah sakit mendapatkan gaji dan tunjangan-tunjangan lainnya serta insentif sebagai imbal jasa atau kompensasi atas pekerjaan yang sudah dilakukannya. Dalam manajemen rumah sakit, pemberian kompensasi atau remunerasi adalah fungsi dari manajemen sumber daya manusia, pembayaran remunerasi melibatkan bagian keuangan, karena bagian manajemen sumber daya manusia tidak melakukan pembayaran. Remunerasi bukan merupakan komponen tersendiri dalam manajemen rumah sakit, tetapi merupakan bagian dari komponen lainnya yang lebih besar, dan dipengaruhi serta mempengaruhi komponen lain yang saling terkait untuk mencapai suatu tujuan tertentu sehingga membentuk sebuah sistim remunerasi.

Rumah sakit merupakan rumah kedua, bagi SDM yang bekerja penuh di rumah sakit itu, oleh karena itu manajemen rumah sakit sebaiknya menciptakan kehidupan kerja yang nyaman dengan memberikan penghargaan yang sesuai dengan kontribusi SDM dalam membangun dan meningkatkan kinerja rumah sakit, selain itu SDM yang bersangkutan merasa aman dalam bekerja karena ada program perlindungan keamanan bagi pegawainya. Penghargaan dan perlindungan untuk SDM rumah Sakit yang berupa remunerasi dapat meningkatkan motivasi kerja dan kinerja SDM rumah sakit menurut beberapa penelitian. Hasil penelitian Mendes, et. al. menekankan pentingnya remunerasi sebagai instrument control dan manajemen di organisasi public maupun privat (swasta).

Sumber Daya Manusia (SDM) Rumah Sakit yang terdiri dari para profesional yang berasal dari berbagai disiplin ilmu yaitu tenaga

medik, perawat klinik, penunjang medik (radiologi, farmasi, laboratorium dan sebagainya), pejabat struktural, tenaga administrasi dan tenaga pekerya merupakan aset yang sangat berharga dari sebuah rumah sakit. Kinerja SDM rumah sakit secara individual membentuk kinerja unit dan kinerja rumah sakit. Untuk meningkatkan kinerja rumah sakit, perlu adanya kompensasi yang seimbang, adil, proporsional sesuai dengan kemampuan rumah sakit dan kondisi eksternal rumah sakit. Sebagaimana dikemukakan oleh Buchan et. al. (2000), Remunerasi menjadi strategi yang semakin penting di dalam pelayanan kesehatan di masa yang akan datang untuk memotivasi staf dan memperbaiki efisiensi dan efektivitas organisasi (Buchan, ET. AL. 2000).

Untuk dapat terus tumbuh dan berkembang rumah sakit swasta juga harus efisien dan produktif, bahkan beberapa rumah sakit swasta dapat lebih efisien dan lebih produktif dari pada rumah sakit pemerintah jika dikelola dengan cerdas. Peraturan Menteri Kesehatan No. 625 Tahun 2010 tentang Remunerasi diperuntukkan rumah sakit yang berbentuk BLU. Istilah-istilah dan aturan untuk BLU dapat digunakan juga oleh BLUD dan rumah sakit swasta setelah dilakukan penyesuaian terlebih dahulu sesuai kebutuhan rumah sakit itu. Di rumah sakit swasta masih banyak yang menggunakan sistem penggajian konvensional, yaitu hanya berdasarkan pada tingkat pendidikan, pengalaman, spesialisasi, tingkat kesulitan dan tingkat resiko. Beberapa rumah sakit swasta menggunakan sistem remunerasi parsial, yaitu jasa dokter tetap *fee for service*, sedangkan tenaga kesehatan lainnya dan non kesehatan menggunakan sistem remunerasi

Perubahan lingkungan rumah sakit di tingkat lokal, nasional, maupun global memberikan peluang atau tantangan bagi rumah sakit yang berkinerja tinggi, dan menjadi ancaman bagi rumah sakit yang berkinerja rendah. Sumber daya manusia menjadi salah satu kekuatan yang signifikan bagi rumah sakit untuk dapat menangkap peluang, menghadapi tantangan dan ancaman, serta mengatasi kelemahan sumber daya yang ada di rumah sakit. Rumah sakit yang berkinerja tinggi mempunyai SDM yang kompeten dan profesional dalam bidangnya dengan jumlah yang memadai. Untuk dapat merekrut SDM tersebut, salah satu yang menjadi daya tarik adalah sistem remunerasi rumah sakit yang ditawarkan. Dengan demikian, sistem remunerasi dapat menjadi keunggulan bersaing dalam merekrut dan mempertahankan SDM yang dibutuhkan rumah sakit.

Sejak ditetapkannya Undang-undang nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara, Pemerintah Indonesia segera menerbitkan Peraturan Pemerintah (PP) no 23 tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (BLU), sebagai tindaklanjut dari pasal 69 ayat 7 undang-undang tersebut. Pada PP no 23 tahun 2005 pasal 1 butir 1, disebutkan bahwa yang dimaksudkan dengan BLU adalah Instansi Pemerintah yang diberi tugas dan fungsi untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang atau jasa dengan pertimbangan tidak mengutamakan keuntungan, namun tetap berdasarkan prinsip efisien dan produktif. Pada butir 11, disebutkan bahwa Standar Pelayanan Minimum adalah spesifikasi teknis tentang tolok ukur layanan minimum yang diberikan oleh BLU kepada masyarakat.

Hak Rumah Sakit telah dirinci dalam Undang-undang no 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, pasal 30. Dua diantaranya adalah a) Menentukan jenis, jumlah, kualifikasi SDM sesuai klasifikasi, dan b) Menerima imbalan jasa pelayanan dan menentukan Remunerasi, dan Insentif, serta penghargaan sesuai ketentuan peraturan yang berlaku. Untuk dapat menentukan remunerasi di rumah sakit secara tepat, perlu dilakukan evaluasi jabatan yang ada di rumah sakit itu. Badan Kepegawaian Negara Republik Indonesia (BKN) Telah Membuat Peraturan BKN No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil. Rumah Sakit sebagai institusi di bawah Kementerian Kesehatan juga menggunakan pedoman tersebut dalam menyusun sistem remunerasinya, khususnya untuk Rumah Sakit yang berbentuk Badan Layanan Umum. Rumah sakit swasta dapat mengadopsi pedoman tersebut dengan melakukan adaptasi seperlunya sesuai dengan kualifikasi dan kemampuan rumah sakit, atau membuat model remunerasi yang berbeda.

Perubahan paradigma penyusunan remunerasi rumah sakit, ditinjau dari UU No. 44 Tahun 2009 pasal 36 (penjelasan) bahwa Rumah Sakit harus menerapkan tata kelola yang menekankan penerapan fungsi-fungsi manajemen, berdasarkan prinsip akuntabilitas, transparansi, responsibilitas, independen, dan kesetaraan serta kewajaran. Demikian pula harus menerapkan tata kelola klinis yang mencakup data klinis, audit klinis, resiko klinis berbasis data, mekanisme monitoring hasil pelayanan, pengelolaan keluhan, kepemimpinan klinik, dan peningkatan kinerja, serta akreditasi Rumah Sakit. Kedua prinsip tata kelola manajemen yang

baik dan tata kelola klinis yang baik di rumah sakit sebaiknya berjalan secara sinkron, memperlancar usaha pencapaian tujuan dan misi rumah sakit.

Dengan demikian rumah sakit yang professional mengubah paradigma lama menjadi paradigma baru bahwa hal-hal yang telah ditetapkan dalam UU RS diikuti oleh peraturan-peraturan pelaksanaannya, oleh karena itu manajer rumah sakit perlu belajar tentang manajemen rumah sakit sebagaimana diatur oleh UU RS dan peraturan pelaksanaannya, termasuk peraturan tentang penetapan remunerasi rumah sakit. Dalam UUNo. 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit dinyatakan bahwa “Kepala Rumah Sakit harus seorang tenaga medis yang mempunyai kemampuan dan keahlian di bidang perumahsakitian”.

Para manajer telah membangun prinsip-prinsip administrasi mengenai upah dan gaji berdasarkan pada penelitian yang kurang memadai dan bias mengindikasikan bahwa masyarakat akademis belum memberikan bimbingan yang tepat untuk para praktisi di area ini. Area ini tepat untuk penelitian dan sebaiknya memasukkan bukan hanya faktor ekonomi tetapi juga faktor sosial sebagai hambatan dalam mengimplementasikan program kompensasi tersebut untuk secara positif memotivasi karyawan. Tidak ada perbedaan antara kinerja karyawan yang menerima gaji sebagai kompensasi dari jasanya dan karyawan yang menerima kompensasi berdasarkan output dari karyawan tertentu, sebagai alternative, kompensasi yang berbentuk insentif menghasilkan peningkatan produktivitas karyawan (Minor, 2013). Masih banyak rumah sakit yang belum menerapkan sistim Remunerasi yang adil dan

proporsional sehingga mampu memotivasi pegawai meningkatkan produktivitas dan kinerjanya.

Ringkasan

Rumah sakit yang berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) wajib menerapkan sistem remunerasi. Pedoman bagi RS BLU untuk melaksanakan sistem remunerasi adalah Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) Nomor 625 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai Badan Layanan Umum Rumah Sakit di lingkungan Kementerian Kesehatan.

Menurut peraturan itu remunerasi adalah pengeluaran biaya oleh Badan Layanan Umum (BLU) Rumah Sakit, sebagai imbal jasa kepada pegawai, yang manfaatnya diterima pegawai dalam bentuk dan jenis komponen-komponen penghargaan dan perlindungan. Untuk rumah sakit milik pemerintah daerah yaitu BLUD dan rumah sakit swasta tidak termasuk dalam Peraturan Menteri Kesehatan tersebut.

Namun demikian RS BLUD dan rumah sakit swasta dapat mencontoh sistem remunerasi yang sudah ada pedomannya tersebut dengan melakukan modifikasi sesuai kondisi dan kebutuhan rumah sakit atau membuat model sistem remunerasi yang berbeda. Untuk menentukan remunerasi adalah hak rumah sakit sesuai dengan Undang-undang no 44 tahun 2009 Tentang Rumah Sakit, pasal 30.

Tidak ada perbedaan antara kinerja karyawan yang menerima gaji sebagai kompensasi dari jasanya dan karyawan yang menerima kompensasi berdasarkan output dari karyawan tertentu, sebagai alternative, kompensasi yang berbentuk insentif menghasilkan peningkatan produktivitas karyawan (Minor, 2013).

Insentif diberikan kepada karyawan berdasarkan kinerjanya. *Fee for performance* adalah pembayaran jasa berdasarkan kinerja. Perlu paradigma baru untuk dapat menerapkan sistem remunerasi.

BAB II

SISTEM REMUNERASI SEBAGAI STRATEGI MANAJEMEN SUMBER DAYA MANUSIA RUMAH SAKIT

A. Pengertian Remunerasi

Sistem remunerasi adalah sistem balas jasa yang diberikan oleh suatu organisasi kepada pegawai sebagai penghargaan atas kontribusi yang diberikan pegawai kepada organisasi tersebut. Remunerasi diberikan kepada pejabat pengelola, dewan pengawas, dan pegawai BLU berdasarkan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan, sebagaimana tercantum dalam pasal 36 Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU. Remunerasi disebutkan di dalam Undang Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 30. b. sebagai salah satu hak rumah sakit untuk menentukannya sebagai konsekuensi dari hak untuk menentukan sumber daya manusia sesuai kebutuhan rumah sakit, baik tenaga kesehatan maupun tenaga non kesehatan.

Pada lembar Penjelasan Peraturan Pemerintah no 23 tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan BLU, pasal 36 ayat 1, disebutkan bahwa Remunerasi merupakan imbalan kerja yang dirinci menjadi beberapa komponen, yaitu: Gaji, honorarium, tunjangan tetap, bonus, pesangon, dan pensiun, dan pada ayat 2, disebutkan bahwa Penetapan remunerasi mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, dan kesetaraan, serta kepatutan. Dalam Peraturan Pemerintah tersebut belum menetapkan kinerja sebagai salah satu

basis penetapan remunerasi. Hal ini cenderung dapat mengakibatkan ketidak-adilan, karena pegawai yang berkinerja tinggi dan pegawai yang tidak berkinerja tidak jelas perbedaan penghargaannya yang dimasukkan dalam komponen remunerasi. Dengan adanya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 625 Tahun 2010, disebutkan bahwa salah satu komponen dari remunerasi adalah *fee for performance*.

Jadi remunerasi adalah kompensasi yang berbentuk finansial yang dihitung secara proporsional sesuai dengan berat ringannya tugas dan besar kecilnya resiko, dengan mempertimbangkan kesetaraan, yaitu untuk pekerjaan yang setara dihitung nilainya dijadikan patokan di dalam menentukan *job grading*. *Job grading* tersebut untuk menentukan nilai jabatan (*job values*), dan kelas jabatan (*job classes*). Pemberian remunerasi juga perlu memperhatikan kepatutan, untuk menghindari kesenjangan yang terlalu besar dibuat harmonisasi dalam menetapkan nilai pekerjaan. Selain itu, perhitungan remunerasi juga memperhatikan kondisi lingkungan tempat rumah sakit itu beroperasi (contohnya memperhatikan upah minimum regional).

Pemberian remunerasi harus adil, wajar dengan memperhatikan empat prinsip berikut (Dessler, 2008):

External Equity: pekerjaan dinilai/ dihargai dengan mempertimbangkan pekerjaan yang sejenis di perusahaan lain.

Internal Equity: pekerjaan dinilai adil atau wajar dibandingkan dengan pekerjaan lain yang serupa di dalam perusahaan.

Individual Equity: keadilan atau kewajaran dinilai berdasarkan kinerja individu untuk pekerjaan sejenis.

Procedural Equity: alokasi pembayaran ditetapkan berdasarkan proses dan prosedur yang digunakan.

Apabila dari ke empat *equity* tersebut ada salah satu atau lebih yang tidak terpenuhi akan berakibat pada rasa tidak puas pada pegawai. Untuk *external equity*, apabila pendapatan pegawai untuk pekerjaan yang sama atau serupa di luar rumah sakit pada umumnya lebih tinggi, maka kemungkinan pegawai yang tidak puas apabila ada kesempatan untuk keluar, pegawai tersebut akan keluar, kecuali ada faktor-faktor lain yang mempengaruhi sikap dan perilaku pegawai, seperti contohnya budaya kerja yang nyaman, terpenuhinya kebutuhan pegawai selain pendapatan yang berbentuk finansial seperti jam kerja yang lebih fleksible, merasa dipercaya dan dihormati, dan dapat mewujudkan aktualisasi diri dengan baik.

Untuk *internal equity*, jika tidak tercapai di dalam lingkungan rumah sakit, akan mengakibatkan kecemburuan dengan sesama teman pegawai. Kecemburuan ini apabila dibiarkan dapat memicu konflik internal dan menurunkan motivasi serta kinerja pegawai. Dengan demikian, manajemen perlu berupaya untuk sedapat mungkin berlaku adil dan proporsional serta terbuka terhadap semua pegawai. Dengan sistem remunerasi yang memenuhi asas *internal equity*, dimungkinkan dapat memotivasi pegawai untuk meningkatkan kinerjanya.

Bagaimana jika *individual equity*-nya terganggu? Untuk dapat merealisasikan *individual equity* perlu ada manajemen kinerja

yang baik dan transparan. Masing-masing pegawai mempunyai indikator kinerja yang harus dicapai. Untuk pekerjaan yang sama atau sejenis, apabila pegawai dapat mencapai target kinerja yang telah ditetapkan, maka manajemen harus konsekuen memberikan penghargaan yang sama dan proporsional. Apabila hal tersebut tidak dapat dilaksanakan, maka perlu alasan-alasan yang kuat yang masuk akal dan dapat diterima oleh pegawai yang bersangkutan. Walaupun pekerjaannya sama, tetapi banyak faktor juga yang mempengaruhi seorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya yang perlu dipertimbangkan sehingga memungkinkan hasil akhir atau kinerjanya berbeda. Jika rumah sakit sudah mempunyai sistem *pay for performance* yang baik, pegawai dapat menunjukkan sendiri berdasarkan indikator kinerja dan bukti-bukti kinerja yang sudah dicapainya.

Setiap rumah sakit mempunyai kewajiban untuk memberikan kompensasi kepada pegawainya sesuai dengan kebijakan yang telah ditetapkan rumah sakit. Kompensasi atau remunerasi istilah yang sering digunakan saat ini melalui sebuah proses dan berdasarkan pada prosedur yang telah ditetapkan. *Prosedural equity* ini apabila tidak dijalankan sesuai aturan yang sudah dibuat oleh manajemen rumah sakit, juga akan menimbulkan rasa ketidakadilan bagi pegawai yang bersangkutan. Misalnya karena seseorang adalah anak pejabat level atas di rumah sakit, tidak perlu sesuai dengan prosedur dan proses pembayaran gaji dan insentif sebagaimana seharusnya, sedangkan pegawai lainnya harus melalui prosedur dan proses yang telah ditetapkan sebelumnya.

B. Langkah-langkah Menentukan Remunerasi

Langkah-langkah dalam menentukan *corporate grade*, menurut Tim Pembina Remunerasi Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI sebagai berikut:

- Langkah-1: Menginventarisir seluruh jabatan yang ada berdasarkan pada SOTK (Satuan Organisasi dan Tata Kelola)
- Langkah-2: Pengisian Formulir Kuisioner Seluruh Jabatan
- Langkah-3: Melakukan Analisis Jabatan & Evaluasi Jabatan
- Langkah-4: Menentukan Nilai Jabatan / Harga Jabatan
- Langkah-5: Melakukan Pengelompokan Jabatan
- Langkah-6: Menetapkan *Corporate Grades*.

Setelah diketahui *Corporate Grades*-nya, Langkah-langkah selanjutnya adalah:

1. Menetapkan tabel *Corporate Grades*
2. Membuat tabel kenaikan gaji berkala
3. Menentukan Poin Indeks Rupiah (PIR)
4. Penetapan Indikator Kinerja Individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU)
5. Pembuatan daftar gaji
6. Menetapkan nilai harmonisasi dan kelayakan.
7. Evaluasi : (a) Rekap gaji , (b) Strata gaji

Bila dianalisis, antara *Coorporate Grade*, dan ke-3 komponen utama Remunerasi (*Pay for Position*, *Pay for Performance*, dan *Pay for People*), kemudian dikaitkan dengan 4 (empat) hal yang musti diperhatikan menurut Dessler, 2008, yaitu

Internal equity, individual equity dan *procedural equity*, maka akan tampak kompatibilitasnya.

Dalam langkah-langkah untuk menentukan remunerasi ini ada dua langkah besar yang cukup kompleks, yaitu analisis jabatan dan penilaian kinerja. Dari analisis jabatan atau pekerjaan (*job analysis*) ini diperoleh deskripsi jabatan dan kualifikasi jabatan atau pekerjaan. Langkah 1, 2, dan 3 adalah komponen dari analisis jabatan dan evaluasi jabatan. Langkah 4 dan 5 adalah evaluasi jabatan yang lebih spesifik untuk menentukan nilai atau harga jabatan dan kelompok jabatan. Evaluasi jabatan selanjutnya akan dibahas pada BAB III buku ini.

Langkah ke enam adalah kombinasi dari hasil analisis jabatan dan penilaian kinerja serta kesejahteraan pegawai. Adapun pembayaran kompensasi kepada pegawai berdasarkan posisinya yang disebut *pay for position*, ditentukan berdasarkan kelompok jabatan dan peringkat jabatan (*corporate grade* dan *professional grade*). Penilaian kinerja terdiri dari penilaian kinerja individu dan kinerja unit. Penilaian kinerja ini akan dibahas tersendiri pada BAB IV buku ini.

Apabila langkah-langkah remunerasi tersebut tidak dilakukan seluruhnya, satu persatu secara sendiri-sendiri atau secara bersamaan/simultan oleh Tim Remunerasi, maka ada komponen remunerasi yang tidak terpenuhi. Banyak rumah sakit meskipun sudah ikut pelatihan remunerasi dan melakukan benchmark atau studi banding ke rumah sakit lain yang sudah berhasil menerapkan sistem remunerasi, mereka paham tentang remunerasi baik dari pengertiannya maupun langkah-langkahnya tetapi mereka tidak

dapat menerapkan sistem remunerasi itu di rumah sakitnya karena sibuk dengan pekerjaan rutin sehari-hari. Dengan demikian perlu ada penugasan semacam proyek kepada tim khusus yang mengolah remunerasi, sampai sistem remunerasi dapat berjalan dengan baik. Rumah sakit juga dapat menggunakan jasa konsultan untuk membentuk sistem remunerasi ini. Artinya perlu ada komitmen khusus dari pihak manajemen rumah sakit, karena untuk awal pembentukan sistem remunerasi ini memerlukan usaha yang sungguh-sungguh, kerjasama dari berbagai pihak yang terkait, dan membutuhkan biaya yang khusus juga. Membangun sistem remunerasi tidak dapat langsung sekali jadi, tetapi perlu beberapa kali uji coba untuk mendapatkan formula yang tepat sesuai dengan kondisi dan kemampuan rumah sakit.

C. Komponen Utama Remunerasi

Komponen utama Remunerasi menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 625 Tahun 2010 Tentang Sistem Remunerasi Badan Layanan Umum adalah: 1). *Pay for Position* 2). *Pay for Performance*, dan 3). *Pay for People*, dengan rincian sebagai berikut:

1. *Pay for Position*:

Adalah komponen remunerasi yang berupa pembayaran tunai yang diberikan kepada pegawai berdasarkan jabatan atau pekerjaan yang ditugaskan kepada pegawai tersebut. Komponen *pay for position* terdiri dari gaji pokok, dan tunjangan pekerjaan yang diberikan secara tetap setiap bulan sebagai penghargaan atas komitmennya untuk melaksanakan

pekerjaannya dan mematuhi setiap ketentuan yang berlaku.

2. *Pay for Performance*

Adalah komponen remunerasi yang berupa pembayaran tunai dan langsung diberikan kepada pegawai berdasarkan capaian kinerja pegawai dari target yang telah ditetapkan. *Pay for Performance* ini berupa insentif dan atau bonus yang diberikan kepada Pegawai sebagai penghargaan karena telah mencapai Total Kinerja Individu yang ditargetkan, yang dikaitkan dengan kinerja unit tempat Pegawai yang bersangkutan bekerja.

Besaran *Pay for Performance* tergantung pada tingkat pencapaian total target kinerja individu dan sesuai dengan kondisi dan kemampuan keuangan rumah sakit.

3. *Pay for People*

Adalah komponen remunerasi berupa pembayaran untuk Perorangan/Individu berdasarkan pada kondisi tertentu pada seseorang (individu) yang dipertimbangkan layak untuk diberikan penghargaan tertentu yang tidak diberikan kepada orang lain, mengingat jenis keahliannya yang spesifik dan masih langka maupun mengingat pengalaman kerjanya, namun penghargaan itu disesuaikan dengan kemampuan Rumah Sakit yang bersangkutan. *Pay for People* bisa berwujud bantuan, asuransi, uang jasa masa kerja, maupun uang pensiun dan lainnya sebagai wujud perhatian, perlindungan dan pembangunan citra rumah sakit.

Sistem remunerasi merupakan suatu rangkaian *inputs, proses, outputs* dan *outcomes*. Yang dimaksud dengan Input adalah input sistem remunerasi dari fungsi SDM yang meliputi data-data hasil analisis jabatan dan evaluasi jabatan, perencanaan SDM, penilaian kinerja, dan pengembangan karir yang diproses untuk menghasilkan *outputs* dan *outcomes* terkait dengan sebuah pekerjaan/jabatan. *Outputs* nya berupa daftar gaji, insentif, bonus dan tunjangan-tunjangan. *Outcomes*-nya berupa peningkatan kinerja individu dan unit yang akhirnya berdampak pada kinerja organisasi. Organisasi yang berkinerja tinggi terus tumbuh dan berkembang, kesejahteraan pegawai meningkat dan kehidupan kerja nyaman dan aman, keselamatan pasien, kepuasan pelanggan internal dan eksternal serta investor meningkat.

Beberapa rumah sakit swasta dan rumah sakit daerah (BLUD) sudah berhasil menerapkan sistem remunerasi mencontoh dari sistem remunerasi yang diterapkan di rumah sakit BLU. Rumah-rumah sakit swasta dan BLUD yang belum menerapkan sistem remunerasi yang adil, proporsional dan transparan terus berupaya untuk mengadakan perubahan sistem penggajian dalam bentuk sistem remunerasi maupun sistem yang lain seperti sistem konversi dan proporsional dalam membagi jasa pelayanan rumah sakit, khususnya jasa pelayanan rumah yang diperoleh dari hasil klaim INA-CBGs (*Indonesia Case Based Groups*) yang berbentuk paket. Rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS tidak lagi menerima jasa pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dari pasien tersebut, tetapi pasien membayar iuran premi asuransi sosial kesehatan Jaminan Kesehatan nasional melalui BPJS, dan rumah

sakit mengajukan klaim ke BPJS untuk setiap pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

Jasa rumah sakit terdiri dari komponen jasa medis, bahan habis pakai, sarana prasarana rumah sakit. Masing-masing komponen tersebut dihitung prosentasenya kemudian dikonversi dengan paket INA-CBGs. Jasa pelayanan medis biasanya sekitar 40 persen dihitung proporsionalnya sesuai dengan kesepakatan dan ketentuan dari rumah sakit, berapa persen untuk tenaga medis (dokter atau dokter spesialis), untuk perawat, dan untuk pelayanan penunjang. Komponen jasa pelayanan medis ini dapat menggunakan sistem remunerasi dalam pembagiannya yang terdiri dari *pay for position* berapa persen, *fee for performance* berapa persen, dan *fee for position* berapa persen.

Banyak rumah sakit swasta maupun BLUD yang masih enggan menerapkan sistem remunerasi sebagaimana berlaku untuk rumah sakit BLU, karena tenaga dokter spesialis masih kurang dan mereka mempunyai daya tawar yang tinggi. Selain itu memang sulit untuk mendapatkan kesepakatan yang tanpa menimbulkan konflik. Apabila terjadi konflik di rumah sakit terkait dengan sistem remunerasi, iklim kerja di rumah sakit menjadi kurang nyaman, dan memerlukan energi besar untuk mengatasi konflik. Untuk sementara, sambil terus mencari cara, banyak rumah sakit yang tetap menerapkan sistem penggajian konvensional. Perubahan budaya organisasi perlu perubahan pola pikir dan tergantung dari kompetensi kepemimpinan rumah sakit dalam membentuk dan mengembangkan budaya yang kondusif yang menunjang peningkatan motivasi dan kinerja, baik kinerja individu pegawai, kinerja tim, maupun kinerja

unit rumah sakit yang pada akhirnya membentuk kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Beberapa rumah sakit menerapkan sistem remunerasi campuran (parsial), yaitu tetap menerapkan *fee for service* untuk dokter ditambah dengan penilaian kinerja yang berlaku untuk semua pegawai rumah sakit. Selama rumah sakit masih dapat keuntungan atau surplus dari seluruh pendapatan rumah sakit dikurangi dengan biaya operasional dan investasi serta pajak, hal itu tidak menjadi masalah. Tenaga medis fungsional tetap dibayar setelah selesai memberikan pelayanan, sedangkan pemasukan pendapatan rumah sakit masih menunggu cairnya klaim dari BPJS, yang memerlukan waktu cukup lama (1-1,5 bulan berikutnya). Dalam hal ini rumah sakit harus mempunyai dana talangan yang akan diisi lagi ketika klaim BPJS sudah cair. Ada kalanya, klaim tidak dapat cair karena ada kesalahan atau kurang lengkapnya persyaratan yang harus dipenuhi, padahal jasa medis sudah dibayarkan. Hal ini menjadi resiko rumah sakit. Secara keseluruhan rumah sakit masih untung dengan adanya sistem INA-CBGs, kemungkinan karena jumlah pasien meningkat tajam. Peningkatan jumlah pasien ini kemungkinan karena pasien sudah membayar iuran BPJS setiap bulan, sehingga ketika ada sedikit saja gangguan kesehatan, pasien-pasien tersebut langsung berobat ke Fasilitas Pelayanan Kesehatan. Sebelum adanya sistem JKN, pasien berpikir berkali-kali untuk berobat kefasilitas kesehatan apalagi ke rumah sakit, karena biayanya sangat mahal bagi pasien yang berasal dari tingkat ekonomi menengah ke bawah yang merupakan sebagian besar dari penduduk Indonesia. Dengan adanya sistem JKN ini, pembayaran biaya

pelayanan kesehatan ditanggung oleh BPJS sebagai akumulasi dari iuran bulanan peserta JKN, baik yang sakit maupun yang sehat.

D. Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen SDM Rumah Sakit

Sumber Daya Manusia (SDM) terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Di dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 Tentang Tenaga Kesehatan, dinyatakan bahwa setiap orang yang bekerja di bidang kesehatan yang memiliki pengetahuan dan atau keterampilan yang diperoleh melalui pendidikan di bidang kesehatan untuk jenis tertentu dan memerlukan wewenang untuk melakukan upaya kesehatan selain tenaga medis harus memenuhi kualifikasi pendidikan minimal Diploma 3. Tenaga kesehatan dibantu oleh asisten tenaga kesehatan yang memenuhi kualifikasi minimum pendidikan tingkat menengah di bidang kesehatan. Asisten tenaga kesehatan bekerja di bawah pengawasan atau supervisi tenaga kesehatan (Presiden RI, 2014). Tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis, yaitu dokter dan dokter spesialis, dokter gigi dan dokter gigi spesialis, perawat, bidan, ahli gizi, farmasi, laboratorium, radiologi, dan sebagainya disebut sebagai tenaga fungsional. Tenaga kesehatan ini menjalankan fungsi utama bisnis rumah sakit. Sedangkan tenaga non kesehatan adalah tenaga rumah sakit yang tidak menjalankan tugas dan fungsi di bidang kesehatan, mereka tenaga pendukung yang menjalankan fungsi-fungsi manajerial dan teknis rumah sakit. Tenaga manajerial dan teknis bekerja di bidang SDM, keuangan, sistem informasi dan komunikasi, pemasaran, sarana dan prasarana, kerumah-tanggaan rumah sakit, perlistrikan, perparkiran, kebersihan,

dan sebagainya. Jabatan yang ada di rumah sakit terdiri dari pejabat struktural dan fungsional. Pejabat struktural seperti direktur utama, direktur SDM, Penelitian dan pengembangan, keuangan, sistem informasi dan sebagainya yang menjalankan tugas manajerial rumah sakit. Para pejabat struktural tidak selalu tenaga non kesehatan, bahkan untuk menjadi direktur utama dan para direktur dijabat oleh para dokter yang pendidikannya selain kedokteran baik kedokteran umum, kedokteran gigi maupun kedokteran spesialis juga berpendidikan manajemen rumah sakit, karena manajemen rumah sakit sangat kompleks, memerlukan penanganan manajerial yang serius. SDM rumah sakit sangat kompleks karena banyak profesi yang harus bekerjasama dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien yang sifatnya perorangan. Setiap profesi mempunyai asosiasi sendiri seperti Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI), Ikatan Apoteker Indonesia (IAI) dan sebagainya yang masing-masing mempunyai aturan sendiri, sedangkan rumah sakit juga mempunyai kebijakan khusus untuk menjalankan tugas dan fungsi rumah sakit.

Betapapun canggihnya peralatan rumah sakit dan tingginya keahlian tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat, tanpa manajemen yang baik, maka akan terjadi kekacauan yang sangat merugikan rumah sakit maupun *stakeholders* rumah sakit. Salah satu fungsi operasional manajemen rumah sakit adalah manajemen sumber daya manusia (SDM). Bagaimana rumah sakit dapat merekrut, menyeleksi, menempatkan SDM yang tepat sesuai dengan bidangnya? Bagaimana rumah sakit dapat menyusun perencanaan sumber daya manusia yang tepat dan dapat diimplementasikan dengan baik? Bagaimana menyusun struktur

organisasi yang efektif dan efisien? Bagaimana melakukan analisis jabatan sehingga memperoleh deskripsi jabatan dan spesifik dan evaluasi jabatan sehingga hasilnya dapat dimanfaatkan untuk semua fungsi manajemen SDM lainnya.

Fungsi manajemen SDM selengkapnya adalah:

1. Analisis Jabatan dan Evaluasi Jabatan
2. Perencanaan SDM
3. Rekrutmen, seleksi, dan penempatan
4. Pendidikan dan Pelatihan
5. Penilaian Kinerja
6. Pemberian Kompensasi atau Remunerasi
7. Pengembangan Karir
8. Kesejahteraan dan Keselamatan Kerja
9. Hubungan antara Pegawai dengan Rumah Sakit
10. Hubungan Serikat Pegawai (Jika sudah ada), Rumah Sakit dan Pemerintah
11. Pemutusan Hubungan Kerja

Dari ke-sebelas fungsi manajemen SDM tersebut diatas yang akan dibahas dalam buku ini adalah Analisis Jabatan dan Evaluasi Jabatan, Penilaian Kinerja, dan Pemberian Kompensasi atau sering disebut belakangan ini dengan istilah remunerasi. Remunerasi tidak berdiri sendiri sebagai fungsi Manajemen SDM, tetapi untuk mendapatkan formula remunerasi diperlukan hasil dari evaluasi jabatan dan hasil penilaian kinerja.

Remunerasi tidak berdiri sendiri dalam lingkungan yang hampa, tetapi berpengaruh dan dipengaruhi oleh lingkungannya baik lingkungan internal maupun lingkungan eksternal sebagaimana telah dikemukakan sebelumnya adanya persyaratan yang harus dipenuhi

dalam menyusun remunerasi sebagaimana dikemukakan oleh Dessler (2008), yaitu *external equity*, *internal equity*, *individual equity*, dan *procedural equity*. Remunerasi terdiri dari beberapa komponen yang saling terkait satu dengan lainnya hingga membentuk sinergi berupa formula sebuah sistem remunerasi yang terdiri dari *fee for position*, *fee for performance*, dan *fee for people*.

Bagaimana sistem remunerasi dapat dijadikan strategi dalam Manajemen SDM? Orang mau bekerja di rumah sakit, salah satunya adalah untuk memenuhi kebutuhan finansial. Rumah sakit yang dapat menawarkan remunerasi yang lebih tinggi dari rumah sakit lain, untuk jabatan atau pekerjaan sejenis dengan kualifikasi SDM yang sama atau sejenis, akan lebih menarik jika calon pegawai mempunyai pilihan lain yang ternyata remunerasinya lebih rendah nilainya. Meskipun remunerasi bukan satu-satunya cara untuk menarik dan mempertahankan SDM, tetapi remunerasi yang tinggi menjadi ukuran dari keberhasilan finansial rumah sakit. Orang secara logis lebih senang bekerja di rumah sakit yang berhasil secara berkelanjutan terus berkembang menjadi lebih besar. Selain itu, untuk jabatan yang lebih tinggi dan kinerja yang lebih tinggi akan mendapatkan remunerasi yang lebih tinggi pula. Jadi remunerasi dapat digunakan sebagai strategi untuk menarik dan mempertahankan SDM, terutama SDM profesional yang berkualitas tinggi. Dokter spesialis di rumah sakit menjadi ukuran besar kecilnya rumah sakit atau tipe rumah sakit yang terdiri dari tipe A, B, C, dan D. Semakin tinggi tipe rumah sakit semakin lengkap dan semakin banyak dokter spesialisnya. Produk jasa pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh rumah sakit, sebagian besar ditentukan oleh dokter-dokter spesialis. Sebagian besar remunerasi adalah untuk jasa

pelayanan medis. Bagaimana rumah sakit dapat merekrut dan mempertahankan dokter spesialis, salah satu caranya dengan dengan sistem remunerasi.

Sistem remunerasi ini tidak harus kaku, tetapi dapat dimodifikasi sedemikian rupa sehingga sesuai dengan situasi dan kondisi rumah sakit. Komponen sistem remunerasi juga dapat dimodifikasi sedemikian rupa terutama untuk rumah sakit swasta. Untuk rumah sakit yang berbentuk BLU dalam melakukan analisis jabatan, evaluasi jabatan, penilaian kinerja individu dan kinerja unit, serta komponen remunerasi sudah ditetapkan aturannya oleh pemerintah. Sedangkan untuk BLUD peraturan sistem remunerasi ditetapkan oleh pemerintah daerah, dan untuk rumah sakit swasta ketentuan sistem remunerasi diatur dengan keputusan direktur rumah sakit.

Ringkasan

Sistem remunerasi adalah sistem balas jasa yang diberikan oleh suatu organisasi kepada pegawai sebagai penghargaan atas kontribusi yang diberikan pegawai kepada organisasi tersebut. Komponen dari sistem remunerasi adalah *fee for position*, *fee for performance*, dan *fee for people*. *Fee for position* besarnya ditentukan berdasarkan *Corporate Grade*, sesuai dengan peringkat jabatan dan nilai jabatannya, *fee for performance* besarnya ditentukan berdasarkan nilai kinerja, dan *fee for people* besarnya ditentukan atas kebijakan pimpinan rumah sakit, contohnya bantuan asuransi untuk pegawai, tunjangan keluarga, tunjangan hari raya, dan sebagainya.

Ada empat prinsip yang harus dipenuhi dalam menentukan sistem remunerasi menurut Dessler (2008), *external equity* (keadilan eksternal), *internal equity* (keadilan internal untuk pekerjaan atau jabatan sejenis), *individual equity* (keadilan individual, sudah jelas tidak boleh pilih kasih antara individu yang satu dengan lainnya), dan *procedural equity* (keadilan prosedural, prosedurnya harus sama untuk semua pegawai). *External equity* contohnya harus memperhatikan upah minimum regional di daerah atau wilayah tempat rumah sakit berada, selain itu juga berapa nilai jabatan/pekerjaan sejenis di rumah sakit lain di sekitarnya. Jadi sistem remunerasi harus adil, wajar, transparan, dan proporsional.

Sistem remunerasi dapat dijadikan sebagai strategi manajemen SDM di rumah sakit, untuk memotivasi pegawai agar meningkatkan kinerjanya dan mengembangkan karirnya. Selain itu juga untuk dapat menarik dan mempertahankan SDM yang handal dengan besaran remunerasi yang lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit lain.

BAB III

EVALUASI JABATAN

A. Pengertian Evaluasi Jabatan

Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara (PERKA BKN) No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil termasuk PNS yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah, menjadi dasar pelaksanaan evaluasi jabatan di Instansi Pemerintah yang berlaku saat ini. Dalam kaitan ini, Rumah sakit swasta pun perlu melaksanakan evaluasi jabatan dalam rangka menentukan harga setiap jabatan sebagai salah satu bahan dalam penyusunan remunerasi.

Jabatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seseorang dalam suatu organisasi. Jabatan mempunyai nilai relative dalam hubungannya dengan jabatan lain yang perlu dievaluasi melalui sebuah proses yang disebut evaluasi jabatan dengan tujuan utama untuk menghilangkan ketidakadilan dalam pembayaran secara internal yang ada karena struktur pembayaran yang tidak logis.

Evaluasi jabatan juga mengukur kepatasan pembayaran untuk suatu jabatan secara administratif dari pada secara ekonomis. Hasil survey kompensasi di institusi/perusahaan lain hanya menentukan tarif pasar secara ekonomis. Namun demikian banyak perusahaan masih terus menggunakan evaluasi jabatan untuk tujuan: 1) Mengidentifikasi struktur jabatan dari organisasinya; 2) Menghilangkan ketidakadilan pembayaran dan membawa pada suatu hubungan antar jabatan; dan 3) Mengembangkan hirarkhi dari nilai jabatan untuk menciptakan struktur pembayaran. Departemen Sumber Daya Manusia bertanggungjawab mengadministrasikan evaluasi jabatan (Wayne, 2008).

Menurut PERKA BKN No. 21 Tahun 2011, evaluasi atas suatu jabatan Pegawai Negeri Sipil merupakan proses penilaian secara sistimatis, menggunakan kriteria evaluasi yang sudah disepakati atau sudah dikukuhkan atau ditetapkan sebagai Pedoman Pelaksanaan Evaluasi, kriteria penilaian jabatan disebut Faktor jabatan. Informasi faktor jabatan akan menentukan nilai jabatan maupun kelas jabatan.

Adapun nilai jabatan adalah nilai kumulatif atas faktor-faktor jabatan. Nilai jabatan akan digunakan sebagai dasar penentuan dan pengelompokkan tingkat jabatan menjadi kelas jabatan. Sedangkan faktor jabatan merupakan komponen-komponen pekerjaan dalam suatu jabatan yang terdiri dari beberapa level.

B. Prinsip-Prinsip Evaluasi Jabatan
(PERKA BKN No. 21 Tahun 2011):

1. Evaluasi terhadap Tupoksi (Tugas Pokok dan Fungsi), bukan evaluasi terhadap pegawai yang sedang menduduki jabatan.
2. Evaluasi pada jabatan-jabatan yang telah ditetapkan oleh setiap Instansi
3. Evaluasi Nilai Jabatan melalui proses pertimbangan intelektual (*Intellectual judgement*) yang hasilnya menjadi dasar dalam penentuan kelas jabatan,
4. Penetapan Nilai jabatan, dilakukan melalui proses pembahasan dan kesepakatan Tim, yang hasil kesepakatan itu

selanjutnya dituangkan ke dalam Berita Acara, dan dikukuhkan sebagai Peraturan.

C. Langkah-langkah Untuk Menetapkan Nilai Jabatan
(Dessler, 2008):

- Langkah-1: Melakukan survey secara eksternal untuk mendapatkan *external equity*. Untuk pekerjaan yang sama atau sejenis, berapa besar harganya di perusahaan-perusahaan lain.
- Langkah-2: Menentukan harga pantasnya untuk setiap pekerjaan di dalam organisasi dengan cara melakukan evaluasi jabatan untuk memastikan *internal equity*.
- Langkah-3: Mengelompokkan pekerjaan yang sejenis ke dalam *pay grade*.
- Langkah-4: Memberikan harga setiap *pay grade* menggunakan *wave curves*.
- Langkah-5: Harmonisasi (*fine-tune*) tingkat pembayaran (*pay rate*).

D. Metode Evaluasi Jabatan

Metode Evaluasi jabatan terdiri dari metode ranking, klasifikasi, perbandingan faktor, dan point, dengan penjelasan sebagai berikut (Wayne, 2008):

1. Metode evaluasi jabatan dengan rangking adalah metode yang paling sederhana, deskripsi setiap jabatan dievaluasi dan diatur urutannya berdasarkan nilai jabatan di perusahaan.
2. Metode klasifikasi yang digunakan untuk melakukan evaluasi jabatan adalah dengan mendefinisikan sejumlah klas atau grade untuk mendeskripsikan sebuah kelompok jabatan dan memperbandingkannya. Deskripsi kelas dapat membedakan antar kelompok jabatan pada setiap level kesulitan. Deskripsi kelas yang dinilai paling sesuai dengan deskripsi pekerjaan, dapat menentukan klasifikasi dari pekerjaan itu.
3. Metode untuk membandingkan faktor-faktor, setidaknya ada 5 faktor, yaitu: mental (intelegensia, *reasoning*, dan imajinasi), keterampilan, persyaratan fisik, tanggung jawab, dan kondisi pekerjaan. Selanjutnya Tim yang melaksanakan tugas evaluasi dapat membuat keputusan pada faktor-faktor ini secara independen.
4. Dalam metode point digunakan nilai numerik untuk beberapa faktor jabatan tertentu, misalnya pengetahuan. Penjumlahan nilai-nilai numerik akan memberikan nilai kuantitatif pada suatu jabatan, selanjutnya dapat dievaluasi, apakah nilai suatu jabatan relatif pantas atau tidak. Secara historis, beberapa variasi dari rencana point adalah pilihan yang paling populer. Metode point memerlukan pemilihan dari faktor jabatan yang didasarkan kelompok tertentu pada jabatan yang akan dievaluasi.

Secara normal, organisasi mengembangkan rencana terpisah untuk setiap kelompok dari jabatan yang serupa (klaster jabatan) di dalam perusahaan. Jabatan produksi, jabatan administratif, dan jabatan sales adalah contoh dari klaster jabatan (Wayne, 2008). Untuk rumah sakit klaster jabatan ini disebut sebagai *professional grade* yaitu kelompok dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, dan tenaga pendukung (profesi apoteker, ahli laboratorium, ahli radiologi, ahli gizi, dan sebagainya). Di dalam rumah sakit banyak terdapat kelompok profesional yang secara keseluruhan membentuk *corporate grade*.

E. Peringkat Jabatan

Peringkat Jabatan/*Job Grading* adalah pengelompokan tingkat kompleksitas pekerjaan yang dikelompokkan dari yang terendah sampai tertinggi, sebagai hasil perbandingan antar pekerjaan melalui proses evaluasi pekerjaan, yang meliputi:

1. *Corporate Grade* adalah susunan peringkat pengelompokan kompleksitas pekerjaan untuk seluruh pekerjaan dalam organisasi.
2. *Professional Grade* adalah susunan peringkat kompleksitas pekerjaan di suatu kelompok pekerjaan atau profesi yang memiliki ciri-ciri yang sama. *Professional Grade* di rumah sakit terdiri dari jabatan structural mulai dari jabatan untuk level manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen tingkat bawah, dan jabatan fungsional, yang terdiri atas dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, dan perawat serta profesi-profesi penunjangnya.

3. Ruang Tumbuh Peringkat Pekerjaan, yaitu ruang kenaikan peringkat suatu pekerjaan yang dapat dicapai pemegang pekerjaan sepanjang memenuhi kenaikan persyaratan kompetensi yang ditetapkan dan melaksanakan tuntutan tugas pokok, peran dan fungsi di tingkat peringkat tersebut. Ruang tumbuh peringkat pekerjaan ini memungkinkan pemegang pekerjaan meningkatkan jenjang karir selama bekerja, yang merupakan kebutuhan penting yang harus diperhatikan oleh manajemen sumber daya manusia, agar pada jabatan tertentu pemegang pekerjaan dapat mengaktualisasikan dirinya.

Tabel berikut ini sebagai contoh Rincian Level faktor, Nilai Faktor yang merupakan penjumlahan faktor-faktor jabatan dan contoh Jabatan Struktural.

Tabel 3.1
Level Faktor, Nilai Faktor, dan Contoh Jabatan Struktural

Level Faktor	Nilai Faktor	Jabatan Di Struktur Organisasi
1-1	175	Kepala Sub Bagian/ Seksi
1-2	350	Kepala Bagian/ Bidang
1-3	550	Direktur

1-4	775	Direktur Utama
1-5	900	-
2-1	100	Kabag/Kabid, Kasubag/Kasie
2-2	250	Direktur Utama/Direktur
2-3	300	-
3-1	450	Kabag/Kabid, Kesubag/Kasubid
3-2	775	Direktur Utama/Direktur
3-3	900	-
4A-1	25	Kepala Sub Bagian/ Seksi
4A-2	50	Direktur/Kepala Bagian/Bidang
4A-3	75	Direktur Utama
4A-4	100	-
4B-1	30	Kepala Sub Bagian/ Seksi
4B-2	75	Direktur/Kepala Bagian/Bidang
4B-3	100	Direktur Utama
4B-4	125	-
5-1	75	-
5-2	205	-
5-3	340	Kepala Sub Bagian/ Seksi
5-4	505	Kepala Bagian/ Bidang
5-5	650	Direktur
5-6	800	Direktur Utama
5-7	930	-
5-8	1.030	-
6-1	310	
6-2	375	Kepala Sub Bagian/ Seksi
6-3	975	Kepala Bagian/ Bidang
6-4	1.120	Direktur
6-5	1.225	Direktur Utama
6-6	1.325	

Sumber: PERMENPAN No. 34 Tahun 2011

F. Kriteria Faktor Jabatan

Faktor Jabatan Struktural, terdiri dari 6 faktor, yaitu sebagai berikut: Faktor 1 - Ruang Lingkup Pekerjaan dan Dampak, Faktor 2 - Pengaturan Organisasi, Faktor 3 - Wewenang Penyelia dan

Manajerial, Faktor 4 - Hubungan Personal, Faktor 5 - Kendala Dalam Pengarahan Pekerjaan, Faktor 6 – Keadaan tak terduga.

1. Faktor Jabatan Struktural

Kriteria faktor jabatan struktural menurut Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara, Nomor 21 Tahun 2011 mencakup 6 (enam) faktor, yaitu sebagai berikut: Ruang Lingkup Pekerjaan dan Dampak (Faktor-1), Organisasi (Faktor-2), Wewenang/ Jabatan Penyelia dan Manajerial (Faktor-3), Hubungan antar Personal (Faktor-4), Kendala dalam Pengarahan Pekerjaan (Faktor-5), Keadaan tak terduga (Faktor-6).

Pada setiap faktor terdiri dari beberapa level dan setiap level terdiri dari kriteria penilaian tertentu. Adapun faktor-faktor jabatan struktural adalah sebagai berikut:

Faktor 1: Ruang Lingkup Pekerjaan dan Dampak

Faktor ini untuk menilai level kedalaman dan kerumitan Program, baik teknis maupun administrasi kegiatan pada setiap program, serta dampak yang timbul dari adanya pelaksanaan program, baik secara internal maupun eksternal.

Faktor 1 mempunyai 5 level. Makin tinggi levelnya makin rumit pekerjaannya, makin luas ruang lingkup dan dampaknya, sifat pekerjaannya semakin manajerial, strategis dan bukan pekerjaan rutin. Semakin kecil levelnya pekerjaan lebih teknis, prosedural dan rutin. Ruang lingkup untuk Faktor 1

level 5 bersifat nasional, Kementerian Kesehatan, level 4, instansi rumah sakit atau wilayah provinsi untuk rumah sakit, misalnya Direktur utama rumah sakit dan seterusnya Level 1 untuk jabatan struktural paling rendah. Ruang lingkup dan dampak pekerjaannya sesuai dengan Faktor 1 dan Levelnya.

Faktor 2 : Organisasi

Faktor ini untuk mempertimbangkan pelaksanaan pekerjaan sebagaimana diuraikan dalam faktor 1 tersebut diatas, untuk didelegasikan pada setiap jabatan sesuai ruang lingkungnya masing-masing.

Faktor 2 ini adalah tentang jabatan struktural dalam organisasi. Faktor 2 ada 3 level. Faktor 2 Level adalah jabatan struktural tertinggi dalam organisasi, misalnya Direktur Utama, Level 2, Jabatan struktural tertinggi di bawah Direktur Utama, misalnya Direktur SDM, Direktur Keuangan, Direktur Operasional, dan sebagainya, sedangkan Level 3 adalah jabatan di bawah Para Direktur.

Faktor 3 : Wewenang Penyelia dan Manajerial

Faktor ini untuk mengukur rangkaian kegiatan dan pembagian wewenang penyelia dan manajerial, dirancang untuk tidak saling tumpang tindih, tapi mengalir dari input-proses-output.

Pada Faktor 3 ini ada tugas pokok dan fungsi sebagai Penyelia dan pekerjaan yang sifatnya manajerial sesuai dengan level-level jabatan yang ada dalam satu organisasi.

Faktor 4 : Hubungan antar Personal

Faktor Hubungan antar Personal terdiri atas dua sub faktor, yaitu: Sifat Hubungan dan Tujuan Hubungan

- 1) Sub faktor Sifat Hubungan meliputi tiga hal, yaitu tingkat hubungan organisasi, wewenang, dan kendala hubungan. Penilaian sub faktor ini bisa dilakukan, bila beberapa persyaratan dasar dipenuhi, yaitu: a) Mereka yang terlibat dalam hubungan musti berperan dalam keberhasilan pekerjaan, b) musti berperan dalam perbaikan, c) musti memiliki dampak yang besar terhadap keberhasilan pekerjaan, dan d) menunjukkan hubungan langsung.
- 2) Sub faktor Tujuan Hubungan meliputi 4 hal, yaitu: Pengarahan, Perwakilan, Negosiasi, dan komitmen dari mereka yang berhubungan dengan tanggung jawab penyelia dan manajemen.

Faktor 5 : Kesulitan Dalam Pengarahan Pekerjaan

Faktor ini untuk mengukur dan memprediksi kesulitan atau kendala dalam pelaksanaan pekerjaan, baik dalam pekerjaan staf, maupun pekerjaan yang dipihak ketigakan (dikontrakkan kepada pihak ke-tiga)

Penyelia tingkat pertama

Jabatan fungsional berorientasi pada misi organisasi. Pekerjaan yang dijadikan sebagai dasar jabatan fungsional, dibagi menjadi kelas-kelas jabatan, untuk kelas

tertinggi, yaitu penyelia peringkat pertama banyaknya 25% atau lebih dari beban organisasi.

Penyelia tingkat dua

Untuk penyelia peringkat kedua, kelas pekerjaan yang dijadikan sebagai dasar pemeringkat kelas menggunakan metode yang sama dengan penentuan kelas penyelia peringkat pertama disesuaikan dengan kelasnya.

Faktor 6 : Kondisi lainnya

Faktor ini untuk mengukur kendala atau kondisi yang dapat mempengaruhi kesulitan dalam pelaksanaan pekerjaan, dan berikut ini langkah-langkah yang diperlukan untuk menerapkan faktor ini:

Langkah 1:

Perhatikan definisi Level faktor dan pilih yang tertinggi yang telah dipenuhi oleh jabatan itu.

Langkah 2:

Bila yang dipilih adalah level 6-1, atau 6-2, atau 6-3, selanjutnya bagian yang berjudul Situasi Khusus di bagian akhir faktor ini yang dirujuk. Diantara ke-8 Situasi khusus, selanjutnya ditentukan Situasi khusus yang mana saja yang dipenuhi oleh jabatan tersebut. Bila yang memenuhi sama dengan

atau lebih dari 3 (tiga), kemudian tambahkan satu level faktor pada level faktor yang dipilih dalam langkah 1. Contoh: Bila tingkat faktor yang dipenuhi adalah level faktor 6-3, dan jabatan tersebut memenuhi 3 (tiga) situasi khusus, maka level faktor untuk jabatan tersebut menjadi level 6-4. Bila level faktor yang dipilih pada langkah 1 adalah level faktor 6-4, 6- 5, atau 6-6, maka tidak disarankan merujuk Situasi Khusus, dan jangan menambah level faktor yang dipilih dalam langkah 1.

Situasi Khusus

Terdapat 8 (delapan) kemungkinan yang bisa masuk Situasi Khusus, yaitu: (1) Ragam Pekerjaan, (2) Operasional shift atau pergiliran kerja, (3) Pegawai bervariasi, (4) Persebaran fisik, (5) Situasi khusus dalam penyusunan Staf, (6) Dampak dari Program tertentu, dan (7) Adanya perubahan teknologi, serta (8) Kemungkinan adanya bahaya khusus yang berpengaruh pada kondisi keselamatan kerja.

2. Faktor Jabatan Fungsional

(PERMENPAN No. 34 Tahun 2011)

Faktor Jabatan Fungsional dirinci menjadi 9 sub faktor, yaitu sebagai berikut:

- Faktor 1: Pengetahuan Yang Diperlukan Jabatan
- Faktor 2: Pengawasan oleh Penyelia
- Faktor 3: Pedoman Evaluasi
- Faktor 4: Kompleksitas
- Faktor 5: Ruang Lingkup dan Dampak
- Faktor 6: Hubungan antar Personal
- Faktor 7: Tujuan Hubungan
- Faktor 8: Persyaratan Fisik
- Faktor 9: Lingkungan Pekerjaan

Masing-masing faktor terdiri dari beberapa level dan pada setiap level mempunyai kriteria penilaian tertentu. Berikut ini rincian penjelasan ke-9 faktor Jabatan Fungsional.

Faktor 1 - Pengetahuan yang diperlukan Jabatan.

Faktor ke-1 ini untuk mengukur sifat dan level informasi yang musti dipahami oleh Pegawai, agar hasil pekerjaannya dapat dinilai layak diterima, yaitu meliputi: Teori, Konsep, Prinsip-prinsip, Kebijakan, Ketentuan dan Prosedur kerja, serta Kinerja (unjuk kerja).

Faktor 2 - Pengawasan oleh Penyelia.

Faktor ke-2 ini untuk mengukur tingkat pengawasan penyelia, baik langsung maupun tidak langsung terhadap pelaksanaan tanggungjawab pegawai dan hasil pekerjaannya. Pengawasan dilakukan dengan menilai pelaksanaan tanggungjawab pegawai, mencakup tujuan pekerjaan, batasan yang ada, prioritas penanganan dan batas waktu penanganan suatu pekerjaan.

Pelaksanaan tanggung jawab pegawai dinilai baik, bila pegawai mampu mengembangkan nilai faktor urutan dan waktu pelaksanaan berbagai macam pekerjaan, mampu merekomendasi modifikasi tugas, berpartisipasi dalam proses penetapan tujuan dan prioritas pekerjaan.

Evaluasi hasil pekerjaan akan tergantung pada hasil review (tinjauan) kesesuaian/konsistensi pelaksanaan tugas dengan Kebijakan yang telah digariskan, tinjauan proses pelaksanaan pekerjaan pada setiap fase tugas, akurasi hasil pekerjaan yang telah diselesaikan.

Faktor 3 – Pedoman Evaluasi

Faktor ke-3 ini mencakup pertimbangan untuk menerapkan Pedoman dan sifat Pedoman. Contoh: Suatu jenis pekerjaan, akan membutuhkan prosedur kerja, kebijakan, praktek tradisional yang diadopsi dan bahan Referensi yang spesifik yang berbeda dengan jenis pekerjaan yang lain.

Contoh lainnya adalah kadang-kadang adanya Kebijakan dan Prosedur tertentu justru akan membatasi kreativitas pegawai dalam membuat atau merekomendasikan suatu tindakan yang diperlukan. Oleh karena itu dalam hal ini, justru ketiadaan Kebijakan dan Prosedur, bisa jadi pegawai bisa lebih leluasa menggunakan pemikirannya, misalnya dalam mencoba metoda baru atau mencari literatur literatur yang dianggap relevan.

Dalam hal ini Pedoman tidak sama dengan Faktor 1 (Pengetahuan yang diperlukan). Namun Pedoman memberikan referensi data dan menemukan hambatan tertentu dalam penggunaan pengetahuan. Contoh: suatu Panduan atau Pedoman menyatakan bahwa suatu diagnosis tertentu bisa membutuhkan 3 sampai 4 jenis tes laboratorium, sehingga ahli teknologi medis diharapkan bisa memahami tes tersebut. Namun bisa jadi ada Kebijakan yang menyatakan hanya bisa menggunakan satu test laboratorium.

Faktor 4 – Kompleksitas

Faktor ini terkait dengan: a) jumlah, dan jenis (keanekaragaman) penugasan, b) Keputusan yang musti dilakukan, dan c) respon yang bisa dilakukan

Faktor 5 - Ruang Lingkup Pekerjaan dan Dampak

Faktor ke-5 ini meliputi hubungan antara tujuan, kedalaman dan keluasan tugas, serta dampaknya, baik secara internal organisasi maupun eksternal. Bila dampaknya signifikan, maka dipertimbangkan untuk diprioritaskan.

Faktor 6 - Hubungan antar Personal

Faktor ke-6 ini didasarkan pada apa yang diperlukan untuk nilai faktor hubungan antar personal, dan faktor ini memiliki 6 tingkat dan Nilai faktor sebagai berikut: a) Pertemuan langsung, b) Pertemuan tidak langsung seperti melalui telpon, c) melalui Dialog

yang dipancarkan lewat pemancar radio FM (tidak berada dalam rantai penyeliaan), d) kesulitan berkomunikasi karena sulit dihubungi, e) kesulitan menentukan lokasi dimana hubungan diadakan, f) peran dan wewenang masing masing yang berhubungan. Hubungan antara Faktor 6 dan 7 menghendaki hubungan yang sama yang akan dievaluasi. Hubungan antar personal pada faktor 6 untuk memilih level Faktor 7 tujuan hubungan berikut ini.

Faktor 7 - Tujuan Hubungan

Faktor ke-7 ini mencakup Tujuan hubungan antar personal yang berkisar dari pertukaran informasi tentang fakta sampai dengan situasi yang menyangkut persoalan yang kontroversial atau yang penting dan sudut pandang, tujuan atau sasaran yang berbeda. Hubungan dengan pihak yang dipergunakan sebagai dasar bagi pemilihan level untuk faktor ini harus sama dengan hubungan yang menjadi dasar bagi pemilihan level untuk faktor hubungan antar pribadi.

Faktor 8 - Persyaratan Fisik

Faktor ke 8 ini adalah persyaratan fisik yang dituntut untuk mengembang tugas, yang meliputi: a) karakteristik dan kemampuan fisik (kecepatan dan ketangkasan khusus), b) pengerahan tenaga untuk bekerja (mendorong, membungkuk, merunduk, merangkak, menjangkau dan menyeimbangkan).

Dalam hal khusus, intensitas pengerahan tenaga fisik musti diperhatikan, misalnya pekerjaan yang harus dikerjakan dengan berdiri.

Faktor 9 - Lingkungan Pekerjaan

Faktor ke-9 ini mempertimbangkan kesehatan dan kenyamanan dalam menjalankan pekerjaan, meminimalkan resiko kecelakaan yang mungkin terjadi, penggunaan alat pengaman.

Tabel 3.2

Level Faktor dan Nilai Faktor pada Jabatan Fungsional

Level Faktor	Nilai Faktor		Level Faktor	Nilai Faktor
1.1	50		5.1	25
1.2	200		5.2	75
1.3	350		5.3	150
1.4	550		5.4	225
1.5	750		5.5	325
1.6	950		5.6	450
1.7	1.250		6.1	10
1.8	1.550		6.2	25
1.9	1.850		6.3	60
2.1	25		6.4	110
2.2	125		7.1	20

2.3	275		7.2	50
2.4	450		7.3	120
2.5	650		7.4	220
3.1	25		8.1	5
3.2	125		8.2	20
3.3	275		8.3	50
3.4	450		9.1	5
3.5	650		9.2	20
4.1	25		9.3	50
4.2	75			
4.3	150			
4.4	225			
4.5	325			
4.6	450			

Sumber: (PERMENPAN No. 34 Tahun 2011)

G. Batasan Nilai Jabatan dan Kelas Jabatan

Nilai jabatan akan menentukan Kelas Jabatan, sebagaimana dicontohkan Tabel 3-3 dibawah ini.

Tabel 3-3

Kelas Jabatan dan Nilai Jabatan

Nilai Jabatan	Kelas Jabatan
190 - 240	1
245 - 300	2
305 - 370	3
375 - 450	4
455 - 650	5

655 - 850	6
855 - 1.100	7
1.105 - 1.350	8
1.355 - 1.600	9
1.605 - 1.850	10
1.855 - 2.100	11
2.105 - 2.350	12
2.355 - 2.750	13
2.755 - 3.150	14
3.155 - 3.600	15
3.605 - 4.050	16
> 4.055	17

Sumber: (PERMENPAN No. 34 Tahun 2011)

Berikut ini adalah contoh Batasan Nilai Jabatan, Kelas jabatan, dan Nama Jabatan struktural.

Tabel 3-4

Batasan Nilai Jabatan, Kelas Jabatan dan Nama Jabatan

Batasan Nilai	Kelas Jabatan	Nama Jabatan
1855-2100	11	-
2105-2350	12	Kepala Sub Bagian/ Seksi
2355-2750	13	Kepala Bagian/ Bidang
2755-3150	14	-
3155-3600	15	Direktur
3605-4050	16	Direktur Utama
4055- ke atas	17	-

Sumber: (PERMENPAN No. 34 Tahun 2011)

Tabel 3-5

Contoh Hasil Evaluasi Jabatan Struktural

Faktor	Faktor Jabatan	Penilaian	Jabatan Struktural (Jika Ada)	Tingkat faktor
1	Ruang Lingkup dan Dampak Program	775		1-4
2	Pengaturan Organisasi	250		2-2
3	Wewenang Penyeliaan dan Manajerial	900		3-3
4	Hubungan Personal Sifat Hubungan Tujuan Hubungan	50		4A-2
		100		4B-3
5	Kesulitan Dalam Pengarahan Pekerjaan	505		5-4
6	Kondisi Lain	975		6-3
	Total Nilai	3555		
	Kelas Jabatan	15	batasan nilai (3155-3600)	

Sumber: PERMENPAN No. 34 Tahun 2011

Tabel 3-6

Contoh Hasil Evaluasi Jabatan Fungsional

Faktor	Faktor Jabatan	Penilaian	Jabatan Struktural (jika ada)	Level Faktor
1	Pengetahuan yang diperlukan	350		1-3
2	Pengawasan oleh Penyelia	125		2-2
3	Pedoman Evaluasi	125		3-2
4	Kompleksitas Pekerjaan	150		4-3
5	Ruang Lingkup dan Dampak	75		5-2
6	Hubungan Personal	45		6-2
7	Tujuan Hubungan	45		7-A
8	Persyaratan Fisik	5		8-1
9	Lingkungan kerja	5		9-1
	Jumlah Nilai	880		
	Kelas Jabatan	7 (batasan nilai 855 -1100)		

Sumber: PERMENPAN No. 34 Tahun 2011

Ringkasan

Jabatan adalah kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak seseorang dalam suatu organisasi. Jabatan mempunyai nilai relative dalam hubungannya dengan jabatan lain yang perlu dievaluasi melalui sebuah proses yang disebut evaluasi jabatan dengan tujuan utama untuk menghilangkan ketidakadilan dalam pembayaran secara internal yang ada karena struktur pembayaran yang tidak logis.

Dalam menyusun sistem remunerasi diperlukan nilai jabatan yang didasarkan pada kelas jabatan yang dihitung berdasarkan hasil evaluasi jabatan. Evaluasi jabatan menjadi sangat penting untuk dilakukan sehingga diperoleh Corporate Grades dan Profesional Grades. Tentu saja sebelum dilakukan analisis jabatan sudah terlebih dulu dilakukan analisis jabatan. Kedua hal itu, yaitu analisis jabatan dan evaluasi jabatan untuk rumah sakit yang berbentuk BLU sudah disediakan pedomannya. Rumah sakit BLUD dan swasta bisa mengadopsi pedoman analisis jabatan dan evaluasi jabatan untuk rumah sakit BLU dengan penyesuaian seperlunya, atau dapat juga menyusun pedoman sendiri. Memang analisis jabatan dan evaluasi jabatan memerlukan proses yang memakan waktu, tenaga dan biaya, sehingga untuk rumah sakit swasta banyak yang hanya memenuhi kebutuhan akreditasi saja, tidak dilaksanakan dengan sungguh-sungguh untuk menyusun sistem remunerasi. Untuk melakukan analisis jabatan, dan evaluasi jabatan mungkin perlu tenaga khusus yang mengelolanya, jika tugas ini diserahkan kepada pegawai yang

sudah sibuk dengan tugas fungsional maupun strukturalnya akan sulit dilaksanakan.

Dalam melakukan Evaluasi jabatan ada prinsip-prinsip, langkah-langkah, metode, dan kriteria jabatan yang terdiri dari faktor-faktor jabatan struktural dan fungsional untuk memperoleh kelas jabatan dan nilai jabatan. Dalam hasil analisis jabatan ada ruang tumbuh sampai lima level/tingkat dalam satu jabatan untuk memungkinkan setiap pegawai naik ke level yang lebih tinggi jika ada kesempatan dan kemampuan untuk itu.

Ada 6 faktor jabatan struktural, dan ada 9 faktor jabatan fungsional, ada 17 kelas jabatan secara keseluruhan, masing-masing kelas ada level-levelnya. Setiap level sudah ditentukan kriterianya, sehingga siapapun dapat mencapai level level yang lebih tinggi asalkan memenuhi kriteria faktor jabatan.

BAB IV

PENILAIAN KINERJA

A. Pengertian Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja merupakan bagian dari manajemen kinerja. Menurut Wayne (2008), manajemen kinerja adalah proses yang berorientasi tujuan, diarahkan untuk memaksimalkan proses produktivitas pegawai, tim dan akhirnya organisasi. Sedangkan menurut Dessler (2008), manajemen kinerja adalah proses yang mengkonsolidasikan antara tujuan, penilaian kinerja, dan pengembangan dalam sebuah sistem tunggal dan umum, yang bertujuan memastikan kinerja pegawai guna mendukung tujuan strategik perusahaan.

Dari definisi manajemen kinerja tersebut jika dikombinasikan saling melengkapi, sehingga diperoleh pengertian yang lebih lengkap bahwa manajemen kinerja berorientasi pada tujuan, prosesnya dengan mengkonsolidasikan penetapan tujuan, penilaian kinerja dan pengembangan dalam sebuah sistem untuk mencapai produktivitas pegawai, tim dan organisasi dalam mencapai tujuan strategik perusahaan.

Adapun penilaian kinerja adalah evaluasi terhadap kinerja pegawai saat ini atau masa lampau relatif terhadap standar kinerjanya (Dessler, 2008). Penilaian kinerja pegawai juga didefinisikan sebagai sebuah sistem review dan evaluasi formal kinerja tugas individu atau tim (Wayne, 2008). Jadi, penilaian kinerja dilakukan pada satu periode tertentu (masa lalu hingga saat ini, misalnya periode satu tahun), tugas-

tugas direview dan dievaluasi secara formal, secara individu atau tim dibandingkan dengan standar kinerja yang telah ditetapkan sebelumnya.

Tujuan utama dari penilaian kinerja dari banyak organisasi adalah untuk meningkatkan kinerja individual dan organisasional. Secara potensial, data penilaian kinerja sangat bermanfaat untuk semua fungsi sumber daya manusia, yaitu perencanaan, SDM, rekrutmen, pelatihan, pengembangan karir, program kompensasi, hubungan internal pegawai, dan penilaian potensi pegawai (Wayne, 2008).

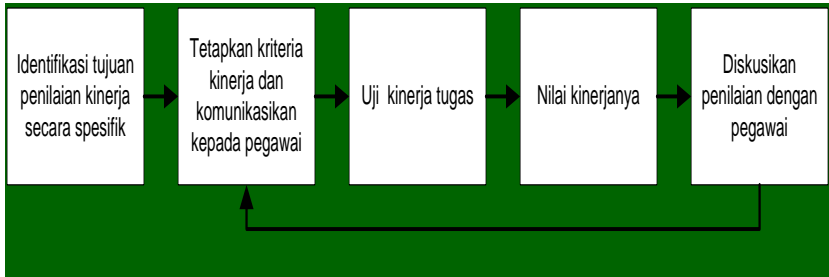
Dalam buku ajar ini tidak akan dibahas semua fungsi manajemen SDM, kecuali program kompensasi berdasarkan pada kinerja individu dan kinerja unit organisasi atau kinerja tim. Hasil dari penilaian kinerja menjadi dasar dari pengambilan keputusan yang rasional mengenai pengaturan pembayaran.

Wayne (2008) menyatakan bahwa kebanyakan manajer percaya bahwa kinerja yang luar biasa (*outstanding*) harus diberi penghargaan nyata dengan memberikan kenaikan pembayaran. Penghargaan terhadap perilaku itu perlu untuk mencapai sasaran organisasi dan hal ini menjadi “jantungnya” perencanaan strategik. Untuk memberikan semangat pada kinerja yang baik, perusahaan hendaknya merancang dan mengimplementasikan sistem penilaian kinerja, kemudian memberikan penghargaan pada pegawai dan tim yang paling produktif.

Berdasarkan hasil penelitian, saat ini dua pertiga perusahaan melakukan review terhadap kinerja untuk menaikkan pembayaran, dan lima puluh persen perusahaan untuk memberikan bonus.

B. Proses Penilaian Kinerja

Proses penilaian kinerja digambarkan melalui gambar dibawah ini.



Gambar 4.1:

Proses Penilaian Kinerja (Wayne, 2008)

Kinerja dapat disamakan dengan prestasi kerja.

Merujuk Peraturan Pemerintah (PP) nomor 46 tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (PNS) menyebutkan prestasi kerja adalah output kerja yang telah dicapai oleh setiap individu PNS pada suatu satuan organisasi sesuai sasaran kerja pegawai dan perilaku kerja.

Adapun Sasaran Kerja pegawai (SKP) adalah rencana kerja dan target yang musti dicapai oleh setiap PNS.

Evaluasi Prestasi kerja setiap PNS terdiri atas unsur:

- 1). SKP, dengan bobot nilai 60%;
- 2). Perilaku kerja, dengan bobot nilai 40%

Perilaku kerja terdiri dari:

- a) Orientasi Pelayanan, b) Integritas, c) Komitmen, d) Disiplin, e) Kerjasama, dan Kepemimpinan

Untuk menilai apakah output berkualitas atau tidak dengan menggunakan Pedoman Kriteria dibawah ini:

Tabel 4.1
Kriteria dan Nilai Output Pekerjaan

Kriteria	Nilai	Keterangan
Output kerja sesuai standar, tidak ada kesalahan dalam pelayanan, tidak ada Revisi	91 – 100	
Output kerja terdapat 1 atau 2 kesalahan kecil, tidak ada kesalahan besar, tidak ada kesalahan dalam pelayanan, tidak ada Revisi.	76-90	
Output kerja terdapat 3 atau 4 kesalahan kecil, tidak ada kesalahan besar, pelayanan cukup memenuhi standar, tidak ada Revisi.	61 -75	
Output kerja terdapat 5 kesalahan kecil dan ada kesalahan besar, ada Revisi, Pelayanan tidak memenuhi standar.	51 - 60	
Output kerja terdapat lebih dari 5 kesalahan kecil dan ada kesalahan besar, ada Revisi, Pelayanan kurang memuaskan	50 ke bawah	

C. Contoh Penilaian Kinerja

Panduan Penilaian Indikator Kinerja Individu (IKI) RS X (Djoni dan Harry, 2015)

1. Perilaku Kerja (Key Behaviour Area) = 40%

- a) Disiplin
- b) Komitmen
- c) Orientasi Pelayanan
- d) Kepedulian
- e) Kerja Sama (Team Work)
- f) Kemampuan Komunikasi
- g) Kerapian Kerja

Disiplin

- DK: Sikap taat pada peraturan dan patuh terhadap nilai-nilai organisasi serta melaksanakan pekerjaan yang menjadi tanggung jawabnya.
- DO: Tingkat kedisiplinan waktu absensi
- CP: Absensi jari
- I: Absensi jari / absensi manual

Cara perhitungan :

$$\frac{\text{Hari kerja efektif} - \text{telat} \times 100 \%}{\text{Hari kerja efektif} + \text{alfa}}$$

Tabel 4.2

Penilaian IKI

SKALA	TINGKATAN	DESKRIPSI
1	Sangat kurang	Sangat kurang melaksanakan disiplin waktu datang dan pulang (< 60 % data volume kehadiran absensi sidik jari sesuai jam kerja efektif)
2	Kurang	Kurang melaksanakan disiplin waktu datang dan pulang (61 – 70 % data volume kehadiran absensi sidik jari. sesuai jam kerja efektif)
3	Cukup	Cukup dalam melaksanakan disiplin waktu datang dan pulang (71 %- 80 % data volume kehadiran .absensi sidik jari sesuai jam kerja efektif)
4	Baik	Baik dalam melaksanakan disiplin waktu datang dan pulang (81 %- 90 % data volume kehadiran absensi sidik jari sesuai jam kerja efektif)
5	Sangat baik	Sangat baik dalam melaksanakan waktu datang dan pulang (91% - 100 % data volume kehadiran .absensi sidik jari sesuai jam kerja efektif)

Sumber: Djoni dan Harry. 2015.

2. Prestasi Kerja (Key Result Area)

(Djoni dan Harry. 2015).

Mencakup 4 komponen, yaitu: 1) Perilaku efisiensi, 2) Target pekerjaan, 3) Kepatuhan terhadap SOP, dan 4) Aktif dalam kegiatan RS.

Perilaku efisiensi:

- DO: Perilaku yang berujung pada efisiensi biaya operasional
- DK: Perilaku pegawai dalam menggunakan material kerja yang menunjang kegiatan pelayanan keperawatan, pelayanan medis, dan pelayanan lainnya dan kesadaran karyawan dalam menggunakan biaya (hemat listrik, air, telepon, gas, bahan habis pakai)
- CP: Tidak ada komplain dari unit terkait
- I: Anggaran

Cara perhitungan : $100 - \text{jumlah komplain} \times 100 \%$

Tabel 4-3

Skala Prestasi, Tingkatan Prestasi dan Deskripsi

Skala	Tingkatan	Deskripsi
1	Sangat kurang	Menunjukkan perilaku yang sangat kurang dalam melakukan efisiensi $\leq 70 \%$
2	Kurang	Menunjukkan perilaku yang kurang dalam melakukan efisiensi 71 % - 80 %
3	Cukup	Menunjukkan perilaku yang cukup dalam melakukan efisiensi 81 % - 90 %
4	Baik	Menunjukkan perilaku yang baik dalam melakukan efisiensi 91 % - 100%
5	Sangat baik	Menunjukkan perilaku yang sangat baik dalam melakukan efisiensi $\geq 100\%$

Sumber: Djoni dan Harry. 2015.

D. Komponen Penilaian Kinerja

Dalam menyusun komponen dari penilaian kinerja individu, tim penilaian kinerja rumah sakit dapat mengadopsi dan memodifikasi contoh-contoh komponen dan kriteria penilaian kinerja Peraturan Pemerintah (PP) nomor 46 tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil (PNS), maupun penilaian kinerja rumah sakit lain yang menjadi benchmark.

Untuk tenaga medis penilaian prestasi kerja atau kinerja menggunakan Standar KPS 11 (Kars, 2012). Ada evaluasi terus menerus terhadap kualitas dan keamanan asuhan klinis yang diberikan oleh setiap staf medis.

Dokumen:

- SPO Pelayanan Kedokteran: Panduan Praktik Klinik (PPK)
- Program kerja Komite Medik (Subkomite Mutu)
- Bukti pelaksanaan evaluasi pelayanan staf medis: ada kebijakan OPPE (ongoing professional practice evaluation)/Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (EPPB).

Area Kompetensi Praktisi Klinis

- 1) Asuhan pasien: memberikan asuhan pasien dengan perhatian yang tulus, tepat dan efektif
- 2) Pengetahuan medis/klinis: membangun dan mengembangkan ilmu biomedis, klinis dan sosial dan penerapan pengetahuan untuk asuhan pasien dan pendidikan lainnya

- 3) Pembelajaran dan peningkatan berbasis praktek: menggunakan ilmu dan metode berbasis bukti
- 4) Keterampilan hubungan antar manusia dan komunikasi:
- 5) Professionalism: komitmen untuk secara terus menerus mengembangkan profesionalitas, etika, pemahaman dan kepekaan terhadap keragaman dan sikap tanggungjawab terhadap pasien, profesinya dan masyarakat.
- 6) Praktek berbasis sistem: pemahaman terhadap konteks dan sistem dimana pelayanan kesehatan diberikan.

Evaluasi dan mutu dari pelayanan di kaji setiap tahun:

Ongoing professional practice evaluation (OPPE)/Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (EPPB)

Wise Robert A., M.D, Medical Advisor, The Joint Commission menyatakan bahwa preview hak istimewa dokter adalah proses yang sangat penting dan sensitive, sejak kelanjutan hak istimewa dokter di rumah sakit pada kualitas dan keselamatan dari pelayanan yang diberikan kepada pasien. Tanggungjawab berada di tangan staff yang memonitor kinerja semua dokter yang diberi hak istimewa dan membuat rekomendasi kepada badan pengelola rumah sakit tentang anggota staf medis yang mana yang seharusnya menerima hak istimewa baru atau mempertahankan hak istimewa yang sudah ada (Wise. 2013).

Agar pembuatan keputusan tentang hak istimewa lebih obyektif dan berkelanjutan, di tahun 2007 The Joint Commission memperkenalkan proses *Ongoing Professional Practice Evaluation (OPPE)* and *Focused Professional Practice Evaluation (FPPE)*. Proses tersebut sebagai alat yang

diciptakan untuk bekerjasama membantu menentukan jika pelayanan yang diberikan oleh seorang praktisi dibawah tingkat kinerja yang dapat diterima. Penting untuk dicatat alat itu sendiri selain dapat membuat sebuah penilaian yang memadai, juga dibuat dengan penuh pemikiran serta bijaksana dalam menggunakan kedua alat tersebut ketika dibutuhkan (Wise. 2013).

OPPE adalah alat screening untuk mengevaluasi dokter yang diberikan hak istimewa dan untuk para dokter tersebut yang mungkin memberikan sebuah pelayanan yang tidak dapat diterima dalam hal kualitas pelayanannya (*unacceptable quality of care*). Ini penting untuk menekankan bahwa OPPE tidak dirancang untuk mengidentifikasi dokter yang menyampaikan pelayanan yang bagus atau sangat bagus (*excellent*). Karena itu kriteria yang digunakan OPPE mungkin juga mengidentifikasi beberapa dokter yang mempunyai masalah pelayanan yang tidak berkualitas (contohnya mengidentifikasi situasi yang berubah menjadi positif palsu). Dengan semua screening test , sebuah temuan positif harus diikuti dengan test diagnosis yang lebih spesifik, yang harus mempunyai spesifikasi yang tinggi untuk mendeteksi pelayanan yang buruk (Wise. 2013).

FPPE adalah proses follow up yang menentukan validitas suatu yang positif (apakah benar atau paslu/salah) yang ditemukan dalam OPPE. Proses ini diterapkan pada sejumlah kecil dokter yang telah diidentifikasi dengan OPPE. Karena outcome dari FPPE begitu penting, proses review, keputusan dan follow-up dikembangkan oleh rumah sakit (biasanya di

tingkat departemen) harus obyektif dan dapat menentukan dengan akurat kapan kinerja dokter dibawah norma yang dapat diterima. Untuk mencapai tujuan ini, penting bahwa proses yang menyeluruh dan bijaksana yang dikembangkan oleh setiap departemen dengan masukan yang substansial dari preers (rekan-rekan dokter) (Wise. 2013).

The Ongoing Professional Performance Evaluation (OPPE) and the Focused Professional Practice Evaluation (FPPE) telah disyaratkan oleh The Joint Commission untuk para providers, termasuk para perawat *advanced practice registered nurses*, yang dikredensial dan diberi hak istimewa (*privileged*) di dalam akreditasi rumah sakit. Ada 6 domain evaluasi untuk evaluasi ini yang berasal dari kompetensi pendidikan medis. Perawat harus mengembangkan serangkaian kompetensi untuk mengukur kinerja *advanced practice registered nurses* atau dilanjutkan dengan diukur dengan matrik dokter (Holley, 2016)

Enam indikator kinerja dokter menurut The Join Commission, adalah:

- 1) Asuan Pasien
- 2) Pengetahuan Medis
- 3) Keterampilan Interpersonal dan Komunikasi
- 4) Penulisan dan Kelengkapan Rekam Media
- 5) Profesionalisme/Perilaku Kerja
- 6) Management Utilisasi/Kualitas Asuhan

Kolom untuk matrik pengukuran kinerja berisi memuaskan, perlu peningkatan, tidak diterima, tidak ada data.

Penilaian individu staf non klinis, sesuai uraian tugas dan hasil kerja yang telah ditetapkan, untuk staf keperawatan dan profesi lainnya disesuaikan dengan peraturan dari asosiasinya yang telah disetujui dan disahkan oleh rumah sakit.

Untuk indikator kinerja unit dan rumah sakit tergantung dari kebijakan rumah sakit. Ada yang menggunakan *Balance Score Cards*, yang terdiri dari empat perspektif, yaitu perspektif keuangan (kepentingan pemilik rumah sakit), perspektif proses bisnis internal (kepentingan dan tanggungjawab SDM rumah sakit), perspektif pelanggan yaitu kepuasan pelanggan, dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan untuk kepentingan organisasi rumah sakit.

Kinerja rumah sakit jangka pendek dievaluasi setiap tahun, sedangkan kinerja jangka panjang biasanya dievaluasi setiap lima tahun dan dijadikan dasar dalam menyusun target kinerja lima tahun yang akan datang. Untuk rumah sakit umum BLU dan BLUD, rencana strategis mereka dibuka untuk umum (publik) sesuai dengan status mereka sebagai rumah sakit milik pemerintah yang berbentuk badan layanan umum dan badan layanan umum daerah. Di dalam renstra biasanya dicantumkan kinerja lima tahun terakhir sebagai pijakan untuk rencana kerja lima tahun ke depan.

Kinerja unit rumah sakit, indikatornya berbeda antara satu unit dengan unit lainnya. Unit-unit di rumah sakit terdiri dari Instalasi Gawat darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Intensip Care Unit, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium, Instalasi Gizi, dan sebagainya.

Contoh Indikator Kinerja Rumah Sakit Fatmawati 2015 - 2019, menggunakan pengukuran kinerja dengan Balance Score Cards.

Internal Business Process

- Tingkat keberhasilan penanganan kasus sulit multidisplin
- Persentase jumlah modul per program studi yang secara mandiri dilaksanakan di RSUP Fatmawati
- Jumlah penelitian yang terpublikasi secara nasional/internasional
- Capaian akreditasi RS
- Persentase pengembangan cluster layanan terpadu
- Persentase supervisi DPJP terhadap peserta didik
- Persentase AFI (Action for Improvement) terkait integrasi yang ditindak lanjuti
- Jumlah riset translasional yang didokumentasikan
- Persentase rujukan tepat
- Jumlah program pengampunan pembinaan di jejaring
- Jumlah KSO pengadaan peralatan
- Jumlah staf yang mengikuti program Sub-spesialisasi, S3 dan Spesialisasi Perawat
- Jumlah kemitraan riset yang dilaksanakan
- Persentase SIP yang ditindak lanjuti
- Persentase capaian kinerja medik
- Persentase tindak lanjut temuan hasil

Stakeholders

- Indeks Kepuasan Pasien

- Persentase Kepuasan Staf
- Persentase Kepuasan Peserta Didik
- Tingkat Kesehatan BLU

Financial

- Trend Peningkatan Pendapatan
- POBO

Learning & Growth

- Persentase capaian kinerja satker
- Indeks Persepsi GCG
- Persentase SDM yang mempunyai kompetensi sesuai standar (kebutuhan kompetensi pekerjaan)
- Tingkat keandalan sarpras
- Tingkat integrasi sistem informasi

Ringkasan

Pengukuran atau penilaian kinerja rumah sakit menggunakan indikator kinerja individu (IKI) dan Indikator Kinerja Unit (IKU). Indikator kinerja ini untuk menentukan *fee for performance* dalam sistem remunerasi. Indikator kinerja individu terdiri dari individu yang bekerja sebagai staf non kesehatan sesuai dengan uraian tugas dan hasil kerja yang telah ditetapkan, untuk staf keperawatan dan profesi lainnya disesuaikan dengan peraturan dari asosiasinya yang telah disetujui dan disahkan oleh rumah sakit. Untuk staf medis menggunakan *Ongoing professional practice evaluation* (OPPE)/Evaluasi Praktik Profesional Berkelanjutan (EPPB).

Indikator kinerja unit, disesuaikan dengan unitnya masing-masing, ada yang menggunakan *Balance Score Cards*, seperti Rumah Sakit

Fatmawati, kinerjanya dinilai dari sudut pandang empat perspektif, yaitu perpektif pelanggan, perspektif bisnis internal, perspektif keuangan dan perspektif pembelajaran dan pertumbuhan. Unit-unit di rumah sakit pada umumnya terdiri dari Instalasi Gawat Darurat, Instalasi Rawat Jalan, Instalasi Rawat Inap, Instalasi Bedah, Instalasi ICU, Instalasi Radiologi, Instalasi Laboratorium dan sebagainya. Masing-masing mempunyai kekhasan sendiri-sendiri sehingga indikator kinerjanya berbeda-beda meskipun sama-sama menggunakan *balance score cards*.

BAB V

Hasil Penelitian Tentang Remunerasi

A. Formulasi Strategi Sistem Remunerasi

Sebuah penelitian yang dilakukan pada tahun 2016 di sebuah rumah sakit swasta di Yogyakarta, yaitu di rumah sakit tipe C dengan kapasitas 154 tempat tidur, bertujuan untuk mengetahui strategi apa yang tepat untuk dapat menerapkan sistem remunerasi di rumah sakit. Pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kualitatif, dengan teknik analisis SWOT. Wawancara yang terstruktur sesuai dengan pola analisis SWOT (strengths, weaknesses, opportunities and threats) telah dilakukan tiga kali untuk setiap informan kunci yang terdiri dari 5 orang pejabat rumah sakit yang paling mengetahui seluk-beluk tentang sistem pembayaran jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit tempat penelitian.

Rumah sakit ini sudah terakreditasi paripurna, pejabat terkait dengan sistem remunerasi sudah pernah mengikuti pelatihan sistem remunerasi, pimpinan rumah sakit juga menghendaki diterapkannya sistem remunerasi yang adil, wajar, layak dan transparan. Seharusnya pembayaran jasa pelayanan kesehatan disesuaikan dengan sistem penerimaan yaitu Paket INA-CBGs, karena jumlah pasien peserta asuransi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sudah mencapai 80 persen. Namun rumah sakit belum dapat menerapkan sistem remunerasi, karena berbagai hal yang memerlukan penelitian lebih lanjut.

Data hasil wawancara menunjukkan bahwa pendapatan rumah sakit berdasarkan sistem paket INA-CBGs, namun jasa medis masih menggunakan skema *Fee for Service* (FFS), dengan demikian rumah sakit harus punya dana talangan untuk membayar jasa medis yang FFS tersebut. Untuk jasa konsultasi dokter semua sama, untuk tindakan

operatif sudah ditetapkan berdasarkan besar, sedang atau kecil atau sesuai tingkah keparahan penyakitnya. Pembayaran jasa medis diberikan kepada dokter sesuai dengan tindakannya.

Fakta yang ada saat ini peserta asuransi JKN tidak membayar jasa medis secara langsung, tetapi membayar iuran premi asuransi ke BPJS setiap bulan sesuai dengan kelasnya. Jika menghendaki perawatan di kelas yang lebih tinggi, maka pasien harus menambah biaya perbedaan kelas. Setelah pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, rumah sakit mengajukan klaim ke BPJS, secara kumulatif setiap bulan. Rumah sakit masih menemuhi banyak masalah seperti klaim yang tertunda pembayarannya, atau bahkan klaim yang tidak dibayar karena berbagai alasan atau penyebabnya.

Rumah sakit BLU dan BLUD wajib melayani pasien peserta JKN atau lebih sering disebut pasien BPJS. Pemerintah telah mewajibkan penerapan sistem remunerasi total bagi rumah sakit BLU, sedangkan pemerintah daerah juga membuat peraturan tentang sistem remunerasi untuk rumah sakit BLUD, meskipun dengan mengadopsi sebagian atau sepenuhnya Peraturan Menteri Kesehatan No. 625 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penerapan Sistem Remunerasi untuk rumah sakit BLU. Seorang dokter diberi hak untuk dapat menggunakan Surat Ijin Praktek (SIP) di tiga tempat praktek, baik di rumah sakit milik pemerintah/pemerintah daerah maupun di rumah sakit swasta, di rumah sakit atau tempat praktek dalam satu wilayah atau berbeda wilayah. Di rumah sakit pemerintah, jasa medisnya dibayar dengan sistem remunerasi, sedangkan di rumah sakit swasta, sebagai dokter tidak tetap pembayaran jasa medisnya FFS. Untuk rumah sakit swasta jumlah dokter tidak tetapnya lebih banyak dibandingkan dengan dokter tetapnya, sehingga sulit untuk menerapkan sistem remunerasi secara

total. Akhirnya banyak rumah sakit yang menerapkan sistem remunerasi secara parsial, dokter dengan FFS, sebagian jasa medisnya dikurangi misalnya 10% untuk dikumpulkan dari seluruh jasa medis yang ada di rumah sakit kemudian dibagi untuk semua pegawai termasuk dokter spesialis dalam bentuk *fee for performance*.

Untuk rumah sakit tempat penelitian ini, *fee for performance* tidak diberikan setiap bulan, tetapi diberikan tiga bulan sekali. *Performance*-nya juga hanya berdasarkan kinerja unit, seperti jumlah pasien, jumlah tindakan, jumlah resep, dan sebagainya sesuai dengan unitnya, sistem penilaian kinerja belum menggunakan kinerja individu yang terdiri dari perilaku kerja dan prestasi kerja. *Fee for position* sama dengan gaji yang dihitung berdasarkan posisi, jabatan atau pekerjaannya, hanya berdasarkan pendidikan, pengalaman, dan masa kerjanya, sedangkan *fee for people* bentuknya berupa tunjangan-tunjangan, seperti tunjangan keluarga, asuransi, bantuan pengobatan, tabungan hari tua, tunjangan hari raya, tunjangan pendidikan anak, dan sebagainya.

Hasil analisis SWOT menunjukkan posisi strategi rumah sakit untuk mengimplementasikan sistem remunerasi adalah dengan menggunakan kekuatannya (S) untuk menangkap peluang (O).

B. Faktor strategis eksternal yang memberikan peluang bagi rumah sakit

1. Sistem remunerasi berpeluang untuk dapat meningkatkan kesejahteraan pegawai

Dengan adanya sistem remunerasi, jabatan dipertimbangkan dalam bentuk kelas jabatan dan nilai jabatan. Kelas jabatan semakin tinggi pekerjaan semakin kompleks, wewenang dan tanggungjawab semakin besar, nilai jabatannya pun semakin tinggi. Kinerja pegawai dan kinerja unit juga menjadi pertimbangan dalam menentukan sistem remunerasi, bagi pegawai yang berkinerja tinggi, maka insentifnya juga semakin besar. Pegawai harus bekerjasama dalam sebuah tim untuk meningkatkan kinerja unit, kinerja unit semakin tinggi juga berpeluang untuk mendapatkan total nilai kinerja menjadi lebih tinggi, dari sisi keadilan internal (*internal equity*), unit yang berkinerja tinggi mendapatkan penghargaan yang sebanding dengan kinerjanya. Dengan demikian, sistem remunerasi berpeluang untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai dengan cara meningkatkan kinerja unit dan kinerja individu serta adanya kelas-kelas jabatan memungkinkan adanya pertumbuhan karir, naik kelas setelah memenuhi syarat-syarat tertentu.

2. Sistem remunerasi berpeluang untuk menerapkan *Fee for position*, *fee for performance*, dan *fee for people*.

Setiap jabatan atau pekerjaan mempunyai posisi tertentu, baik jabatan fungsional maupun jabatan struktural, bahkan pekerjaan yang sifatnya pelaksana teknis, menempati posisi yang sesuai dengan persyaratan yang ditentukan untuk pekerjaan tersebut, dari kualifikasi pemegang jabatan/pekerjaan. *Fee for performance* artinya tidak ada fee jika tidak ada *performnce*. Dengan demikian, sistem remunerasi ini dapat memotivasi pegawai untuk berkinerja dan meningkatkan kinerjanya. Kinerja individu dan kinerja tim, akhirnya menghasilkan kinerja organisasi rumah sakit. *Fee for*

people menghargai perbedaan setiap orang. Seorang pegawai yang mempunyai prestasi khusus yang tidak dimiliki pegawai lain dapat diberikan penghargaan dari *fee for people* ini, demikian juga kebutuhan setiap pegawai berbeda-beda, ada pegawai yang sakit sehingga memerlukan biaya yang dapat diambilkan dari *fee for people* ini, demikian juga berbagai bantuan dan tunjangan-tunjangan tertentu.

3. Kompensasi Finansial Lebih Kompetitif

Rumah-rumah sakit Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) wajib menerapkan Sistem Remunerasi sehingga Kementerian Kesehatan membuat Panduan Sistem Remunerasi, Panduan Analisis Jabatan, dan Panduan Penilaian Prestasi Kerja Pegawai yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan, dan institusi pemerintah lainnya yang terkait. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara (PERKA BKN) No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil termasuk PNS yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah. Kepmenkes No. 625 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Remunerasi Pegawai Badan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. BLU Rumah Sakit wajib menyusun dan menetapkan sistem remunerasi berdasarkan kerangka berpikir, prinsip-prinsip dan ketentuan dasar sebagaimana dalam pedoman ini, dengan menyesuaikan kondisi dan kemampuan keuangan masing-masing rumah sakit. Ketika BLU dan BLUD rumah telah menerapkan sistem remunerasi, maka rumah sakit swasta yang belum menerapkan sistem remunerasi akan menjadi kurang kompetitif karena masih menggunakan *fee for service* sedangkan di

atas 60 persen pasiennya adalah pasien peserta BPJS yang pembayaran jasa kesehatan rumah sakit menggunakan sistem paket INA-CBGs. Apalagi dua tahun lagi, tahun 2019 semua warga negara Indonesia wajib menjadi peserta BPJS. Dengan demikian dalam Era JKN saat ini, pemberlakuan sistem remunerasi pegawai rumah sakit akan membuat rumah sakit dapat memberikan kompensasi financial yang lebih kompetitif.

4. Motivasi Untuk Meningkatkan Kinerja Pegawai

Dengan adanya sistem remunerasi pegawai rumah sakit, rumah sakit mempunyai peluang untuk memberikan motivasi kepada pegawai rumah sakit untuk meningkatkan kinerjanya, karena kinerja menjadi salah satu komponen pokok dalam sistem remunerasi. Berdasarkan Permenkes No. 625 Tahun 2010, ketentuan dalam sistem remunerasi harus diatur secara jelas sedemikian rupa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, dan pegawai merasa aman, merasa diperlakukan adil, merasa lebih dihargai sehingga termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya dalam mencapai sasaran usaha serta pengembangan rumah sakit ke depan. Kejelasan sistem remunerasi juga dapat mengendalikan biaya secara akuntabel dan bertanggungjawab.

5. Sistem Remunerasi Lebih Transparan dan Lebih Adil

Ketika rumah sakit akan melaksanakan sistem remunerasi untuk pegawai, sebelumnya tentu menyusun perencanaan yang jelas dan terperinci, dengan melibatkan berbagai kelompok profesional yang ada di rumah sakit, baik kelompok yang menduduki jabatan manajerial maupun kelompok yang menduduki jabatan fungsional. Dalam menyusun perencanaan sistem

remunerasi, disesuaikan dengan kemampuan finansial rumah sakit. Prinsipnya, dengan adanya sistem remunerasi, diatur sedemikian rumah sehingga penerimaan finansial pegawai tidak menurun. Dengan melibatkan perwakilan dan kelompok profesional, sistem remunerasi menjadi lebih transparan dan lebih adil. Pegawai yang mempunyai posisi jabatan yang lebih tinggi dan mempunyai hasil penilaian kinerja yang lebih tinggi, maka remunerasinya juga lebih tinggi. Berbeda halnya jika kompensasi finansial hanya berdasarkan tingkat pendidikan, lama bekerja, dan jabatannya, serta menggunakan fee for service tanpa memperhatikan kinerja individu maupun unit, maka tentu ada pegawai yang merasa diperlakukan tidak adil dan tidak transparan, karena yang berkinerja dan tidak berkinerja sama saja.

C. Faktor strategis eksternal yang paling mengancam

1. Tarif INA-CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS

Secara umum tarif INA-CBGs cenderung lebih rendah dari tarif rumah sakit. Rumah sakit sudah menetapkan tarif untuk setiap kelas, setiap diagnose, dan setiap tindakan setiap penyakit dengan diagnose dan tindakan tertentu serta obat yang dikeluarkan untuk mengobati pasien baik rawat inap, rawat jalan, maupun gawat darurat. Banyak rumah sakit yang mengeluh pendapatannya menurun untuk spesialis tertentu, tetapi secara keseluruhan rumah sakit masih untung. Jadi terjadi subsidi silang, ada yang rugi, tetapi ada yang untung.

Jumlah pasien meningkat dengan adanya pasien peserta BPJS, dua tiga tahun yang akan datang ketika semua warga

diwajibkan menjadi peserta BPJS, maka jumlah pasien akan meningkat karena jika sebelum menjadi peserta BPJS, berusaha melakukan pengobatan sendiri dan mencari pengobatan alternatif yang lebih murah, maka dengan merasa sudah membayar iuran, ketika sakit tentunya akan menggunakan haknya sebagai peserta asuransi kesehatan yang mendapatkan jaminan kesehatan secara nasional.

Untuk mengatasi masalah finansial yang diakibatkan rumah sakit menetapkan harga jasa pelayanan kesehatan lebih tinggi dari yang ditetapkan berdasarkan tarif INA-CBGs, maka agar tidak rugi, rumah sakit perlu melakukan efisiensi. Salah satunya cara adalah dengan menggunakan clinical pathway untuk setiap penyakit sehingga dapat mengimbangi standarisasi tarif INA-CBGs.

Dengan adanya clinical pathway, biaya operasional dapat diperhitungkan dan dibuat standar, pemeriksaan-pemeriksaan dilakukan secara selektif, obat-obatan juga terstandarisasi, bahan-bahan habis pakai dihemat, sehingga dengan bertambahnya pasien dalam jumlah yang signifikan, rumah sakit tetap beruntung bahkan mampu bersaing dengan rumah sakit lain.

2. Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi

Rumah sakit wajib diakreditasi oleh Komite Akreditasi Rumah Sakit (KARS), yaitu lembaga independen yang ditetapkan oleh pemerintah untuk melakukan akreditasi rumah sakit. Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan yang diberikan oleh KARS setelah dilakukan penilaian bahwa rumah sakit itu memenuhi persyaratan akreditasi yang telah ditetapkan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.

3. Kebijakan pajak penghasilan

Kebijakan pajak penghasilan mengurangi pendapatan pegawai yang terkena pajak. Dengan demikian, pendapatan pegawai berkurang. Jika rumah sakit memberikan kompensasi dalam bentuk lain sebagai penggantinya, maka kemungkinan akan menurunkan motivasi dan kinerja pegawai atau bahkan meningkatkan ketidak-hadiran pegawai dan *turn over* pegawai. Banyak penelitian yang hasilnya menunjukkan bahwa kompensasi berpengaruh langsung terhadap motivasi dan kinerja pegawai. Untuk pegawai dengan tingkat kebutuhan fisik dan rasa aman yang tinggi menurut hirarkhi kebutuhan Maslow, kompensasi finansial sangat menentukan kepuasan kerja mereka. Untuk pegawai dengan tingkat kebutuhan yang lebih tinggi yaitu kebutuhan sosial, kebutuhan *self esteem*, dan aktualisasi diri, mereka lebih memerlukan hubungan interpersonal yang harmonis, penghargaan terhadap hasil kerjanya dan kesempatan untuk dapat menunjukkan prestasinya, memerlukan lingkungan kerja dan budaya kerja yang kondusif untuk mencapai harapannya, sehingga memperoleh kepuasan kerja yang tinggi, tidak semata-mata ditentukan oleh pendapatan finansialnya.

4. Meningkatnya *turn over*

Pegawai rumah sakit sebagian besar masih muda yang belum mapan dan masih ingin mencoba-coba berbagai tempat pekerjaan. Tempat kerja yang nyaman, hubungan sosial dengan sesama pegawai, atasan dan bawahan yang baik, tidak terlalu birokratis, manajemen yang tanggap terhadap kebutuhan pegawai, sistem kompensasi yang adil dan transparan, sistem kinerja yang baik dan

jenjang karir yang jelas dapat mengurangi turn over pegawai. Rumah sakit juga perlu memperhatikan pasar tenaga kerja di luar rumah sakit, dan menguasai kompensasi tidak lebih rendah dibandingkan dengan rumah sakit lain sehingga dapat mencegah turn over yang tinggi.

5. Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok

Dengan meningkatnya harga-harga pokok tanpa peningkatan pendapatan pegawai, maka nilai pendapatan menjadi lebih rendah, yang biasanya cukup untuk memenuhi kebutuhan pegawai menjadi tidak cukup untuk yang kehidupannya pas-pasan.

Mereka biasanya kelompok mayoritas pegawai di rumah sakit yang tidak mempunyai jabatan struktural maupun fungsional. Mereka berharap rumah sakit meningkatkan pendapatan mereka sejalan dengan kenaikan barang-barang kebutuhan pokok. Jika tidak, maka akan merasa tidak puas bekerja, kecuali mereka niat bekerja sebagai ibadah dan menerima pendapatan sebagai rizki pemberian Allah SWT seberapapun besarnya mereka tetap bersyukur, menerima takdir Allah dengan penuh kesabaran, ihlas dan tawakal hanya kepada Allah, sementara mereka tetap bersungguh-sungguh bekerja sebagaimana diperintahkan Allah SWT. Namun demikian, kewajiban rumah sakit yang memikirkan mereka dan merespon perubahan lingkungan yang terjadi dengan bijaksana.

D. Faktor strategis internal yang berupa lima kekuatan rumah sakit

1. Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik.

Tugas rumah sakit adalah memberikan pelayanan dengan mutu yang baik dan keselamatan pasien terjamin. Rumah sakit sudah dapat menjalankan tugas tersebut dengan baik. Hal ini menjadi salah satu kekuatan bagi rumah sakit dan menjadi modal utama rumah sakit di dalam menarik dan mempertahankan pasien sebagai pelanggan rumah sakit.

2. RS mempunyai nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah

Iman yang kuat dan ketakwaan mempererat tali persaudaraan se iman. Nilai bersama yang diyakini adalah nilai-nilai Islam yang salah satunya adalah bekerja sebagai ibadah. Di dalam Al Qur'an disebutkan bahwa: "Allah SWT tidak menciptakan jin dan manusia kecuali untuk menyembah Ku//beribadah kepada Ku", maka bekerja yang dilakukan diniatkan sebagai ibadah, dengan demikian mendapatkan pahala dari Allah SWT. Seorang laki-laki wajib mencari nafkah untuk keluarganya, maka mereka bekerja untuk memenuhi kewajiban tersebut semata-mata mencari ridho Allah SWT. Wanita juga dibolehkan bekerja, Biasanya wanita bekerja untuk membantu suaminya, tetapi wanita tidak diwajibkan memberi nafkah keluarganya, maka apabila memberikan penghasilannya dari bekerja kepada keluarganya mendapatkan pahala sebagai sedekah. Apabila suaminya sudah cukup atau mungkin bahkan lebih dari cukup dalam memberi nafkah kepada keluarganya, ada alasan lain wanita bekerja di rumah sakit, mungkin memanfaatkan ilmunya untuk membantu mereka yang membutuhkan karena sudah menempuh

pendidikan tinggi, misalnya dokter atau dokter spesialis atau profesi lainnya, yang sangat disayangkan jika tidak dimanfaatkan untuk membantu orang lain atau untuk bekerja sesuai dengan bidang ilmunya. Banyak juga yang tidak sesuai dengan bidang ilmunya, tetapi mempunyai kompetensi yang dibutuhkan oleh pekerjaan.

3. Loyalitas dan Kinerja SDM yang Tinggi

Pegawai yang mempunyai kinerja yang tinggi dan loyal kepada rumah sakit adalah aset yang sangat berharga bagi rumah sakit. Loyalitas SDM dibangun melalui sebuah proses yang panjang, mulai dari pengenalan ketika calon pegawai direkrut hingga bertahun-tahun menjadi pegawai. Pegawai yang loyal pasti puas, tetapi pegawai yang puas belum tentu loyal, karena banyak rumah sakit yang menawarkan kepuasan yang tinggi kepada pelanggan internalnya atau pegawainya agar dapat menarik dan mempertahankan SDM yang handal. Kehidupan kerja (*work of life*), budaya organisasi, lingkungan kerja yang nyaman, kebutuhannya terpenuhi dapat digunakan untuk menjalin ikatan batin dengan para pegawai sehingga mereka menjadi loyal. Pegawai yang loyal merasa ikut memiliki rumah sakit tempatnya bekerja, menjadi seperti di rumahnya sendiri. Dengan demikian, para pegawai berusaha untuk meningkatkan kinerjanya sehingga rumah sakit itu dapat mencapai akreditasi yang paripurna, dapat menarik banyak pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang diperlukannya. Untuk rumah sakit swasta, banyaknya pasien yang datang ke rumah sakit untuk memperoleh pelayanan kesehatan menjadi hal yang

sangat penting, karena dari pasienlah roda kehidupan organisasi terus berputar dengan laju yang semakin tinggi untuk mencapai tujuan, misi dan visi rumah sakit.

4. Citra positif Rumah Sakit

Rumah sakit telah berhasil membangun citra positif melalui promosi tidak langsung. Awalnya rumah sakit tidak melakukan promosi secara langsung kepada masyarakat, namun saat ini rumah sakit sudah banyak yang melakukan promosi secara langsung, seperti pemberian discount untuk pemeriksaan-pemeriksaan tertentu seperti USG, Mamografi, papsmear, mengadakan khitanan masal dan operasi catarak gratis. Promosi langsung ini berefek pada pengurangan harga jasa pelayanan kesehatan atau atau penggratisan pada moment-moment tertentu, misalnya ulang tahun rumah sakit, atau pada hari-hari besar. Dari promosi tersebut, masyarakat mengenal rumah sakit lebih dekat. Dari perkenalan tersebut dapat dijalin hubungan yang lebih baik untuk masa yang akan datang. Hubungan baik inilah awal dari loyalitas pelanggan (pasien). Promosi tidak langsung yang dilakukan rumah sakit adalah dengan membangun bukti fisik. Jasa pelayanan termasuk pelayanan kesehatan adalah tidak berwujud, tidak dapat disimpan seperti produk yang berupa barang, hanya dapat dirasakan, sifatnya sangat individual, dalam situasi dan kondisi yang berbeda akan berbeda efeknya. Faktor psikologis pasien sangat menentukan. Jadi, jasa pelayanan memerlukan bukti fisik yang dapat dilihat, didengar, dan dirasakan oleh pasien. Bukti fisik ini berupa sarana prasarana yang disediakan rumah

sakit, interior, desain, tata letak peralatan, keindahan dan kenyamanan lingkungan dan ruangan, para dokter, perawat, dan profesi lainnya yang langsung berhubungan dengan pasien, penampilannya, keramah-tamahan, kemampuan komunikasi termasuk kemampuan mendengar keluhan pasien dan pemberian solusinya, dan sebagainya yang tidak terkait langsung dengan harga pelayanan. Promosi langsung dan tidak langsung itulah yang dapat menciptakan citra positif rumah sakit yang membuat pasien senang berhubungan dengan rumah sakit itu ketika suatu saat membutuhkan.

Bukti fisik adalah aset yang tangible, dapat dilihat, diraba, didengar dan dirasakan. Bukti fisik penting, tetapi ada yang lebih penting lagi yaitu intangible assets atau aset yang tidak dapat dilihat, yaitu pengetahuan, sistem informasi, dan capabilitas organisasi rumah sakit serta kemampuan memberikan solusi kepada pasien. Capabilitas organisasi adalah kemampuan organisasi dalam membangun, mengembangkan dan mengkombinasikan sumber daya yang dimilikinya menjadi nilai tambah bagi stakeholders rumah sakit. Intangible assets ini sangat penting dalam membangun citra positif rumah sakit.

5. RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi

Kapasitas SDM ini sangat menentukan keberhasilan organisasi rumah sakit ke depannya. Ketika rumah sakit merekrut dan menseleksi calon pegawai, kapasitas pegawai perlu menjadi salah satu perhatian, karena selama bekerja kapasitas SDM ini dapat terus dikembangkan. Pegawai yang kapasitasnya rendah

sulit untuk dikembangkan dan kemampuan kerjanya pun sangat terbatas. Kapasitas SDM ini bukan hanya ditentukan oleh pendidikan yang telah ditempuhnya, tetapi kemampuan dan kemauan untuk belajar sangat menentukan. Pendidikan lanjut dan pelatihan-pelatihan yang diadakan baik di dalam maupun di luar rumah sakit dimaksudkan untuk mengembangkan kapasitas SDM kemudian kapasitas tersebut dapat diwujudkan dalam tindakan nyata dalam bekerja.

E. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit

- 1) Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi. Untuk dapat melakukan penilaian kinerja, diperlukan manajemen kinerja. Untuk membangun manajemen kinerja pegawai rumah sakit, diperlukan komitmen dari pimpinan rumah sakit dan pimpinan yang menguasai tentang manajemen sumber daya manusia. Penilaian kinerja adalah suatu alat untuk menilai hasil kerja pegawai, sebelum instrumen untuk menilai kinerja pegawai perlu adanya perencanaan kinerja, pengembangan pegawai, dan evaluasi kinerja. Penilaian kinerja berawal dari analisis jabatan yang menghasilkan deskripsi jabatan atau pekerjaan dan kualifikasi pemegang

jabatan. Dalam deskripsi jabatan/pekerjaan ada komponen target pekerjaan dan indikator kinerjanya, serta kualifikasi pelaksana pekerjaan atau pemegang jabatan. Dari hasil analisis jabatan itu direkrut dan diseleksi dan ditempatkan pada jabatan/pekerjaan orang-orang yang sesuai dengan deskripsi dan kualifikasi pekerjaan atau jabatan yang akan diisi. Jika salah dalam merekrut calon pegawai menjadi pegawai, maka efek ke depannya adalah sulit untuk dikembangkan untuk meningkatkan kinerjanya.

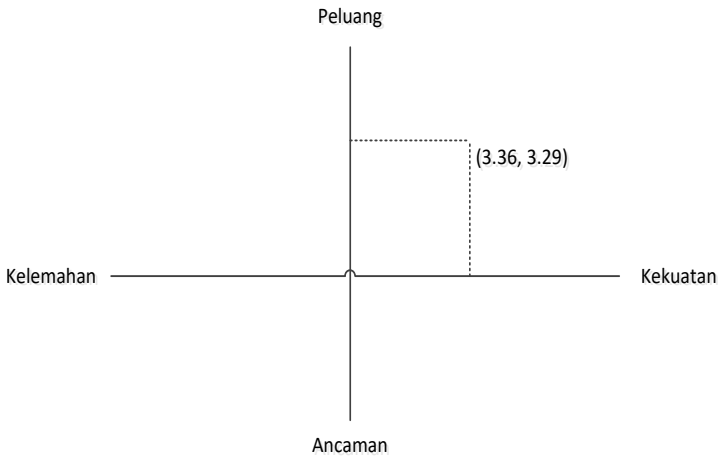
- 2) Sulit merubah dari fee for servis ke fee for performance. Dari hasil penelitian di berbagai negara, memang sulit untuk merubah dari fee for service menjadi fee for performnace. Terutama untuk dokter dan dokter spesialis yang diberi kesempatan untuk bekerja di tiga rumah sakit atau tiga tempat kerja. Kebanyakan rumah sakit swasta dokter tetapnya hanya sedikit, dan lebih banyak adalah dokter tidak tetap yang sudah menjadi dokter tetap di rumah sakit lain. Kemungkinan di salah satu rumah sakit lain sudah menjadi dokter tetap dan skema pembayarannya dengan sistem remunerasi, misalnya di rumah sakit BLU atau BLUD. Jadi para dokter tersebut bekerja untuk SIP yang kedua dan ketika di rumah sakit swasta untuk mendapatkan tambahan income dengan fee for service. Jika di rumah sakit swasta yang dimaksud itu menerapkan juga fee for performance, karena jumlah dokter dan dokter spesialis masih kurang, maka dokter/dan dokter spesialis tersebut pindah ke rumah sakit lain yang sesuai dengan harapannya. Akhirnya rumah sakit swasta itupun ditinggalkan dokter/spesialis itu. Untuk menghindari kekurangan dokter/dokter spesialis, maka

dibuat kontak kerjanya pun berdasarkan fee for service. Menurut Ikegami (2015) berdasarkan standar profesional dokter, mereka harus memberikan pelayanan yang terbaik kepada pasien, sehingga mereka lebih suka FFS sebagai kompensasi apa yang telah mereka kerjakan. Untuk pasien yang tidak mampu membayar, mereka membebaskan atau mengurangi pembayaran dengan sebagai amal sebagai gantinya mereka menetapkan pembayaran yang lebih mahal dari pasien-pasien yang kaya (subsidi silang). Menurut hasil penelitian Bardey, et. al., tingkat kualitas rumah sakit dinilai dari jumlah dokter dan jumlah pasiennya. Dokter dapat meningkatkan kualitas usaha mereka dengan biaya tinggi. Bardey, et. al. Membandingkan skema pembayaran murni gaji, pembayaran berdasarkan kasus (penyakit) dan FFS dan skema campuran dari ketiga skema pembayaran tersebut. Pasien lebih suka skema pembayaran berdasarkan kasus, baik skema murni kasus, atau skema campuran kasus, gaji, dan FFS. Sangat mengejutkan, pasien selalu kalah ketika diterapkan FFS, baik murni maupun campuran dengan skema gaji dan kasus. Ini fakta bahwa meskipun FFS adalah cara satu-satunya cara untuk memaksa dokter menggunakan usahanya, apapun penilaian pasien terhadap. Dengan kata lain, dokter meningkatkan usaha dengan menggunakan FFS lebih baik dari pada diberi kompensasi dengan penambahan fee dari penambahan pasien yang dilayani. (Bardey et. al. 2012). Ini sesuai dengan fenomena yang ada di Indonesia, ketika pasien bertambah banyak dengan adanya sistem JKN, dokter spesialis, membatasi jumlah pasien, selebihnya diberikan kepada residen.

- 3) Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh. Analisis jabatan masih jarang dilakukan di rumah sakit swasta, karena analisis jabatan dan evaluasi jabatan yang menjadi salah satu dasar dalam menentukan sistem remunerasi memerlukan waktu, ketelatenan, dan kemampuan tertentu sedangkan di rumah sakit swasta SDM nya sangat terbatas, untuk operasional dan manajerial yang sangat penting. Artinya analisis jabatan dan evaluasi jabatan dianggap tidak penting dan kekurangan tenaga dan waktu, juga finansialnya untuk melaksanakannya dengan sungguh-sungguh sesuai dengan teori. Meskipun tahu cara melakukan analisis jabatan dan evaluasi jabatan, tetapi karena tidak ada tenaga khusus untuk mengurus sistem remunerasi, maka analisis jabatan dilakukan hanya sekedar untuk memenuhi target kewajiban akreditasi.
- 4) Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi. Penerapan remunerasi memerlukan komitmen dari semua pihak yang terkait di rumah sakit, terutama level pimpinan, baik struktural maupun fungsional. Sebagaimana sudah dijelaskan sebelumnya tentang sulit merubah dari fee for servis ke fee for performance, bukan hanya di Indonesia saja, tetapi di berbagai negara maju pun hal ini terjadi. Apalagi sudah jelas bahwa dokter dan dokter spesialis yang bekerja di rumah sakit swasta, juga bekerja di dua tempat praktek yang lain apakah di rumah sakit lain atau di tempat praktek pribadi. Dengan demikian bagi rumah sakit tempat penelitian ini dilakukan sulit memperoleh kesepakatan untuk penerapan sistem remunerasi.
- 5) Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi. Perbedaan pendapat tentang FFS dan sistem remunerasi ini

sangat sensitif terhadap timbulnya konflik. Konflik dapat terjadi karena tidak ada kata sepakat dalam sebuah keputusan. Kompleksitas SDM di rumah sakit sangat rawan terhadap konflik. Pimpinan rumah sakit harus pandai dalam manajemen konflik. Manajemen konflik paling mudah adalah menghindari konflik itu. Bagaimana dapat mengatasi konflik dengan win win solution, karena sebenarnya semua pihak yang terkait saling membutuhkan. Perlu melakukan benchmarking ke rumah sakit yang sudah berhasil mengatasi konflik dalam penerapan sistem remunerasi ini.

Dari hasil perhitungan Analisis SWOT, yaitu bobot dikalikan rating menghasilkan skor dari setiap issue strategis pada peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan, strategi rumah sakit untuk menerapkan sistem remunerasi adalah menggunakan kekuatan rumah sakit untuk menangkap peluang. Sedangkan strategi alternatifnya, menggunakan kekuatan untuk mengatasi kelemahan rumah sakit dan mengantisipasi atau mengatasi ancaman dari faktor eksternal rumah sakit. Berikut gambar posisi strategis penerapan sistem remunerasi rumah sakit.



Gambar 5.1

Posisi Pilihan Strategi Sistem Remunerasi

F. Sistem Remunerasi Di Berbagai Negara

Soetisna, Tri Wisesa, Dumilah Ayuningtyas (2015) melakukan penelitian di sebuah rumah sakit yang sudah menerapkan Keputusan Menteri Keuangan Nomor 165/KMK.05/2008 dan sudah langsung menerapkan sistem remunerasi sejak tahun 2008 itu juga, yang hasil penelitiannya menunjukkan bahwa SMF (staf medis fungsional) yaitu dokter yang melakukan praktek dan perawat merasa tidak puas dengan penerapan sistem remunerasi. Ketidakpuasan tersebut mencapai tujuh puluh satu koma dua persen (71,2%). Penyebab dari ketidakpuasan itu

di antaranya karena penetapan grading yang kurang sesuai dan dalam hal sistem penggajian. Dengan demikian disarankan agar rumah sakit memperbaiki sistem remunerasinya sesuai dengan kebijakan dan penyusunan perhitungan insentif dan bonus disesuaikan dengan keadaan saat ini, kemudian disosialisasikan dan di evaluasi secara berkala dan tepat.

Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss, n.d. (1996), telah melakukan penelitian di Amerika Serikat, menyatakan bahwa kualitas pelayanan kesehatan digunakan sebagai dasar dalam membuat model kompensasi. Sebagai dasar dalam menentukan tambahan kompensasi kepada dokter-dokter pelayanan primer, dan para spesialis adalah kualitas dan efektivitas biaya dari pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dalam model tersebut terlihat jelas semangat untuk meningkatkan kinerja, kualitas pelayanan, efektivitas biaya, dan luaran bagi pasien.

Pembayaran untuk jasa pelayanan di rumah khas, yaitu *Fee for Service* (FFS) dan kapitasi. FFS meliputi biasanya meliputi pembayaran perhari berdasarkan rata-rata waktu atau hari dan rata-rata kasus yang dikerjakan selama berada di rumah sakit. Pembayaran berdasarkan pada presentasi dari biaya aktualnya, jarang dilakukan. Untuk pasien rawat inap, pembayaran berdasarkan pada komponen biaya langsung rumah sakit, untuk dokter spesialis anastesi dan dokter instalasi gawat darurat. Sedangkan untuk spesialis penunjang seperti spesialis laboratorium klinik dan radiologi, khusus dibayar dengan kapitasi. Sedangkan dokter pelayanan primer, dapat memilih. Pembayaran kepada para dokter spesialis sebagai pengambil keputusan dalam proses pelayanan kesehatan menggunakan model FFS berdasarkan skedule pembayaran

pelayanan kesehatan Amerika Serikat. (Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss, 1996).

Pengaturan kompensasi telah memperkenalkan model kompensasi berdasarkan kualitas menjadi dasar pelayanan kesehatan US. Untuk semua jenis provider pelayanan kesehatan di US telah dibentuk formula yang terdiri dari kompensasi dasar dan sebuah kesempatan untuk memperoleh kompensasi tambahan berdasarkan pada mutu dan efektivitas biaya dari pemberian pelayanan. Tambahan kompensasi ini didasarkan pada pengukuran kinerja klinik, yang menekankan pada kualitas pelayanan. Pengukuran kinerja tersebut mempunyai keterbatasan. Mengukur proses merujuk pada sesuatu dijalankan atau tidak dijalankan. Selain itu, keterbatasan dari panduan yang berdasarkan pada bukti sebagai ukuran dari kinerja. Rata-rata komplikasi sering dijadikan ukuran sebagai *outcome* dari kinerja sebagai data yang dikumpulkan secara rutin, tetapi reliabilitas data administratif yang tersedia masih bermasalah. Selain itu ukuran dari *outcome* sering memerlukan penyesuaian dengan resiko yang masih tidak tepat. Kebanyakan para spesialis dan pelayanan rumah sakit dibayar dengan bentuk pembayaran berdasarkan jadwal (*fee-schedule-based*) dan diajukan sebagai klaim untuk penggantian pembayaran kembali. Pelayanan kesehatan di US sudah mengembangkan casemix dan pendekatan penyesuaian tingkat keparahan yang memperhitungkan perbedaan antar rumah sakit (Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss, 1996). Dari hasil penelitian Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss (1996), situasinya mirip dengan kondisi pelayanan kesehatan di Indonesia setelah diterapkannya sistem remunerasi tahun 2010 untuk rumah sakit yang berbentuk BLU, yang komponennya *fee for position* (gaji berdasarkan tingkat jabatan atau pekerjaan,

pendidikan dan pengalaman kerja), *fee for performance*, dan *fee for position*. Namun penelitian di Indonesia tentang *outcome* dari sistem remunerasi masih jarang. Fenomena yang terjadi sistem remunerasi total hanya diterapkan di rumah sakit BLU dan rumah sakit BLUD disesuaikan dengan kondisi daerah. Untuk rumah sakit swasta yang dominan masih FFS.

Tahun 1999, di Quebec (Canada) pemerintah membuat reformasi atau pembaharuan tentang pilihan sistem kompensasi campuran (*Mix Compensation*) untuk para spesialis yang bekerja di rumah sakit sebagai alternatif dari sistem kompensasi tradisional yaitu *fee for service* (Échevin and Fortin 2013). Untuk meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan beberapa pemerintah telah merubah sistem remunerasinya sejak abad ke 20, umumnya dengan kerangka anggaran yang fixed, sebagai sistem yang lebih kompetitif berorientasi pasar. Perubahan sistem remunerasi ini membuat rumah sakit menjadi lebih kompetitif, dengan efektivitas biayanya dan volume produksi pelayanan yang lebih tinggi. Indikatornya sudah jelas, yaitu jumlah pasien rawat jalan, lama waktu pelayanan, mudah diakses, jumlah pengobatan dan kualitasnya, serta dokumentasi mutu pelayanan (Ekdahl 2014).

Penelitian tentang remunerasi secara total yang meliputi semua pegawai rumah sakit yang terdiri dari berbagai profesi masih sangat jarang. Beberapa penelitian terdahulu hanya meneliti bagian dari remunerasi untuk profesi tertentu saja seperti profesi dokter gigi dan profesi farmasi. Penelitian di Scotland pada 503 praktek dokter gigi, hasilnya menunjukkan bahwa kenaikan yang signifikan secara statistik pada aktivitas klinis, untuk dokter gigi yang diberikan pembayaran secara *fee for service*. Studi ini tidak melaporkan data ukuran pemanfaatan pelayanan kesehatan atau ukuran *outcomes* pasien.

Informasi tentang efektivitas biaya dari metode remunerasi yang berbeda tidak cukup. Insentif finansial di dalam sistem remunerasi mungkin menghasilkan perubahan untuk aktivitas klinis. Sangat direkomendasikan untuk melakukan penelitian eksperimen insentif finansial yang berdampak pada *outcomes* pasien (Brocklehurst et al. 2013).

Sebuah penelitian tentang model remunerasi untuk ahli farmasi, model remunerasi dibedakan di dalam cara bagaimana para ahli farmasi dibayar untuk pelayanan profesional di luar pengeluaran obat. Juga scope yang diberi remunerasi bervariasi. Kebanyakan negara mengtur remunerasi untuk pelayanan saja ketika obat dibayar di bawah skema penggantian. Remunerasi untuk pelayanan berimplikasi pada sebuah komitmen untuk memastikan kualitas mereka di beberapa negara. Model praktek kolaboratif sudah diatur ketika ahli farmasi bekerja sama dengan profesional pelayanan kesehatan lainnya untuk menyampaikan pelayanan dengan diagnose spesifik atau pelayanan berdasarkan pada penggunaan obat untuk pasien. Remunerasi dari pelayanan dipengaruhi oleh nilai pelayanan, kendala anggaran, perspektif pembayar, dan perilaku dari dokter, ahli farmasi dan pasien. Jadi, kesimpulannya, organisasi profesional butuh untuk membuat formulasi strategi yang jelas untuk membangun dan menambah remunerasi untuk pelayanan profesional farmasi. Implikasinya, ahli farmasi bukan hanya menunjukkan nilai pelayanan tetapi juga memastikan kualitasnya (Bernsten et al. 2010). Di rumah sakit banyak profesional yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien, masing-masing profesi mempunyai perannya sendiri yang bekerja secara kolaboratif, sehingga diperlukan remunerasi gabungan yang dapat mengakomodasi semua profesi yang terlibat. Hal ini merupakan masalah yang sangat kompleks dan pelik

untuk dipecahkan. Rumah sakit sebagai organisasi yang besar tidak mungkin dapat berhasil tanpa manajemen yang baik. Pihak para profesional yang terlibat langsung pada pelayanan pasien merupakan unit sumber atau pusat pendapatan rumah sakit, namun terdapat banyak unit lain di rumah sakit yang tidak langsung berhubungan dengan pelayanan pasien, namun unit tersebut merupakan unit penunjang agar pelayanan kepada pasien dapat berjalan sesuai harapan.

Penelitian tentang kepuasan kerja dokter spesialis sebagai salah satu *outcomes* pelayanan kesehatan masih sangat jarang. Satu penelitian di Manna Kabupaten Bengkulu menunjukkan bahwa kepuasan dokter spesialis masih rendah. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter spesialis tersebut adalah hubungan antara dokter dan pasien, fasilitas rumah sakit, hubungan dengan teman kerja, pendapatan secara keseluruhan, karakteristik pekerjaan, fasilitas yang diterima dari rumah sakit, keberadaan profesional yang tidak diketahui, keselamatan kerja di dalam bekerja, masalah keluarga, dan prospek karir. Sepuluh faktor tersebut berhubungan dengan kesenjangan ekonomi dan budaya yang diharapkan oleh dokter spesialis dan kenyataan di Rumah Sakit Umum Manna. Hasil penelitian ini memberikan rekomendasi untuk memperbaiki kebijakan kompensasi untuk dokter spesialis dan memperkuat budaya yang sesuai dengan dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit Manna (Perpustakaan UGM 2003).

Hasil penelitian di 9 rumah sakit di Netherland antara tahun 2006-2009 tentang perbedaan remunerasi dokter antara *fee for service* dengan gaji untuk menjelaskan pengaruh insentif finansial pada produksi medis, menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan lebih tinggi di area geografis yang lebih banyak pasien dengan perlakuan *fee for service*.

Pengaruhnya kuat untuk pemberian pengobatan yang sensitif seperti katarak dan tonsillectomies, tetapi tidak ditemukan pengaruh pada pemberian pengobatan yang tidak sensitif seperti patah tulang panggul (hip fractures) (Douven, Mocking, and Mosca 2015). Di Indonesia juga kebiasaan yang sudah sejak dahulu yaitu *fee for service*, sulit diubah menjadi remunerasi yang komponennya gaji (*fee for position*), insentive kinerja (*fee for performance*) dan tunjangan-tunjangan seperti asuransi keselamatan kerja dan asuransi kesehatan (*fee for people*).

Bardey, Cremer, and Lozachmeur. 2012. Melakukan penelitian di rumah sakit yang bertujuan profit (mencari keuntungan) tentang skema remunerasi dokter dan persaingan rumah sakit di dua pasar rumah sakit, yaitu pasar tenaga dokter dan pasar konsumen (pasien). Pasar tenaga dokter disini maksudnya adalah rumah sakit menarik dokter untuk bekerja di rumah sakit di satu sisi, dan disisi lain, rumah sakit menarik konsumen atau pengguna jasa pelayanan kesehatan yang ditawarkan oleh rumah sakit. Dokter dan pasien masing-masing mendapatkan nilai dari kualitas pelayanan rumah sakit. Kualitas dapat ditingkatkan oleh dokter dengan usaha yang biayanya mahal. Penelitian ini membandingkan skema pembayaran murni gaji (salary), pembayaran per-kasus (case payment), atau *fee for service*. Setelah itu peneliti membandingkan campuran antara *fee for service* dengan pembayaran per-kasus atau gaji. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa skema pembayaran per-kasus, baik murni maupun campuran dengan *fee for service* atau gaji lebih disukai oleh pasien (patient friendly) dari pada gaji murni atau campuran dengan *fee for service* atau pembayaran per-kasus. Perbanding tersebut dilihat dari sisi dokter. Apabila dilihat dari sisi pasien, pasien tidak suka dengan skema *fee for service* baik murni atau campuran. Jika diterapkan *fee for service* pasien

selalu menghilang, meskipun *fee for service* adalah satu-satunya cara untuk memberikan semangat dan meningkatkan usaha dokter, apapun penilaian pasien. Peningkatan usaha dokter dengan *fee for service* lebih tinggi dari pada kompensasi dengan peningkatan jumlah pasien yang dihadapi (Bardey, Cremer, and Lozachmeur, 2012). Jadi rumah sakit mengalami dilema, antara meningkatkan usaha dokter dengan *fee for service* dan meningkatkan jumlah pasien yang tidak nyaman dengan *fee for service*, pasien lebih nyaman dengan pembayaran yang pasti (*fixed*) seperti pembayaran paket per kasus. Dengan *fee for service* dokter memberikan usahanya secara maksimal, sedangkan dengan gaji dan atau pembayaran per kasus (*case payment*), usaha dokter minimal, tetapi lebih nyaman buat kebanyakan pasien. Rumah sakit lebih diuntungkan dengan *fee for service* untuk pasien umum, namun ketika melayani pasien peserta BPJS, yang pembayarannya secara paket berdasarkan kasus (*casemix*) dengan INA-CBGs, apabila menggunakan skema pembayaran *fee for service* rumah sakit kesulitan dalam perhitungan finansialnya karena harus membayar kelebihan pemeriksaan atau tindakan (*prosedur*) yang melebihi paket INA-CBGs yang pembayarannya dikalim ke BPJS. BPJS tidak mau membayar pelayanan atau tindakan dokter atau obat yang di luar paket INA-CBGs. Jika terjadi hal yang demikian itu maka pembayaran klaim menjadi tertunda sampai hasil verifikasi menunjukkan klaim sudah sesuai dengan paket INA-CBGs yang telah ditetapkan.

Menurut Robinson, ada banyak mekanisme pembayaran untuk dokter, beberapa bagus, dan beberapa jelek (buruk). Tiga yang paling buruk adalah *fee for service*, kapitasi, dan gaji (*salary*). *Fee-for-service* memberikan penghargaan pada ketentuan pelayanan yang tidak tepat. Kecurangan *upcoding* dari kunjungan dan prosedur, dan

mencampurkan rujukan secara “ping-pong” di antara dokter spesialis. Kapitasi memberikan penghargaan pada “penolakan memberikan layanan yang tepat”, pembuangan penyakit khronis, dan skop praktek yang sempit yang merujuk setiap saat pasien yang memerlukan biaya tinggi. Salary (gaji) merusak produktivitas. Membiarkan waktu santai/luang, dan menyuburkan mental birokratis di dalam setiap prosedur adalah masalah orang lain. Di American medicine menunjukkan sejumlah sistem komponen yang menarik yang mencampurkan antara elemen pembayaran *retrospective* dan *prospective, fee-for-service, salary*, dan kapitasi. Inovasi ini mencari jalan tengah insentif dengan intensitas tinggi dan rendah, antara tarif satuan dengan gaji langsung. Mekanisme pembayaran juga disematkan di dalam dan didukung oleh mekanisme bukan harga (*nonprice*), contohnya metode monitoring dan memotivasi perilaku yang tepat yang mungkin mempunyai konsekuensi finansial tetapi lebih tergantung secara langsung pada screening, sosialisasi, pembentukan profil, promosi, dan praktik kepemilikan (Robinson 2001).

Kementerian Kesehatan, Kesejahteraan dan Olah raga di Belanda membuat kajian perbandingan melalui penelusuran tentang sistem pembayaran para dokter spesialis di 6 (enam) negara-negara Eropa, yaitu Belgia, Denmark, Perancis, Jerman dan Inggris, serta Belanda. Semua dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit di 4 negara yaitu di Jerman, Perancis, Inggris dan Denmark dibayarkan dengan gaji oleh Rumah Sakit. Ada 6% dokter spesialis di Inggris yang bekerja mandiri di luar rumah sakit melalui praktek pribadi, di Denmark juga ada 4% yang praktek pribadi secara mandiri di luar rumah sakit (Kok, Lammipers dan Tempelman, 2012).

Banyak dokter spesialis di Belgia dan Belanda yang selain bekerja di Rumah sakit juga membuka praktek sendiri (mandiri). Ada dokter-dokter yang selain mendapatkan gaji juga bekerja mandiri di rumah sakit di Belanda. Di Belgia sudah umum bekerja secara mandiri sebagai dokter spesialis di rumah sakit. Di rumah sakit pendidikan, semua dokter spesialis digaji oleh rumah sakit di kedua negara tersebut (Belanda dan Belgia). Adapun jumlah dokter spesialis yang bekerja mandiri (tidak bekerja di Rumah sakit), di Belanda mencapai 43% dan di Belgia 74%. Perbedaan penghasilan antara gaji yang diterima dari Rumah sakit dengan penghasilan dari usaha mandiri (praktek pribadi) tidak jelas (Kok, Lammipers dan Tempelman, 2012).

Perilaku dokter adalah kompleks, sulit untuk dimonitor, dan sering sulit untuk dimengerti. Mekanisme pembayaran yang sederhana (simple) tidak diharapkan. Bahkan diskusi sepiantas lalu dari informasi yang tidak lengkap, menghindari resiko, tugas ganda atau banyak, dan produktivitas tim menggaris bawahi kewajiban penggunaan *fee for service* dan kapitasi untuk membujuk dan memberi penghargaan kepada dokter untuk melakukan apa yang diinginkan untuk mereka lakukan. Seperti kasus di pekerjaan dan industri lainnya, ketidak sempurnaan mekanisme pembayaran secara *retrospective* atau *prospective* dapat dikelola melalui pencampuran dan penyesuaian (*through mixing and matching*), kreasi dan pencampuran seperti kapitasi dengan *fee for service* di dalam sebuah anggaran departemen yang dikapitasi, atau tarif kasus untuk episode-episode perawatan (Robinson 2001).

Perubahan dari *fee for service* menjadi sistem remunerasi yang komponennya terdiri dari *fee for position* (salary), *fee for performance*, dan *fee for people* (tunjangan-tunjangan) sebagai satu kesatuan sistem

memerlukan perubahan budaya. Menurut (Tyagi et al. 2013), teknologi pelayanan kesehatan dan program perbaikan mutu telah diidentifikasi sebagai sebuah cara untuk mempengaruhi biaya dan kualitas pelayanan di Canada. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa budaya organisasi berpengaruh signifikan secara langsung pada program perbaikan mutu yang digunakan, sedangkan penggunaan teknologi pelayanan kesehatan selain berpengaruh langsung terhadap program perbaikan mutu yang digunakan juga berpengaruh tidak langsung melalui budaya organisasi. Jadi penggunaan teknologi pelayanan kesehatan berpengaruh langsung pada budaya organisasi. Penelitian dilakukan dengan seluruh responden yang dikirim kuesioner berjumlah 592 rumah sakit di provinsi di Canada, dengan target fokus pada pengambil keputusan, yaitu manajemen tingkat menengah dan atas. Kuesioner yang kembali dan dapat diolah berjumlah 134 rumah sakit atau 22,6 persen.

Program perbaikan mutu tidak akan berhasil apabila kinerja organisasi tidak baik. Kinerja organisasi adalah sebuah *output* yang dihasilkan dari kinerja individu anggota organisasi atau pegawai dan kinerja unit-unit dari organisasi yang secara terintegrasi menghasilkan kinerja organisasi. *Outcomes* dari kinerja individu, unit dan organisasi adalah kepuasan stakeholders, terutama pasien, pegawai dan pemilik organisasi rumah sakit. Untuk itu sebagaimana yang dikemukakan oleh (Giannini 2015), penting mengimplementasikan sistem penilaian yang tepat yang berpengaruh secara terintegrasi terhadap kepuasan pelanggan, kontribusi dari staf kesehatan, dan kinerja organisasi secara keseluruhan. Sebuah penilaian kinerja yang terintegrasi dari seluruh organisasi dan pegawainya membuktikan dukungan yang mendasar untuk memonitor variabel yang strategik dan mengkombinasikannya di

dalam tujuan efektivitas, efisiensi, mutu, dan kinerja individu untuk memperbaiki fungsi yang tepat dari organisasi pelayanan kesehatan.

Ringkasan

Hasil penelitian tentang formulasi strategi sistem remunerasi di sebuah rumah sakit swasta menunjukkan bahwa rumah sakit tersebut dalam posisi strategi ofensif atau proaktif untuk penerapan sistem remunerasi. Rumah sakit dapat menggunakan kekuatannya untuk menangkap peluang. Sedangkan alternatif strategi lainnya adalah menggunakan kekuatannya untuk memperbaiki kelemahan dan mengantisipasi dan mengatasi ancaman yang akan dan sedang dihadapi.

Hasil-hasil penelitian diberbagai negara seperti di Amerika Serikat, Belanda, Belgia, Jerman, Perancis, Inggris, dan Canada skema pembayaran yang dominan adalah FFS, meskipun ada beberapa kritikan tentang penerapan skema FFS, namun kenyataannya skema FFS masih dipakai di banyak negara, belum ditemukan skema yang sudah baku yang dapat memuaskan semua *stakeholders*.

Salary (gaji) merusak produktivitas. Membiarkan waktu santai/luang, dan menyuburkan mental birokratis di dalam setiap prosedur adalah masalah orang lain. Di American medicine menunjukkan sejumlah sistem komponen yang menarik yang mencampurkan antara elemen pembayaran *retrospective* dan *prospective, fee-for-service*, salary, dan kapitasi. Inovasi ini mencari jalan tengah insentif dengan intensitas tinggi dan rendah, antara tarif satuan dengan gaji langsung. Mekanisme pembayaran juga disematkan di dalam dan didukung oleh mekanisme bukan harga (*nonprice*), contohnya metode monitoring dan memotivasi perilaku yang tepat yang

mungkin mempunyai konsekuensi finansial tetapi lebih tergantung secara langsung pada screening, sosialisasi, pembentukan profil, promosi, dan praktik kepemilikan.

BAB VI

FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI PENERAPAN REMUNERASI

A. Visi, Misi, dan Strategi

Visi merupakan harapan atau impian rumah sakit akan menjadi apa rumah sakit di masa yang akan datang. Visi harus jelas, realistis, relevan, menantang dan hal yang luar biasa yang dapat menimbulkan motivasi, serta kebanggaan, mampu mengarahkan rumah sakit kepada tujuan yang akan di capai dalam beberapa tahun ke depan. Sedangkan misi adalah apa tugas dan fungsi rumah sakit, untuk apa rumah sakit dibangun, apa saja yang diperlukan untuk mencapai visi dan misi rumah sakit. Adapun strategi adalah bagaimana cara mencapai visi dan misi dengan berbagai alternatifnya.

Misi organisasi adalah tujuan atau alasan untuk keberadaan organisasi. Misi menjelaskan apa yang disediakan atau ditawarkan oleh organisasi kepada masyarakat. Konsep yang baik dari misi mendefinisikan secara mendasar, tujuan yang unik yang membedakan

perusahaan dengan perusahaan lainnya, dan mengidentifikasi skop atau domain operasi perusahaan dalam bentuk produk termasuk pelayanan yang ditawarkan dan pasar yang dilayani. Berbagai penelitian menunjukkan perusahaan dengan misi yang eksplisit menjelaskan pelanggan yang dilayani, teknologi yang digunakan mempunyai pertumbuhan yang secara signifikan lebih tinggi dibandingkan dengan perusahaan yang tidak menyatakan demikian. Di dalam pernyataan misi mungkin juga termasuk nilai-nilai dan filosofi perusahaan, bagaimana melakukan bisnis dan memperlakukan pegawainya. Misi itu dalam bentuk kata-kata tidak hanya perusahaan apa saat ini, tetapi juga apa yang diinginkan di masa yang akan datang – visi strategik manajemen untuk perusahaan di masa yang akan datang. Pernyataan misi perusahaan mempromosikan rasa harapan bersama di dalam hati dan pikiran para pegawai dan mengkomunikasikan sebuah image publik kepada pentingnya kelompok stakeholders di lingkungan tugas organisasi. Sebagian orang suka memandang visi dan misi sebagai dua konsep yang berbeda. Misi menjelaskan sebagai organisasi apakah saat ini, visi menjelaskan akan menjadi organisasi seperti apa di masa yang akan datang. Wheelen and Hunger lebih suka mengkombinasikan ide tersebut ke dalam satu pernyataan misi (J.S. Sidhu in Wheelen and Hunger, 2012).

Beberapa perusahaan lebih suka membuat daftar nilai-nilai dan filosofi dalam melakukan bisnis di dalam publikasi yang terpisah yang disebut pernyataan nilai. Misi dapat dinyatakan secara luas ataupun secara lebih sempit. Misi yang luas seperti: *“Serve the best interests of shareowners, customers, and employees.”* (Melayani kepentingan terbaik dari pemilik, pelanggan, dan pegawai). Pernyataan misi ini terlalu luas dan tidak jelas, apa produknya, siapa yang dilayani

(pasarnya), bagaimana proses produksinya, apa yang diharapkan oleh pelanggannya. Contoh misi yang pendek dan jelas, mudah untuk diingat, yaitu pernyataan misi dari Google: *“To organize the world’s information and make it universally accessible and useful”*.S. Baker (Wheelen and Hunger, 2012, p.181).

Strategi adalah cara-cara yang digunakan untuk mencapai misi dan visi. Cara memilih strategi ini dibahas secara khusus dan mendalam dalam manajemen strategik. Menurut Tanković, pendekatan baru studi pada pengembangan strategi dan implementasi menganalisa kemungkinan untuk menyesuaikan strategi dengan lingkungan yang bergolak sehingga secara konstan merubah berubah definisi strategi. Organisasi memproklamirkan keinginan bisnisnya melalui visi, misi dan tujuan: karena itulah pernyataan visi dan misi adalah titik awal dari usaha menemukan definisi strategi (Tanković, 2013). Hasil penelitian Tanković dengan melakukan analisis terhadap website 50 perusahaan yang dipilih secara random dari 100 perusahaan mengenai pernyataan visi dan misi mereka. Istilah di dalam misi yang paling umum digunakan adalah:

1. Produk dan pelayanan
2. Pelanggan dan konsumen
3. Proses bisnis
4. Budaya organisasi dan mutu
5. Pertambahan nilai

Hasil penelitian tersebut mencerminkan keinginan langkah keberhasilan organisasi saat ini dan yang akan datang. Elemen utama yang dapat ditarik dari pernyataan misi menunjukkan tindakan mereka saat ini yang hati-hati dan pandangan statis. Dengan demikian, jelas bahwa analisis organisasi yang ada untuk menyampaikan produk akhir

atau jasa, untuk memuaskan pelanggan dan konsumen memberikan perhatian pada proses bisnis (Tanković, 2013).

Elemen kunci dari pernyataan visi adalah:

1. Penetrasi pasar (pendalaman pasar)
2. Unggulan/perbaikan/pengembangan
3. Posisi pasar global
4. Produk dan pelayanan
5. Budaya organisasi dan mutu

Apa kaitan Visi, Misi, dan strategi dengan sistem remunerasi? Untuk mencapai Visi dan Misi dibutuhkan strategi, semakin menantang visi dan misi, semakin bergejolak perubahan lingkungan rumah sakit sehingga menimbulkan ketidak pastian yang tinggi, semakin sulit untuk menentukan strategi yang tepat untuk mencapai visi dan misi rumah sakit. Perubahan lingkungan, baik itu lingkungan umum (jauh) yang berupa lingkungan ekonomi, politik, hukum, sosial, dan budaya, serta lingkungan khusus (dekat) yang meliputi, pesaing (rumah sakit lian), pasien, keluarganya dan masyarakat, pemasok barang-barang kebutuhan rumah sakit, kerjasama dengan klinik-klinik pratama, dokter keluarga, dan puskesmas sebagai fasilitas kesehatan tingkat pertama, yang merujuk pasien yang tidak bisa ditangani karena kekurangan fasilitas maupun keahlian dokter spesialis, dan pemasok barang-barang dan jasa yang dibutuhkan oleh rumah sakit, serta menjamurnya praktek pengobatan alternatif, yang perubahan dari semua komponen dari lingkungan rumah sakit itu berpengaruh terhadap kehidupan dan keberlangsungan hidup serta kesuksesan rumah sakit saat ini maupun yang akan datang. Peran sumber daya manusia yang bekerja di rumah sakit yang menciptakan visi, misi dan strategi rumah sakit, sangat menentukan keberhasilan dalam memilih strategi yang tepat untuk

mencapai visi dan misi yang telah ditetapkan. Perlu kerja keras dan cerdas untuk menjalankan operasi pelayanan kesehatan di rumah sakit didukung dengan manajemen rumah sakit, terutama tata kelola rumah sakit yang baik untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu dan fokus pada kebutuhan, keinginan dan harapan pasien dalam memberikan solusi terhadap masalah kesehatan pasien. Kerja keras dan cerdas tersebut perlu mendapatkan penghargaan yang adil, transparan, dan propo

b. Manajemen Sumber Daya Manusia Strategik

Sumber Daya Manusia merupakan salah satu fungsi operasional rumah sakit. Strategi fungsional salah satunya adalah bagaimana agar sumber daya manusia produktif, dan berorientasi ke masa depan. Manajemen sumber daya manusia strategik mengacu pada visi dan misi organisasi di dalam menjalankan fungsinya. Manajer sumber daya manusia harus terlibat di dalam membuat perencanaan strategik rumah sakit, sehingga mengetahui orang-orang yang akan ditempatkan di unit-unit kerja, dan memastikan sesuai dengan kompetensi dan minatnya. Menejemen sumber daya manusia menggunakan prinsip, *the right man in the right place*.

c. Tenaga Kesehatan

Tenaga kesehatan terdiri dari tenaga medis (dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi (umum dan spesialis), perawat, dan tenaga penunjang medis. Masing-masing tenaga kesehatan tersebut merupakan profesi yang berbeda-beda, mereka bekerja dalam tim ketika memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

Dokter spesialis menjadi penentu jenis produk jasa pelayanan kesehatan rumah sakit, jumlahnya jauh lebih sedikit dibandingkan tenaga

kesehatan lainnya, mempunyai kekuatan tawar yang tinggi karena kelangkaan (jumlahnya terbatas) dan sangat dibutuhkan oleh rumah sakit untuk menjalankan operasional pelayanan kesehatan kepada pasien sesuai dengan spesialisasinya. Dokter spesialis di bayar dengan cara fee for service. Hal ini sudah berlangsung selama puluhan tahun dan sudah menjadi kebiasaan yang sulit dirubah. Tenaga kesehatan lainnya mengikuti apa yang menjadi keputusan dokter spesialis dalam melayani pasien, meskipun masing-masing mempunyai peran yang berbeda-peran sesuai profesinya, tetapi semua membentuk satu tim untuk memberikan pelayanan kepada pasien.

Masih sangat jarang rumah sakit yang sudah menerapkan sistem remunerasi secara total, termasuk mengubah fee for service menjadi fee for performance.

d. Budaya Organisasi

Budaya organisasi adalah nilai-nilai bersama yang terbentuk atau dibentuk selama organisasi berdiri. Di dalam rumah sakit yang terdiri dari berbagai kelompok profesi, masing-masing kelompok juga mempunyai budaya organisasi dengan nilai-nilai yang diyakininya. Bagaimana kepemimpinan organisasi dapat mengintegrasikan dan menyelaraskan budaya dari berbagai profesi yang ada di rumah sakit dan budaya unit-unit rumah sakit, sehingga menjadi budaya yang kondusif untuk meningkatkan kinerja individu, kinerja unit, dan kinerja rumah sakit secara keseluruhan.

Budaya organisasi terbentuk dari kebiasaan sehari-hari dalam berperilaku menjalankan norma-norma dan nilai-nilai yang disepakati bersama. Untuk Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping norma-norma dan nilai-nilai yang digunakan sebagai rujukan adalah nilai-nilai

Islam yang sudah ditetapkan di dalam Al Qur'an dan Hadist serta keputusan Majelis Tarjih PP Muhammadiyah.

Salah satu hasil studi menunjukkan bahwa strategi yang digunakan oleh manajer perawat yang telah berhasil mencapai turnover (perputaran) pegawai rendah, kepuasan yang tinggi pada pasien, pegawai dan manajemen rumah sakit (provider), outcome pada pasien yang baik, hubungan kerja yang positif, (Manion 2004, Fried and Fottler, 2008). Menurut Fried and Gates Para manajer keperawatan mampu membangun budaya retensi untuk mempertahankan pegawai. Melelalui pekerjaan mereka sehari-hari, para manajer ini menciptakan lingkungan yang membuat pegawai merasa betah berada di tempat kerja karena mereka menikmati pekerjaan mereka, dan mereka memberikan kontribusi pada penciptaan lingkungan tersebut. Mara manajer menekankan pelayanan yang tulus untuk memberikan kesejahteraan kepada para anggota staf, mereka ditempa benar-benar dalam berhubungan dengan setiap anggota staff fokus pada pemecahan masalah dan hasil. Strategi ini tidak mungkin sukses tanpa budaya retensi (Fried and Fottler, 2008).

Beberapa strategi retensi yang generik, yang telah menunjukkan hasil adalah 1) menawarkan kompensasi yang kompetitif. Jenis jenis Kompensasi meliputi berbagai jenis bonus yang menggiurkan, honor yang tinggi dan terinci, pinjaman lunak yang bersahabat, dan keuntungan keuntungan lainnya. 2) struktur pekerjaan yang menarik dan memuaskan. Hal ini dapat dilakukan melalui penempatan dan pengelompokkan tugas yang diatur secara cermat, pemberikaaan kewenangan yang memadai kepada para pegawai, mengizinkan mengatur jam kerja dan jadwal kerja yang fleksibel, mendorong lingkungan kerja yang menumbuhkan hubungan antar teman kerja lebih

baik, melembagakan kebijakan kerja yang menghargai kebutuhan individu. 3) Menempatkan tim manajemen dan pengawas yang hebat yang mampu mengatasi buruknya hubungan kerja antara karyawan dengan Managernya atau dengan tenaga profesional kesehatan lainnya. 4) membuka peluang untuk kemungkinan peningkatan karier. Dalam hal ini memberikan jenjang karier memang semakin sulit karena pada umumnya organisasi masa kini menjadi semakin datar dan melebar. Sehingga cara lain untuk promosi karier perlu segera disusun dan diterapkan.

e. Kepemimpinan Strategik

Kepemimpinan strategik adalah kepemimpinan transformasional yang mengarahkan pengikut ke arah perubahan yang signifikan karena pengaruh faktor eksternal dan internal. Perubahan secara bertahap atau perubahan secara radikal tergantung pada situasi dan kondisi lingkungan eksternal maupun internal. Pemimpin strategik mampu memberdayakan pengikut untuk mewujudkan self esteem dan aktualisasi diri, memberikan kepercayaan kepada pengikut, membangun self efikasi dan motivasi pengikut untuk mencapai tujuan bersama, baik tujuan jangka pendek maupun tujuan jangka panjang. Pemimpin strategik adalah seorang pemimpin yang visioner, dan berperan sebagai agen perubahan. Pemimpin strategik mampu menyelaraskan tujuan individu, tim, dan organisasi secara harmonis, sehingga berhasil mewujudkan visi bersama dengan misi-misi yang telah ditetapkan. Pemimpin strategik juga mempunyai keahlian di

Dengan dalam menyusun rencana strategik dengan melibatkan para stakeholders rumah sakit (Hidayah, Sule, Wirasasmita, & Padmadisastra, 2015).

Gaya Kepemimpinan berpengaruh terhadap kinerja organisasi (Özer & Tinaztepe, 2014), (Wang, Chich-Jen, & Mei-Ling, 2010). Dari pandangan manajemen strategik sumber daya manusia, kepemimpinan sangat menentukan kinerja dari organisasi. Kinerja organisasi merupakan sinergi dari kinerja individu yang bekerja di rumah sakit. Individu-individu tersebut di dalam rumah sakit terdiri dari tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan sebagaimana telah dibahas sebelumnya, mereka bekerja dalam tim, baik dalam tim pelayanan kesehatan secara klinis, maupun secara manajerial. Fungsi kepemimpinan strategik disini adalah mempengaruhi dan menggerakkan tim-tim tersebut untuk mencapai tujuan, misi, dan visi organisasi. Tingkat pencapaian tujuan, misi dan visi organisasi secara kuantitatif maupun kualitatif disebut kinerja, yang secara lebih konkrit disebut sebagai pencapaian sasaran kinerja jangka pendek dan jangka panjang.

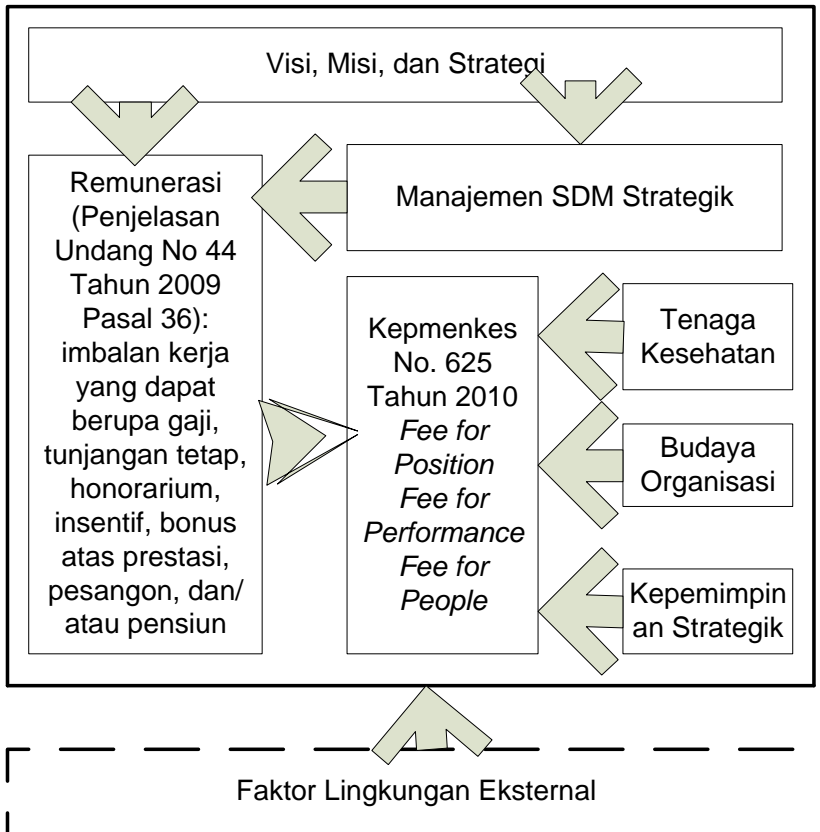
Kepemimpinan strategik dapat mengarahkan sumber daya manusia rumah sakit untuk mencapai kinerja yang tinggi, dengan memperhatikan faktor-faktor yang berpengaruh terhadap kinerja. Di antara faktor-faktor tersebut adalah: tenaga kerja yang berkualitas, komitmen pegawai, kepuasan pegawai, pertumbuhan penjualan, pertumbuhan pangsa pasar, tingkat pengembalian dari penjualan, tingkat pengembalian aset, dan keseluruhan keuntungan. Tenaga kerja yang berkualitas

Qualified labor is the aggregate of skilled human physical and mental effort used in creation of goods and services.

The benefits of having the best trained workers using the most advance technology can be nullified by employees who

do not use their energy and skills for the benefit of the organization. Without employee commitment, there can be no improvement in any area of business activity (Özer & Tınaztepe, 2014)

mengetahui dan menganalisis faktor-faktor yang mempengaruhi sistem remunerasi dari sisi internal organisasi, diharapkan dapat menyusun model sistem remunerasi yang tepat. Dari uraian tentang faktor-faktor yang berpengaruh terhadap implementasi sistem remunerasi, dapat digambarkan kerangka nya sebagai berikut.



Gambar 1 Kerangka Konsep

DAFTAR PUSTAKA

- Bardey, David, Helmuth Cremer, and Jean Marie Lozachmeur. 2012. "Doctor's Remuneration Schemes and Hospital Competition in a two sided market", *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*. doi: 10.1515/1935-1682.3254
- Bernsten, Cecilia, Karolina Andersson, Yves Gariepy, and Steven Simoens. 2010. " A Comparative Analysis of Remuneration Models for Pharmaceutical Professional Services." *Health Policy* 95 (1): 1-9. Do: 10.1016/j.healthpol.2009.11.008.
- BKN.2013. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara No.1 tahun 2013 Tentang Ketentuan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 Tentang Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil Peraturan Kepala Badan Kepegawaian.
- Hidayah, N., Sule, E. T., Wirasasmita, Y., & Padmadisastra, S. (2015). HOW TO DEVELOP STRATEGIC LEADERSHIP IN HIGHER EDUCATION INSTITUTION? *International Journal of Economics, Commerce and Management*, 3(5), 1164–1175.
- Özer, F., & Tinaztepe, C. (2014). Effect of Strategic Leadership Styles on Firm Performance: A Study in a Turkish SME. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 150, 778–784.
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.09.059>
- Tanković, A. Č. (2013). Defining Strategy using Vision and Mission Statements of Croatian Organizations In Times Of Crisis.

Economic Research-Ekonomika Istraživanja, 26(sup1), 331–342. <https://doi.org/10.1080/1331677X.2013.11517655>

Wang, F.-J., Chich-Jen, S., & Mei-Ling, T. (2010). Effect of leadership style on organizational performance as viewed from human resource management strategy. *African Journal of Business Management*, 4(18), 3924–3936. Retrieved from <http://www.academicjournals.org/journal/AJBM/article-abstract/OB1696A16102>

Wheelen and Hunger. (2012). *Wheelen & Hunger, Strategic Management and Business Policy: Toward Global Sustainability* | Pearson. Retrieved January 31, 2018, from <https://www.pearson.com/us/higher-education/product/Wheelen-Strategic-Management-and-Business-Policy-Toward-Global-Sustainability-13th-Edition/9780132153225.html>

Undang-Undang No. 36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan

Wayne Monde R. 2008. *Human Resources Management*, Tenth Edition, New Jersey: Pearson Education, Inc.

Wise Robert A. 2013. Medical Advisor, OPPE and FPPE: Tools to help make privileging decisions, The Joint Commission, 21 Agustus 2013. <https://www.jointcommission.org/jc-physician-blog/oppe-fppe-tools-privileging-decisions/>

