

BAGAIMANA IMPLEMENTASI AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT PADA ERA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

(APA – SIAPA YANG HARUS AKUNTABEL, DIMENSI DAN PENGUKURAN)

Era reformasi kesehatan ditandai dengan implementasi jaminan sosial nasional telah bergeser dari fokus pada kualitas dan pengendalian biaya terhadap isu-isu akuntabilitas. Untuk itu, perlu diketahui konsep daripada akuntabilitas itu terhadap reformasi sistem pelayanan kesehatan, aspek, dimensi serta pengukuran akuntabilitas terhadap implementasi penerapannya di rumah sakit yang akan dibahas secara tuntas dalam buku ini.



PUSTAKA PELAJAR
Penerbit Pustaka Pelajar
Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167
Telp. (0274) 381542, Faks. (0274) 383083
e-mail: pustakapelajar@yahoo.com
website: pustakapelajar.co.id

DR. dr. Hj. Andi Indahwaty Sidin, MHSM,
DR. Indrianty Sudirman, SE, M.Si.

BAGAIMANA IMPLEMENTASI AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT
PADA ERA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL



BAGAIMANA IMPLEMENTASI AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT PADA ERA SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

(APA – SIAPA YANG HARUS AKUNTABEL, DIMENSI DAN PENGUKURAN)

HOSPITAL

DR. dr. Hj. Andi Indahwaty Sidin, MHSM.
DR. Indrianty Sudirman, SE, M.Si.



PUSTAKA PELAJAR

**BAGAIMANA IMPLEMENTASI
AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT
PADA ERA
SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL
(APA - SIAPA YANG HARUS AKUNTABEL, DIMENSI DAN PENGUKURAN)**

Sanksi Pelanggaran Pasal 113
Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014
tentang Hak Cipta

- (1) Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus juta rupiah).
- (2) Setiap Orang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
- (3) Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
- (4) Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

DR. dr. Hj. Andi Indahwaty Sidin, MHSM
DR. Indrianty Sudirman, SE, M.Si

**BAGAIMANA IMPLEMENTASI
AKUNTABILITAS RUMAH SAKIT
PADA ERA
SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL**
(APA – SIAPA YANG HARUS AKUNTABEL, DIMENSI DAN PENGUKURAN)



PUSTAKA PELAJAR

**Bagaimana Implementasi Akuntabilitas Rumah Sakit
Pada Era Sistem Jaminan Sosial Nasional**

Penulis

DR. dr. Hj. Andi Indahwaty Sidin, MHSM
DR. Indrianty Sudirman, SE., M.Si.

Editor

Rifa'ah Mahmudah Bulu', S.KG., MARS
Indah Nur Insani Amir, S.KM.

Desain Sampul

Wisnu

Pemeriksa Aksara

Ratih Indriani

Penata Aksara

Adhanta Ivan A.

Cetakan I, Juli 2020

Penerbit :

PUSTAKA PELAJAR

Celeban Timur UH III/548 Yogyakarta 55167

Telp. (0274) 381542, Fax (0274) 383083

Email : pustakapelajar@yahoo.com

ISBN : 978-623-236-067-9

KATA PENGANTAR

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat karunia dan hidayah-Nya, sehingga penulis dapat menyelesaikan pembuatan buku yang berjudul “Bagaimana Implementasi Akuntabilitas Rumah Sakit Pada Era Sistem Jaminan Sosial Nasional (Apa-Siapa yang Harus Akuntabel, Dimensi & Pengukuran).

Era reformasi kesehatan ditandai dengan implementasi jaminan sosial nasional telah bergeser dari fokus pada kualitas dan pengendalian biaya terhadap isu-isu akuntabilitas. Untuk itu, perlu diketahui konsep daripada akuntabilitas itu terhadap reformasi sistem pelayanan kesehatan, aspek, dimensi serta pengukuran akuntabilitas terhadap implementasi penerapannya di rumah sakit.

Penulis menyadari sepenuhnya bahwa dalam pengungkapan, penyajian dan pemilihan kata-kata maupun pembahasan materi dalam buku ini masih jauh dari sempurna. Oleh sebab itu, dengan penuh kerendahan hati, penulis

membutuhkan saran, kritik dan segala bentuk pengarahannya yang bersifat membangun dari semua pihak.

Tak lupa pula penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku ini. Semoga Allah SWT berkenan membalas semua kebaikan Bapak/Ibu/Saudara/i, teman-teman serta keluarga tercinta. Harapan penulis, semoga buku ini dapat bermanfaat dan menjadi amal jariyah bagi semua pihak.

Makassar, Januari 2020

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR • v

DAFTAR ISI • vii

BAB I Akuntabilitas • 1

- A. Pendahuluan • 1
- B. Mengapa Akuntabilitas • 6

BAB II Konsep Akuntabilitas • 12

- A. Evolusi Perkembangan Teori dan Konsep Akuntabilitas • 21
- B. Pengertian Akuntabilitas dalam Berbagai Perspektif • 25
- C. Paradoks Akuntabilitas • 64

BAB III Reformasi Sistem Pelayanan Kesehatan • 66

- A. Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia • 66
- B. Isu-Isu Penting Reformasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia • 68
- C. Reformasi Perumhaskitan • 74

BAB IV Aspek dan Dimensi Pengukuran Akuntabilitas • 83

- A. Aspek Akuntabilitas • 83
- B. Siapa • 92
- C. Kepada Siapa • 97
- D. Dimensi-Dimensi Akuntabilitas • 98
- E. Model Pengukuran Akuntabilitas • 103
- F. Pengukuran Akuntabilitas • 132

BAB V Implementasi Akuntabilitas • 137

- A. Pentingnya Akuntabilitas di Sektor Kesehatan • 137
- B. Implementasi Akuntabilitas pada Berbagai Negara • 138
- C. Mekanisme Penerapan Akuntabilitas di Rumah Sakit • 142
- D. Pembelajaran Terpetik dari Penerapan Akuntabilitas dalam Rumah Sakit • 143

DAFTAR PUSTAKA • 145

BIODATA PENULIS • 166

BAB I

AKUNTABILITAS

A. Pendahuluan

Sistem reformasi kesehatan telah mulai sejak era 1990-an. Pada beberapa negara industri, reformasi ini terjadi karena empat faktor utama, pertama yaitu adanya tekanan untuk melakukan penghematan (*cost containment*) karena terjadinya peningkatan biaya kesehatan, kedua untuk menciptakan *value of money* karena peningkatan harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan. Faktor ketiga adalah pemerintah memiliki kapasitas yang terbatas untuk mem-biayai kesehatan dan terakhir karena adanya keraguan terhadap pengelolaan organisasi kesehatan saat itu yang tidak berhasil menyediakan pelayanan yang efektif dan efisien. Di Amerika latin, reformasi ini terjadi sebagai respons terhadap terjadinya krisis ekonomi yang terjadi pada tahun 1980-an, dan adanya proses politik seperti yang terjadi pada negara Soviet (Frenk 1994, Roberts, Hsiao et al. 2008).

Sedangkan pada tahun 1980-an di beberapa negara Eropa meninjau kembali sistem pelayanan kesehatan mereka, faktor utama peninjauan ini adalah karena adanya tantangan terhadap biaya, keluhan dari sistem birokrasi

serta keluhan konsumen terhadap perawatan yang diterima. Ketidakmampuan negara-negara Eropa untuk menahan biaya dalam batas yang dapat diterima, skeptisisme terkait ruang perencanaan dan kekakuan birokrasi, serta buruknya layanan kualitas adalah alasan reformasi pelayanan kesehatan di Eropa (Dekker, 1994). Sebagian besar negara eropa telah merespons dengan segala upaya untuk mengendalikan tekanan biaya, pada awal tahun 1980-an Eropa Barat telah berhasil melakukan pengendalian biaya berdasarkan penganggaran kesehatan tingkat makro untuk meningkatkan pendanaan pada masa transisi ekonomi. Karena adanya reformasi ini banyak negara di Eropa Barat meninjau kembali sistem pelayanan kesehatan mereka untuk mencari strategi alternatif dalam memberikan pelayanan yang efisien secara adil, sedangkan di Eropa bagian timur fenomena reformasi dipicu karena perubahan politik setelah jatuhnya sistem soviet di Rusia akhir tahun 1980-an. Di Eropa sendiri terdapat tiga kunci dimensi untuk menganalisis reformasi sektor kesehatan (1) Tekanan untuk reformasi, (2) Strategi intervensi kebijakan (3) Proses implementasi (WHO, 1996).

Menurut Bank Dunia di seluruh wilayah Eropa pengeluaran publik untuk kesehatan meningkat 8% ke 14 % PDB pada tahun 2000 ke 2013, sehingga perhatian utama pelayanan kesehatan di Eropa adalah menemukan cara untuk menyeimbangkan anggaran dan pengeluaran pada sektor kesehatan. Krisis keuangan ini disebabkan oleh tren yang saling berhubungan yaitu bertambahnya populasi dan peningkatan penyakit kronis, beban biaya itu diperburuk oleh kenaikan biaya teknologi medis. Beberapa negara

telah berusaha untuk memerangi dampak dari perlambatan keuangan global melalui reformasi ekstensif. Sistem kesehatan di Eropa yang menganut prinsip solidaritas, dengan prinsip resiko bersama. Namun kenyataannya kontribusi finansial diperlukan untuk perawatan kesehatan yang meningkat terus dan tidak menunjukkan tanda-tanda melambat (World Bank, 2011).

Berbeda dengan reformasi kesehatan yang terjadi di Australia. Sistem perawatan kesehatan di Australia tampak luar biasa berhasil memberikan hasil kesehatan yang baik dengan kontrol biaya yang masuk akal. Orang Australia menikmati pelayanan kesehatan yang baik dengan proposi domestik bruto tetap di negara OECD (*Organization for Economic Cooperation and Development*), pajak asuransi kesehatan telah stabil selama 3 dekade (Hall, 2015). Sistem kesehatan di Australia dikenal dengan *Australia medicare* yang didirikan pada 1984 setelah periode perubahan yang kacau. Pada 1974 pembiayaan perawatan kesehatan di Australia melalui asuransi swasta dengan subsidi Publik, kemudian pada tahun 1974-1976 melalui asuransi publik nasional yang dikenal dengan medibank, asuransi nasional (*Medicare* 1984-1996), asuransi kesehatan universal dengan swasta yang disubsidi publik (1996-2013). Pembiayaan nasional yang disubsidi asuransi swasta (2013-sekarang). *Australia medicare* telah stabil selama 3 dekade dengan pembiayaan swasta dan publik yang saling mempengaruhi, pembagian tanggung jawab antara federal dan pemerintahan (Hall, 2015).

Rumah sakit (RS) sebagai bagian dari sistem kesehatan juga mengalami perubahan dengan adanya reformasi sistem kesehatan. karena agenda reformasi kesehatan turut mempengaruhi pengelolaan RS seperti adanya agenda desentralisasi, *universal coverage insurance* dan agenda tentang peningkatan kinerja organisasi pelayanan masyarakat (Cassels 1995, Porter 2009, Selivanoff 2011).

Reformasi kesehatan adalah sesuatu dari hibrida, yang menentukan sentralisasi dengan mentransfer kepemilikan dari tingkat daerah ke pemerintah pusat dan desentralisasi dengan mengubah bentuk afiliasi rumah sakit dari milik publik badan administrasi ke perusahaan kesehatan. Reformasi memiliki dua wajah yaitu (1) mengatur kontrol pemerintah dan (2) yang mengatur lebih banyak pada otonomi sublevel perusahaan. Tujuan utama reformasi adalah untuk meningkatkan koordinasi dan pemanfaatan sumber daya secara efisien dan untuk memastikan pemerataan akses layanan kesehatan untuk warga di semua bagian negara. Reformasi harus meningkatkan kinerja seluruh sistem rumah sakit, mencari efisiensi yang lebih tepat, dan meningkatkan kualitas layanan yang lebih seragam (Laegreid, Opedal and Stigen, 2005).

Reformasi rumah sakit adalah reformasi yang masih baru dan sedang melewati fase yang ditandai dengan interpretasi dan penyesuaian antara aktor dalam kerangka kerja struktural baru, Aktor yang terlibat dapat mencakup berbagai kombinasi penyedia (publik dan swasta), pasien/penerima layanan, pembayar (termasuk perusahaan asuransi dan legislatif dan cabang eksekutif pemerintah) dan regulator

(pemerintah, profesional) yang terhubung dalam berbagai cara (Shortt and Macdonald 2002) (Laegreid, Opedal and Stigen, 2005).

Di Indonesia sendiri telah diterapkan regulasi untuk peningkatan kinerja organisasi pada rumah sakit dengan menetapkan bahwa RS harus berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) dan adanya regulasi untuk melakukan akreditasi berkala setiap tiga tahun dan RS yang telah mendapat izin operasional dan penetapan kelas dari pemerintah harus terakreditasi.

Selanjutnya, semakin meluasnya gerakan reformasi pelayanan kesehatan ini di seluruh dunia telah banyak merubah paradigma dan penekanan para akademisi, peneliti, maupun praktisi dalam memandang sistem pelayanan kesehatan. Jika pada era 1980an, perhatian berfokus pada kualitas dan pengendalian biaya, globalisasi pada pasar keuangan telah membatasi kemampuan pemerintah untuk meningkatkan sumber daya tambahan pada perpajakan atau pinjaman, dengan demikian pemerintah memfokuskan pikiran pada pengendalian biaya (Kirkpatrick, Dent and Jespersen, 2011). Biaya tersebut meningkat karena populasi yang menua dan teknologi berubah untuk memenuhi harapan, dan kebutuhan (Dent, 2003). Maka sejak 1990an akuntabilitas menjadi isu penting yang dianggap mampu mengkomodir berbagai perubahan dan tekanan dalam reformasi pelayan kesehatan (Gamm, 1996; Emanuel and Emanuel 1996a; Daniels and Sabin, 1998; Davidson, 1999; Lanier, Roland et al. 2003; Brinkerhoff 2004; Timmermans, 2005). Akuntabilitas adalah komponen kunci pada reformasi

pelayanan kesehatan (Deber, 2014). Bakalikwira (2017) mengatakan bahwa kebutuhan akan akuntabilitas dalam sistem pelayanan kesehatan adalah yang terpenting.

B. Mengapa Akuntabilitas

Era disruptif saat ini banyak dipengaruhi oleh digitalisasi yang sangat berkaitan erat dari akuntabilitas. Reformasi kesehatan yang tumbuh dari generasi 1.0 ke generasi *industry 4.0* dengan ciri reformasi kesehatan yaitu Smart Health Care dengan integrasi lintas unit, *paperless hospitals*, serta berbasis teknologi yang akan membantu pengambilan keputusan dan pembuatan kebijakan (Lahoux, 2006). Salah satu contoh perubahan tersebut pada teknologi medis dari *fase healthcare 2.0* dengan diperkenalkannya *imaging and tracking system*. Kemudian pada periode 2006-2015 muncul metode yang lebih efisien yaitu *electronic health records* (EHR) versi alternatif grafik pasien. Kemudian generasi *healthcare 4.0* yang menggunakan *fog computing technology* seperti manajemen, keamanan, skalabilitas, dan interoperabilitas (Kumari et al., 2018).

Digitalisasi telah merevolusi masyarakat dengan cara yang tidak dapat digambarkan pada abad ke-20 dan dapat berpotensi mengganggu layanan kesehatan dalam menangani masalah kualitas, biaya yang menjadi spiral, dan nilai penghargaan yang sudah lama ada. Ada banyak inovasi kesehatan digital yang menjanjikan, namun dengan adanya adopsi yang luas tapi akhirnya banyak intervensi kesehatan digital ditinggalkan ketika orang gagal menggunakannya.

Penggunaan aplikasi kesehatan menjadi berkembang dengan cepat sebagai salah satu dampak dari digitalisasi. Pada tahun 2018, sebesar 36% dari populasi dunia memiliki ponsel cerdas dibandingkan tahun 2011 sebesar 10%. Tingginya permintaan smartphone dan daya saing antara sistem operasi menyebabkan pengembangan penggunaan aplikasi kesehatan menjadi berkembang, akibat lebih dari 325.000 aplikasi yang berhubungan dengan kesehatan, ditujukan untuk pasien dan profesional kesehatan, diterbitkan untuk iOS® (Apple Inc.) dan Android® (Google) pada tahun 2017 (Skardziute, 2016). Alat media sosial, seperti Facebook®, Twitter®, dan WhatsApp®, juga dapat mempromosikan kesehatan dan memfasilitasi interaksi online antara pasien dan DPJP mereka, tetapi berdiri sendiri biasanya tidak dianggap sebagai mhealth (McCall and Cromwell, 2011). E-health menawarkan prospek untuk meningkatkan pemberian dan hasil layanan kesehatan, dan melibatkan pasien dalam perawatan dan manajemen penyakit mereka (Wildevuur and Simonse, 2015)

Contoh reformasi yang telah berjalan di Surabaya melalui layanan *e-health* yaitu suatu inovasi yang dikembangkan untuk memudahkan masyarakat dalam mempersingkat antrian baik itu di puskesmas maupun di rumah sakit. *E-health* menghilangkan sistem antrian secara fisik dan pasien mendapat kepastian waktu pelayanan dari manapun sejauh terdapat akses internet, selain itu sistem *e-health* ini terintegrasi dengan informasi kependudukan dan data pasien di kota Surabaya (Meyliano and Putra, 2018)

Proses digitalisasi ini menciptakan *artificial intelligence* dalam bidang kesehatan khususnya pelayanan rumah sakit. Akuntabilitas yang tinggi sangat dibutuhkan dalam pelayanan rumah sakit, karena aplikasi tersebut harus bisa memberi jaminan bagi pengguna layanan rumah sakit akan terpercayanya aplikasi tersebut. Pengguna aplikasi harus bisa terjamin terhadap aplikasi yang digunakan. Akuntabilitas adalah proses pelaporan yang melibatkan hubungan moral; siapa yang perlu tahu, apa saja yang perlu dilakukan dan untuk siapa pelaporan itu dilakukan (Hoeyer, Bauer and Pickersgill, 2019). Sehingga provider aplikasi harus menjabarkan prosedur yang digunakan kepada konsumen, dan menjelaskan apakah data yang ada di aplikasi tersebut dapat terjamin kerahasiaannya, sehingga pada saat konsumen ingin menggunakan aplikasi layanan kesehatan, konsumen harus diberikan kesempatan untuk memahami syarat dan ketentuan yang diberikan oleh provider.

Bell mengatakan bahwa akuntabilitas adalah sintesis antara kredibilitas dan reliabilitas baik dari profesional individu maupun institusi dan sistem pelayanan kesehatan (Bell, Delbanco and Anderson-shaw, 2011).

Implementasi akuntabilitas didorong oleh setidaknya enam faktor, sebagai berikut.

1. Eksisnya lembaga pembiayaan kesehatan di era reformasi kesehatan yang berperan mengendalikan penyelenggaraan kesehatan yang akuntabel bagi *multi stakeholders* seperti mengurangi kebutuhan pelayanan yang terdiri dari:

- a. layanan pencegahan,
- b. promosi kesehatan
- c. mengurangi kesalahan medis.

Selain itu pengendalian dapat dilakukan dengan memodifikasi permintaan konsumen (Daniels and Sabin 1998; Rowe 2006) (Ginsburg 2005).

2. Tekanan berbagai *stakeholder* terhadap rumah sakit (RS) untuk menyajikan pelayanan kesehatan yang lebih efektif, efisien dan berkeadilan (Davidson, 1999; Brinkerhoff, 2001; Brinkerhoff, 2003; Brinkerhoff, 2004). Efektif adalah perspektif populasi, atau tampilan tingkat makro, yang mempertimbangkan peran lingkungan fisik, sosial, dan ekonomi pada kesehatan. Sedangkan efisien adalah kombinasi antara logistik dan jasa walaupun diberikan dengan sumber daya dan teknologi yang terbatas tetapi memberikan kepuasan perawatan kesehatan yang dirasakan oleh pasien. Keadilan mengacu pada sejauh mana struktur dan proses (atau prosedur) mencapai hasil yang dinilai adil, berdasarkan norma-norma deliberatif, keadilan distributif, dan sosial.

Serta mencakup indikator keadilan yang terdiri dari:

- a. Partisipasi, batas pasien atau kelompok advokasi pasien yang terlibat atau mempengaruhi perawatan kesehatan yang diberikan,
- b. Kebebasan untuk memilih perawatan,
- c. *Cost effectiveness* pelayanan yang diterima dan seberapa puas pelayanan tersebut dirasakan oleh

pasien, keluarga serta bagian yang berhubungan pada pemberian pelayanan kesehatan,

- d. *Similiar-treatment* pada usia, jenis kelamin, ras, serta pendapatan (Lairson, 2014).
3. Pergeseran sosiodemografi membuat masyarakat semakin cerdas dan memiliki pengendalian yang tinggi untuk menentukan pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya (Buetow, 1998; Charles, Gafni et al., 1999; Frosch and Kaplan, 1999; Shiloh, Gerad et al. 2006).
4. Pertumbuhan industri rumah sakit yang berimplikasi pada semakin tingginya intensitas persaingan sehingga menuntut pelayanan kesehatan yang lebih transparan dan akuntabel (Daniels and Sabin, 1998; Brinkerhoff, 2003; Allsop, Jones et al., 2004; Willging, 2005; David. Hyman and Cannon, 2009; Stewart et.al dalam Freeman, McWilliam et al., 2009)).
5. Semakin besarnya tekanan terhadap institusi publik untuk menerapkan prinsip-prinsip penerapan tata kelola yang baik. Prinsip-prinsip penerapan tata kelola tersebut yaitu transparansi, akuntabilitas, independensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran (Eeckloo, Van Herck et.al, 2004).
Di Indonesia, kewajiban tersebut diatur dalam beberapa kebijakan antara lain:
 - a. UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang RS.
 - b. Peraturan Presiden RI No 77 Tahun 2015 Tentang Pedoman Organisasi Rumah Sakit.

- c. TAP MPR RI Nomor VI/MPR/2002 tentang Reformasi Birokrasi yang menekankan pada kultur birokrasi yang transparan, akuntabel, bersih dan bertanggungjawab, serta dapat menjadi pelayan masyarakat dan abdi negara.
 - d. Peraturan Pemerintah RI No 96 Tahun 2012 Tentang Pelaksanaan UU no 25 Tahun 2009 Tentang Pelayanan Publik.
 - e. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah
6. Era disruptif yang banyak dipengaruhi oleh digitalisasi yang sangat berkaitan erat dari akuntabilitas.

Berbagai penelitian sebelumnya telah mengembangkan konsep akuntabilitas bagi RS (Gamm 1996; 1996a; Emanuel 1996b; Pawlson and O'Kane 2002; Pawlson and O'Kane 2002; Lanier, Roland et al. 2003; Timmermans 2005; Willging 2005; Rowe 2006). Meskipun demikian, masih terdapat kesenjangan antara konsep akuntabilitas RS yang sesuai dengan tuntutan kekinian dengan konsep akuntabilitas yang telah dikaji sebelumnya. Berbagai faktor pemicu akuntabilitas sebagaimana dijelaskan di atas, belum terakomodir dengan konsep akuntabilitas yang dikembangkan selama ini. Hal ini akan berimplikasi pada penerapan dan penilaian akuntabilitas RS yang mampu memenuhi kepentingan *multiskateholder*.

BAB II

KONSEP AKUNTABILITAS

Kesenjangan konseptualisasi akuntabilitas terletak pada tiga hal. *Pertama*, perbedaan pengertian, konseptualisasi, dan dimensi akuntabilitas (Schedler 1999; Mulgan 2000; Bovens. M 2005). Biela dan Papadopolous (2010) menegaskan hal tersebut dengan menyatakan bahwa hingga saat ini belum ada persetujuan tentang konsep yang jelas mengenai akuntabilitas RS. Tabel di bawah ini menjelaskan beberapa definisi yang dikembangkan oleh para ahli/peneliti.

Tabel 1. Rangkuman Definisi Akuntabilitas dari Para Ahli/ Peneliti

No.	Tokoh	Definisi
1	Friedrich, 1940	Akuntabilitas adalah tanggung jawab
2	Day & Klein, 1987	Hubungan antara individu, mengandalkan kesepakatan antara apa yang dilakukan dan apa yang dikatakan
3	Finer, 1941	Akuntabilitas adalah tanggung jawab
4	Dwivedi & Jabra, 1989	Akuntabilitas–kemampuan untuk menginformasikan atau menjelaskan alasan suatu tindakan

5	Sinclair, 1995	Akuntabilitas mensyaratkan adanya hubungan dimana orang diminta untuk menjelaskan dan bertanggungjawab atas tindakan mereka: "pemberian dan menuntut alasan untuk melakukan".
6	Emanuel & Emanuel (1996)	Akuntabilitas memerlukan prosedur dan proses yang satu pihak membenarkan dan bertanggung jawab atas kegiatan-kegiatannya
7	Gamm, 1996	Akuntabilitas adalah sebuah proses dimana Pemimpin organisasi mencapai tujuan efisiensi, kualitas dan akses untuk memenuhi harapan dan ketertarikan masyarakat (<i>significant public</i>)
8	Schedler, 1999	Akuntabilitas politik membawa dua konotasi dasar: <i>answerability</i> , yaitu kewajiban pejabat publik untuk menginformasikan dan menjelaskan tentang apa yang mereka lakukan, dan penegakan, kapasitas lembaga untuk menjatuhkan sanksi kepada pemegang kekuasaan yang telah melanggar tugas public mereka
9	Mulgan, 2000	Proses menjadi kontrol antara warga & publik
10	Bovens, 2010	Akuntabilitas merupakan hubungan antara seorang aktor dan forum, di mana aktor memiliki kewajiban untuk menjelaskan dan membenarkan perilakunya, forum dapat mengajukan pertanyaan dan memberikan penilaian, dan actor mungkin menghadapi konsekuensi
11	Brinkerhoff, 2003	Akuntabilitas dalam hal kemampuan untuk menjelaskan tindakan yang dilakukan dan sanksi
12	Romzek And Dubnick, 1987	Akuntabilitas adalah hubungan di mana seorang individu atau lembaga diharuskan menjawab kinerja yang merupakan pendelegasian wewenang untuk melakukan tindakan
13	O'Connell, 2005	Akuntabilitas adalah kualitas tinggi tetapi biaya rendah (melakukan cara yang sopan)

14	Koppell, 2005	Akuntabilitas adalah transparansi, kewajiban, pengendalian, tanggung jawab, dan responsif
15	Blagescu, 2005	Akuntabilitas adalah melibatkan dan menjadi <i>responsive</i> terhadap <i>stakeholder</i> dengan mempertimbangkan kebutuhan mereka dan memberikan pandangan dan penjelasan dalam pengambilan keputusan secara terbuka
16	Lloyd, 2007	Akuntabilitas memiliki dimensi inti: transparansi, partisipasi, evaluasi, dan keluhan
17	Behn, 2001	Akuntabilitas fokus pada tiga wilayah yaitu keuangan, kejujuran, dan kinerja
18	Dubnick, 2005	Akuntabilitas disamakan dengan tanggung jawab, kemampuan menjelaskan tindakan, dan respons

Sumber : Kajian Pustaka

Lebih jauh Biela dan Papadopolous (2010) menjelaskan bahwa akuntabilitas seyogianya meliputi akuntabilitas vertikal, horizontal, dan diagonal. Pengayaan orientasi akuntabilitas ini berangkat dari pemikiran akan keragaman sifat organisasi, di mana ada organisasi yang dibentuk oleh keputusan politik dan ada juga yang bersifat independen. Demikian halnya dengan organisasi RS, yang terdiri atas RS pemerintah dan swasta. Di Indonesia RS pemerintah mewujudkan akuntabilitasnya melalui Laporan Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah (LAKIP) dan laporan lain yang bersifat vertikal. Sedangkan RS swasta melaporkan tindakannya kepada yayasan/pemilik Dengan adanya alat pemetaan akuntabilitas maka akan lebih mudah untuk mengidentifikasi keterkaitan antara pelaku sektor kesehatan, membantu menghasilkan perspektif mengenai seluruh

sistem reformasi kesehatan yang dapat meningkatkan kinerja dan kontribusi yang berkelanjutan (Brinkerhoff, 2003). Hal ini berimplikasi pada dibutuhkannya akuntabilitas diagonal dan horizontal, selain akuntabilitas vertikal.

Konsep akuntabilitas yang bersifat vertikal adalah sebagaimana yang ditulis oleh Day and Klein (1987); Koppel (2005); Bovens (2005; 2007) mendefinisikan akuntabilitas sebagai kemampuan untuk menjelaskan tindakan yang menjadi tugas dan kewajiban kepada otoritas yang memberi mandat. Namun, definisi ini dianggap tradisional karena hanya menjelaskan perilaku atau kinerja organisasi secara legal dan administratif dan belum mempertimbangkan peranan organisasi pemerintah terhadap masyarakat (Jessop, 2000; Erkkila, 2007). Akuntabilitas vertikal umumnya dilaksanakan kepada pemerintah, parlemen (berlaku untuk pemerintahan sistem parlementer di mana pejabat organisasi dipilih oleh parlemen), dan pengadilan. Dimensi akuntabilitas vertikal yang telah dikembangkan meliputi kinerja dan administrasi organisasi. Sejauh pengetahuan peneliti, akuntabilitas RS di Indonesia hanya dilaksanakan secara vertikal. Hal ini terindikasi dari kewajiban pelaporan RS yang hanya ditujukan pada pemilik.

Namun, dalam perkembangannya akuntabilitas vertikal dianggap hanya berfokus pada kekuasaan (Jessop, 2000). Oleh karena itu, pada dua dekade terakhir ini konsep akuntabilitas sudah mencakup aspek vertikal dan horizontal. Beberapa penulis yang telah berkontribusi terhadap akuntabilitas vertikal dan horizontal antara lain Sinclair (1995); Gamm (1996); Lloyd, (2006); Bovens, (2010). Sinclair

(1995) mengatakan akuntabilitas adalah cara pimpinan menyusun pemahaman mengenai pekerjaan mereka sehingga timbul rasa tanggung jawab kepada diri sendiri, pemerintah, masyarakat, dan ombuds (Sinclair, 1995). Gamm (1996), mendefinisikan akuntabilitas sebagai proses pimpinan pelayanan kesehatan mengejar tujuan efisiensi, kualitas dan akses untuk memenuhi kepentingan dan harapan publik. Akuntabilitas adalah hubungan kontrol, pemantauan antara atasan atau konstituensi publik dan pembuat kebijakan sehingga pemimpin organisasi cenderung bertanggung-jawab terhadap organisasi. Empat dimensi akuntabilitas yaitu *clinical/patient accountability*, *community accountability*, *commercial accountability* dan *political accountability* yang saling terkait dan terangkum menjadi akuntabilitas vertikal dan horizontal akan menjadi bagian utama dari visi, panduan untuk strategi dan dukungan berkelanjutan untuk pengembangan organisasi yang profesional (Gamm, 1996). Boven (2010) mengatakan akuntabilitas sebagai suatu mekanisme yang bertanggung jawab atas pencapaian pemerintah, sebagai aturan yang memastikan agar pejabat tetap berada di jalur yang baik dan sebagai mekanisme yang dapat melayani tujuan yang lebih spesifik. Sebagai elemen visi dimensi akuntabilitas mencakup nilai-nilai dan prinsip-prinsip dasar yang dapat berfungsi memperjelas tujuan, yang masing-masing dimensi lebih jelas dan simultan sehingga dapat membantu eksekutif, dewan dan profesional klinis memeriksa kembali individu. Mekanisme akuntabilitas sebagai alat yang mendorong refleksi dan pembelajaran sebagai mekanisme umpan balik yang dapat

dibuat dan disimpan pemerintah, lembaga dan pejabat dalam melaksanakan tugas dan janjinya, karena tanpa akuntabilitas maka tidak ada yang bertanggung jawab atas pekerjaan pemerintah. Dengan akuntabilitas menjaga aktor publik di jalan yang baik dan benar (Bovens, 2010).

Selain itu, terdapat juga sebagian penulis yang hanya mengkonseptualisasikan akuntabilitas secara horizontal tanpa mempertimbangkan unsur vertikal sama sekali, diantaranya adalah Danielle and Sabin (1998) dan O'Donnell (1998).

Perbedaan antara akuntabilitas horizontal dengan vertikal adalah adanya hubungan setara antara para pihak yang terlibat untuk terikat atau tidak terikat dalam suatu perjanjian. Akuntabilitas horizontal dilakukan terhadap peer dan entitas setara lainnya (Bovens, 2005). Dimensi akuntabilitas horizontal meliputi indikator kinerja fungsional organisasi, nilai ekonomis yang dihasilkan, besaran dan jenis biaya, kualitas, dan, muatan pelayanan publik (Blagescu and Lloyd 2009; Biela and Papadopoulos, 2010). Pada dasarnya, akuntabilitas vertikal di Indonesia telah diatur dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah. Namun, sejauh ini belum ada mekanisme serta implementasi akuntabilitas secara horizontal.

Konsep akuntabilitas diagonal dikemukakan oleh Jan Biela and Jan Papadopoulos (2010) dan Dwivedi and Jabbra (1989). Konsep ini dijabarkan dari konsep yang dikembangkan Bovens (2007) mengenai hubungan *dyadic* antara organisasi dengan kepada siapa akuntabilitas

harus dilakukan. Kompilasi dari konsep Boven, Mulgan, Sinclair, O'Donnel, Daniel and Sabin menjelaskan bahwa akuntabilitas dilakukan terhadap pemerintah, parlemen, komite, pengadilan, ombudsman, kelompok *stakeholder*, Peers menjelaskan perlunya dilakukan akuntabilitas secara diagonal. Tidak semua organisasi merupakan bagian dari hirarki kekuasaan, namun dalam operasionalnya tetap sulit dipisahkan dari politik dan tekanan sosial (Hughes, Mears et al. 1997); Sebagai tambahan terhadap konsep, dimensi, dan pengukuran akuntabilitas yang ada maka dikembangkan konsep akuntabilitas diagonal yang bertanggung gugat terhadap sebuah lembaga independen. Dimensi akuntabilitas diagonal meliputi penyajian informasi, kapabilitas penyelenggaraan organisasi, dan kemungkinan pemberian sanksi (Biela and Papadopoulos, 2010).

Akuntabilitas diagonal telah diimplementasikan oleh RS di Indonesia dalam bentuk akreditasi RS yang dilakukan oleh Komite Akreditasi RS (KARS). Dimensi-dimensi yang dinilai masih terbatas pada dimensi administratif pada enam belas pelayanan RS (rawat inap, rawat jalan, unit gawat darurat, laboratorium, farmasi, radiologi, gizi dan lain-lain). Sejak tahun 2011, dimensi yang dinilai telah berkembang dengan menambahkan dimensi input dan proses meliputi proses yang berfokus pada *patient safety (continuum of care)*, kualitas pendidikan staff, sistem manajemen fasilitas, pendidikan pasien, tata kelola, kepemimpinan dan pengarahannya, pencegahan dan pengendalian infeksi, peningkatan mutu dan keselamatan pasien, penilaian pasien dan hak

pasien serta keluarganya). Ditinjau dari perspektif sistem (Von Bertalanffy, 1950; Donabedian, 1978) dan hirarki logic kinerja ((Wholey 1983; McLaughlin and Jordan 1999), maka dimensi akuntabilitas seyogianya meliputi input, proses, output, *outcomes* dimana akreditasi RS belum meliputi seluruh aspek tersebut.

Kesenjangan secara teori dan empirik yang kedua terletak pada ketepatan konseptualisasi dan dimensi akuntabilitas pada konteks RS. Sebagian besar konsep akuntabilitas yang telah dikembangkan lebih ditujukan untuk pelayanan kesehatan secara umum (Emanuel and Emanuel, 1996a; Emanuel, 1996b; Willging, 2005; Rowe, 2006; Nunes, Rego et al. 2009). Dimensi akuntabilitas yang dikembangkan Emanuel and Emanuel (1996) meliputi kompetensi profesional, hukum dan kode etik, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan masyarakat, dan manfaat bagi komunitas. Dimensi ini sebagian sulit terefleksikan dari aktivitas inti RS. Di sisi lain, beberapa aktivitas inti di RS seperti pelayanan tidak terliput di dalam konsep tersebut.

Ketiga komprehensivitas konsep dan pengukuran akuntabilitas RS. Selama ini, pengembangan konsep akuntabilitas yang spesifik untuk RS lebih berfokus pada akuntabilitas profesi dokter (Gamm 1996; Pawlson and O'Kane 2002; Lanier, Roland et al. 2003; Timmermans 2005; Rowe 2006; Freeman, McWilliam et al., 2009). Di sisi lain, RS adalah institusi pelayanan yang diselenggarakan oleh multiprofesi sehingga membutuhkan kajian yang lebih komprehensif (Shortell and Kaluzny, 2000; Brinkerhoff, 2003). Selain itu, pertumbuhan industri rumah sakit yang melibat-

kan multi *stakeholders* sehingga memerlukan keselarasan antara manajemen dan profesional (Eeckloo, Van Herck et al. 2004).

Sintesa dari berbagai pemikiran tersebut di atas dapat diklasifikasi ke dalam tiga aspek penting akuntabilitas yaitu apa, kepada siapa, dan bagaimana akuntabilitas seyogianya dilaksanakan. Akuntabilitas dapat dipahami sebagai sebuah kewajiban dan metode untuk mempertanggung gugatkan apa yang dilakukan dengan wewenang dan sumber daya yang didelegasikan, proses pengambilan keputusan serta implementasi yang efektif dan efisien, serta hasil yang diperoleh diukur dari nilai ekonomis yang dihasilkan. Selanjutnya, akuntabilitas perlu dilaksanakan tidak hanya kepada pemilik, tetapi kepada seluruh *stakeholder* termasuk masyarakat. Dimensi penilaian akuntabilitas RS bersifat komprehensif meliputi manajerial, profesional, manfaat bagi masyarakat, hukum dan kode etik kesehatan, dan kinerja keuangan dan non keuangan.

Kondisi empirik menunjukkan bahwa RS di Indonesia belum memiliki konsep dan pengukuran akuntabilitas yang adaptif dengan perubahan di era reformasi kesehatan. Pengertian akuntabilitas yang dianut masih rancu dengan akuntabilitas organisasi publik pada umumnya dan belum mengintegrasikan secara spesifik sifat dan karakteristik unik konteks pengelolaan RS yang mutakhir. Selain itu belum dikembangkan mekanisme dan dimensi penilaian akuntabilitas RS yang komprehensif untuk memenuhi kepentingan *multistakeholder*. Padahal, pemerintah perlu mengendalikan proses penyelenggaraan pelayanan ke-

sehatan di RS sehingga mampu menggambarkan integritas dan legitimasi RS dalam menjalankan tata kelola yang baik. RS yang akuntabel dapat menyajikan pelayanan kesehatan yang efektif, efisien, dan berkeadilan.

A. Evolusi Perkembangan Teori dan Konsep

Akuntabilitas

Menurut Grey and Jenkins (1993), konsep akuntabilitas sebenarnya telah mulai dikenal sejak pemerintahan raja Hammurabi di kerajaan Babilonia pada tahun 2000 SM. Raja Hammurabi harus memberikan perhatian terhadap kesepakatan-kesepakatan yang dibuat dengan pihak yang mendelegasikan sumber daya untuk dikelolanya (Bird, 1973 dalam Grey and Jenkins, 1993). Berdasarkan hikayat ini diperoleh gambaran bahwa akuntabilitas telah eksis sejak peradaban manusia mulai dikenal.

Sejarah akuntabilitas dalam buku teks dapat ditelusuri dari perspektif konstitusional yang berawal di Inggris pada masa pemerintahan Williams I. Raja William ingin selalu mengetahui seluruh harta kekayaan yang berada pada kekuasaannya, sehingga secara berkala dilakukan audit harta yang dikenal dengan Domesday Book (Bovens, 2005). Pada saat itu akuntabilitas lebih berfokus terhadap penataan institusi dibandingkan dengan penataan hubungan (Grey and Jenkins, 1993).

Teori akuntabilitas berkembang mengikuti pergeseran paradigma ilmu administrasi dari Old Public Management 1900-1970 ke *New Public Management* 1980-2000 dan sekarang pada era *New Public Governance* yang dimulai

pada awal tahun 2000an (Osborne, 2010), sehingga teori akuntabilitas bergeser dari konsep *responsibility*, ke konsep ekonomi kemudian menjadi konsep demokratik yang melihat akuntabilitas adalah suatu mekanisme sosial dimana terjadi proses kontrol, *dialoge*, *responsive* dan transparansi yang dilakukan sebuah organisasi agar organisasi tersebut dapat berjalan secara efektif, efisien dalam mengelola pemerintahan. Selain pada era 1997 an berkembang juga suatu paradigma yang menekankan pada pengendalian external yaitu *New Public Services* (Denhardt and Denhardt, 2007).

Kajian-kajian akuntabilitas mulai dikaji secara sistematis pada era, Old Public Administration (OPA) di tahun 1940. Pustaka yang berhasil ditelusuri pada tahun tersebut adalah Friedrich (1940) dalam Denhardt and Denhardt (2007) yang mendefinisikan akuntabilitas sebagai bentuk tanggungjawab seseorang untuk melaksanakan tugas sesuai dengan standar, aturan dan prosedur dan norma. Pada era tersebut aspek masyarakat belum dipertimbangkan. Akuntabilitas lebih dipandang sebagai moral untuk bertanggungjawab secara administratif.

Finer, (1941) dalam Denhardt and Denhardt (2007) pada dasarnya setuju dengan Friedrich, (1940) yang menyatakan bahwa akuntabilitas adalah tanggungjawab. Namun, Finer menekankan bahwa dalam demokrasi, akuntabilitas terbaik dapat dicapai melalui pengendalian eksternal. Pengelola organisasi adalah pejabat resmi yang ditunjuk. Oleh karenanya harus bertanggungjawab terhadap masyarakat.

Selanjutnya pada era *New Public Management*, pengelolaan organisasi ditekankan pada aspek pasar, sehingga yang dibutuhkan adalah memuaskan konsumen langsung dari pelayanan pemerintah dan menyediakan pelayanan yang *cost effective*. Oleh karena itu, akuntabilitas diartikan sebagai segala sesuatu yang mendukung penyediaan pelayanan yang memuaskan masyarakat dan bersifat *cost effective* (Denhardt and Denhardt, 2007). Hughes (1994) menyatakan bahwa akuntabilitas dalam demokrasi berfokus kepada bagaimana hubungan pemerintah dengan masyarakat, sehingga akuntabilitas dapat dimaknai sebagai daya tanggap terhadap kebutuhan masyarakat. Menurut Vigoda (Phenomenon, 2002), konsep akuntabilitas pada era ini berfokus pada orientasi hasil, dan masyarakat memiliki peranan untuk dapat mengkritik hasil kinerja organisasi. Konsep ini mengacu pada hubungan *agent-principala*. Day and Klein (1987) dan Romzek and Dubnick (2000), Barberis (1998); Daniels and Sabin 1998) mendefinisikan akuntabilitas sebagai kemampuan institusi untuk menginformasikan kinerjanya kepada masyarakat.

Sejalan dengan perkembangan ilmu administrasi publik menjadi *New Public Management*, maka konsep akuntabilitas dapat dikaji menggunakan kembali perspektif ekonomi. Berdasarkan perspektif ini maka beberapa peneliti mengkaji tentang akuntabilitas menggunakan perspektif ekonomi dan manajerial. Sinclair (1995) menyatakan bahwa untuk meningkatkan akuntabilitas diperlukan kontrol manajerial. Sejalan dengan pernyataan Gray and Jenkins (1993), Bovens.M (2005) bahwa akuntabilitas berkembang menjadi audit administrasi/ manajerial.

Dibawah ini dijelaskan perbedaan ide akuntabilitas berdasarkan era Old Public Administration, *New Public Management*, dan *New Public Services* (Denhardt and Denhardt, 2007). Berikut matriks perbedaan definisi akuntabilitas menurut ketiga era tersebut diatas.

**Tabel 2. Matriks Perbedaan Definisi Akuntabilitas
Menurut era OPA, NPM dan NPS**

<i>Old Public Administration</i>	<i>New Public Management</i>	<i>New Public Service</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Tanggung jawab terhadap anggota partai politik 	<ul style="list-style-type: none"> • Peranan Kewirausahaan • Efisiensi • Efektivitas Biaya • Tanggapan terhadap tekanan pasar 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontrol Eksternal • Standar Profesi • Citizens Preference • Moral Issue • Hukum Masyarakat • Public Interest

Sumber: Denhardt & Denhardt, 2007

Skema di bawah ini memperlihatkan perbedaan hubungan akuntabilitas pada era OPA dan NPM berdasarkan tipe akuntabilitas.

**Tabel 3. Pure Public Administration dan
Pola Akuntabilitas Menurut NPM**

No.	Tipe Akuntabilitas	Hubungan Akuntabilitas	Peran di Administrasi Umum	Peran di NPM
1.	Hierarki	Unggul/ bawahan, pengawasan	Maksimal	Minimal
2.	Ahli	Menghormati Keahlian	Minimal	Proses Maksimal
3.	Politik	Legislatif ke atas tanggap terhadap pelanggan: Kompetisi dan nada peluang menurun bagi masyarakat setempat	Minimal	Maksimal
4.	Hukum	Anggota parlemen/ pelaksana hukum prinsip/agen gadai	Proses Maksimal Hasil Minimal	Proses Minimal Hasil Maksimal

B. Pengertian Akuntabilitas dalam Berbagai Perspektif

Akuntabilitas merupakan sebuah istilah yang berkembang di Industri perumahan sejalan dengan berkembangnya konsep *good corporate governance*. Akuntabilitas memiliki pengertian yang berbeda-beda namun pengertian secara umum adalah mekanisme mempertanggungjawabkan tindakan orang/institusi. Dari beberapa literatur yang mengkaji akuntabilitas, sebagian besar mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu proses dan prosedur per-

tanggung-gugatan terhadap suatu tindakan (Emanuel, 1996a). Sejalan dengan Gamm (1996) bahwa akuntabilitas adalah sebuah proses yang dilakukan oleh pemimpin organisasi untuk mencapai tujuan efisiensi, kualitas, dan akses dalam rangka memenuhi harapan masyarakat. Brinkerhoff (2004) mendefinisikan akuntabilitas dengan merujuk definisi Schedler bahwa akuntabilitas adalah tentang *answerability* dan kemungkinan sanksi. Definisi ini menjelaskan pengertian *answerability* adalah kemampuan institusi/organisasi untuk menginformasikan dan menjelaskan alasan suatu tindakan, serta kemampuan pihak yang mengaudit untuk memberikan sanksi terhadap organisasi publik yang tidak melaksanakan tugas pelayanan masyarakat dengan baik.

Berbeda dengan Jabbra dan Dwivedi (1989), keduanya mengkaji akuntabilitas dari aspek kebijakan publik sehingga akuntabilitas diartikan sebagai sesuatu yang dapat dijawab (*answerability*). Artinya bahwa kebijakan yang dikeluarkan oleh pemerintah harus dapat dijelaskan mengapa kebijakan tersebut dikeluarkan. Dari konsep tersebut, maka akuntabilitas dibagi menjadi empat dimensi yaitu organisasi/administrasi, legal, professional, dan politik dalam hal profesional.

Kedua ahli tersebut menekankan bahwa terdapat masalah mengenai akuntabilitas profesi karena sering tidak sejalan antara kode etik profesi dengan kepentingan masyarakat, sehingga harus ditentukan antara tanggung jawab profesi dan akuntabilitas terhadap masyarakat. Berbeda dengan Sinclair (1995) yang mengkaji akuntabilitas dengan menggunakan sudut pandang manajemen, bahwa

untuk meningkatkan akuntabilitas dibutuhkan kontrol manajemen. Sinclair mengajukan beberapa dimensi akuntabilitas yaitu akuntabilitas profesi, politik, publik dan manajerial. Akuntabilitas politik diartikan sebagai tanggung jawab pegawai pemerintahan terhadap parlement. Bentuk tanggungjawab ini sesuai diaplikasikan pada negara parlemen, karena pegawai publik diangkat oleh parlement (Day and Klein, 1987; Sinclair, 1995; Gamm 1996; Mulgan, 2000; Brinkerhoff, 2004; Dansky and Gamm, 2004; Bovens.M, 2005).

Terdapat banyak definisi akuntabilitas, namun definisi yang paling sering digunakan adalah definisi yang dikembangkan oleh Mulgan et.al (2000), Schedler dan Boven (2005). Pengertian akuntabilitas sinonim dengan Transparansi, *Equity*, Demokrasi, Efisiensi dan *Integrity* (Brinkerhoff 2004; Blagescu. M, Casas. L et al. 2005; Bovens. M 2005). Menurut Mulgan et.al (2000) bahwa pengertian akuntabilitas adalah suatu konsep yang terus berkembang dan tergantung perspektif yang digunakan. Sedangkan Schedler, (1999) menjelaskan bahwa akuntabilitas adalah kewajiban institusi pemerintah untuk menginformasikan tentang apa yang telah dilaksanakan dan menekankan kapasitas agen yang menilai untuk memberikan sanksi terhadap institusi yang menyalahi wewenangnya dalam pelayanan masyarakat.

Day and Klein (1987) menggunakan perspektif politik dan ekonomi untuk mengkaji akuntabilitas sehingga keduanya membagi dimensi akuntabilitas menjadi dua yaitu akuntabilitas politik dan akuntabilitas keuangan. Akuntabilitas menurut perspektif politik jika agen yang

sedang berkuasa dapat memberikan alasan rasional terhadap tindakan mereka dan menurut perspektif ekonomi bahwa setiap orang ingin mendapatkan nilai lebih dari uang yang akan dibelanjakan sehingga membutuhkan akuntabilitas keuangan.

Akuntabilitas itu sendiri adalah masalah kompleks yang memiliki banyak interpretasi dan klasifikasi. Hal ini dapat dibagi menjadi akuntabilitas keatas dan kebawah. Dikatakan keatas apabila akuntabilitas mengacu pada penyandang dana, donor, pelanggan, dewan dan pemerintah. Sedangkan kebawah, apabila mengacu pada klien. Kearn (1996), membagi akuntabilitas menjadi, akuntabilitas kedalam yang disebut sebagai akuntabilitas horisontal, termasuk pertanggung jawaban terhadap misinya, staff, relawan dan dewan, terutama oleh para pembuat keputusan. Untuk akuntabilitas keluar, mengacu pada publik dan kepercayaan sebagai sinyal dari umpan balik. Akuntabilitas terletak pada inti pemerintahan negara dengan tujuan untuk memastikan bahwa sumber daya keuangan dan penggunaannya akan memenuhi kebutuhan warga negara (Ma and Hou, 2009).

Han and Hong (2016) mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu struktur atau pengaturan kelembagaan suatu birokrat yang bertanggungjawab atas peran mereka dalam proses pembuatan kebijakan. Akuntabilitas dalam psikologi sosial, diartikan sebagai harapan implisit atau eksplisit bahwa seseorang dapat dipanggil untuk membenarkan kepercayaan, perasaan dan tindakan kepada orang lain. Akuntabilitas dimanifestasikan dalam hubungan antara organisasi dan individu. Akuntabilitas dapat meningkatkan

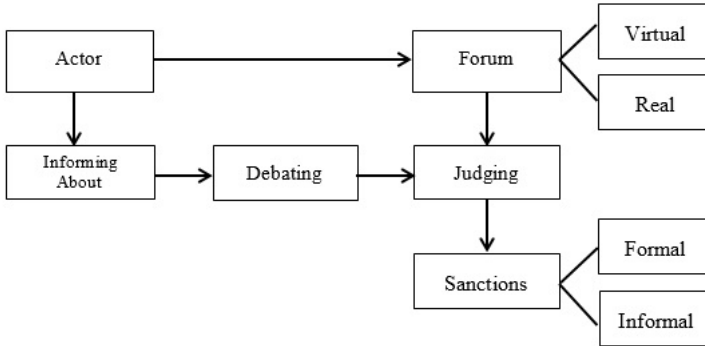
kinerja individual dalam konteks khusus, misalnya tugas dalam organisasi nirlaba atau akurasi penilaian kinerja.

Adanya beberapa definisi ini, sehingga penulis juga melakukan penelitian kualitatif untuk mengeksplorasi definisi akuntabilitas dari berbagai informasi dan disimpulkan bahwa pengertian akuntabilitas berhubungan dengan kata tanggung jawab. Bentuk pertanggung jawaban yang dimaksud adalah sebuah tindakan yang direncanakan yang akan diberikan kepada pihak konsumen dan pihak-pihak yang berkepentingan yaitu *stakeholder* yang harus memenuhi unsur keterbukaan (*transparancy*), mutu (*quality*), pemerataan (*equity*) dan keselamatan (*safety*). Penelitian sebelumnya telah mengembangkan konsep akuntabilitas RS, namun masih terdapat kesenjangan dengan tuntutan saat ini. Untuk itu, pengembangan dimensi akuntabilitas yang dilakukan peneliti dengan studi eksploratif, menggunakan pendekatan kualitatif dan kajian pustaka. Hal ini dilakukan untuk menggali ide dan pandangan para ahli manajemen perumahsakitian tentang dimensi dan indikator akuntabilitas RS.

Bovens (2005) mengkaji akuntabilitas dari perspektif tata kelola pemerintahan sehingga akuntabilitas dapat diartikan sebagai suatu mekanisme sosial dapat juga sebagai sebuah kebaikan *virtue* sebagai suatu standar yang digunakan untuk menilai perilaku pegawai pemerintahan. Menurut Boven, akuntabilitas adalah pemberian informasi aktivitas sebuah organisasi/*agent* kepada masyarakat dan terbuka kesempatan bagi masyarakat untuk menilai serta mempertanyakan data/informasi tersebut. Proses ini dapat dilakukan secara formal maupun informal.

Proses tersebut digambarkan sebagai berikut:

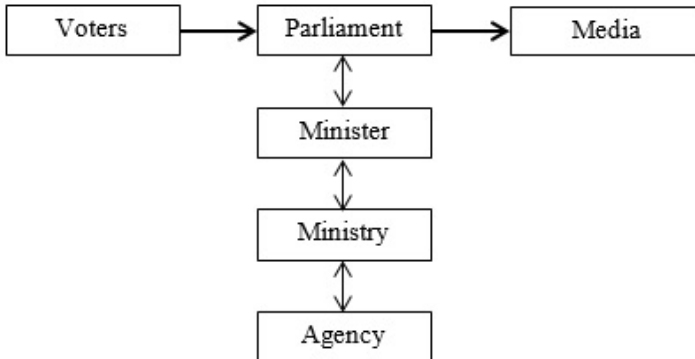
Gambar 4: Proses Akuntabilitas (Bovens 2010)



Selanjutnya, Boven membagi dua akuntabilitas berdasarkan kepada siapa informasi tersebut diberikan yaitu horizontal dan vertikal:

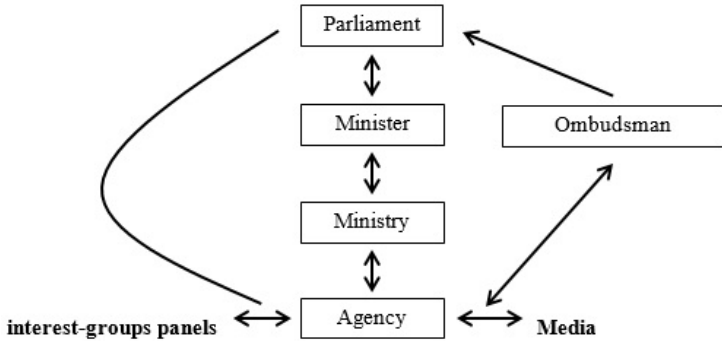
Gambar 5: Akuntabilitas Vertikal, (Bovens 2010)

Vertical Accountability



Gambar 6. Akuntabilitas Horisontal, (Bovens 2010)

Horizontal Accountability



Gambar ini menjelaskan bagaimana hubungan antara aktor sebagai organisasi yang harus mempertanggungjawabkan kinerjanya terhadap forum sebagai pemerintah yang harus menilai kinerja aktor. Dalam hubungan ini terdapat penilaian dan sanksi (Bovens.M 2005).

Pengertian akuntabilitas sangat berhubungan dengan kata tanggung jawab dan transparansi. Untuk tanggung jawab terdiri dari unsur moral, kewajiban, dan *bounded rational decision*. Sedangkan untuk transparansi terdiri dari unsur *visibility*, dapat dimengerti, dan utilisasi.

1. Tanggung Jawab

Hal ini sejalan dengan beberapa peneliti terdahulu antara lain Jabbra and Dwivedi (1989) yang mengkaji pengertian akuntabilitas yang tetap harus mempertimbangkan unsur lain seperti kemampuan untuk menjawab (*answerability*), sejalan dengan Sinclair (1995; Schillemans 2008) dan Scheduler (1999) yang me-nyatakan

bahwa akuntabilitas merupakan hubungan dua pihak yang di dalamnya terdapat tanggung jawab (*responsibility*) untuk menjelaskan (*answerability*).

Istilah akuntabilitas adalah istilah yang dikenal dalam pengelolaan pemerintahan yang modern. Dalam pengertian akuntabilitas sebenarnya sangat luas. Meski istilah ini awalnya sangat berhubungan erat dengan istilah accounting dalam keuangan namun dalam perkembangannya menjadi istilah yang lebih luas. Beberapa expert telah mendefinisikan akuntabilitas sebagai tanggung jawab. Pertama, Friedrich (1940) mendefinisikan akuntabilitas sebagai suatu tanggungjawab. Akuntabilitas profesi dijelaskan bahwa bagaimana para profesional bertanggungjawab untuk melaksanakan tugas dan fungsi sesuai standar profesi yang ditetapkan. Definisi ini masih belum mempertimbangkan peranan masyarakat yang memiliki kontrol terhadap profesi, dimana masyarakat adalah penerima dampak dari tugas profesi tersebut. Sehingga dalam hal pelaksanaan tanggung jawab, RS bertanggungjawab menyediakan pelayanan yang berkualitas kepada para *stakeholder*.

Selanjutnya, Finer (1941) mendefinisikan akuntabilitas sebagai tanggung jawab dengan mempertimbangkan kendali eksternal. Menurut Finer (1941) seorang professional cenderung tidak dapat memutuskan apa yang tepat untuk masyarakat umum, karena mereka lebih cenderung mengacu pada kode etik profesi mereka, yang dapat saja tidak sejalan dengan kepentingan masyarakat. Sehingga perlu kendali eksternal untuk melihat suatu tindakan dapat dipertanggung jawabkan atau tidak.

Definisi lain dikembangkan oleh Day and Klein (1987) bahwa akuntabilitas merupakan perjanjian antara dua individu terhadap hasil sebuah kinerja. Sehingga akuntabilitas selalu mengandung pengertian tanggung jawab satu pihak terhadap pihak lain yang berkaitan dengan kinerja. Definisi akuntabilitas mengandung unsur *responsibilitas*. Rumah sakit merupakan organisasi yang kompleks memiliki tanggung jawab kepada beberapa *stakeholder*, pemilik, pasien, *supplier*, pihak penjamin, pembayar dan masyarakat (Emanuel and Emanuel 1996a; Emanuel 1996b).

Akuntabilitas adalah suatu proses yang didalamnya terdapat unsur tanggung jawab dan transparansi. Menurut kamus, tanggung jawab adalah suatu kondisi atau keadaan dimana kita memiliki tugas untuk melakukan sesuatu terhadap seseorang. Sedangkan menurut Bivins (2006) tanggung jawab adalah sejumlah tugas atau fungsi sah menurut hukum yang dilakukan oleh seorang pekerja, organisasi profesi, pengadilan atau organisasi lainnya. Ditambahkan bahwa tanggung jawab adalah suatu tugas yang diberikan kepada seseorang yang berkaitan dengan tugas dan fungsi orang tersebut dalam suatu organisasi. Sehingga didalam tanggung jawab ada kewajiban, ada moral (Shaw, Barry et al., 2010).

Kadang-kadang orang membuat istilah tanggung jawab dan dapat dipertanggungjawabkan (akuntabel) secara bergantian, namun dalam buku *responsibility and accountability* yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan UK (2010) tidak dapat digunakan secara bergantian karena kedua istilah ini memiliki pengertian yang berbeda. Tanggung jawab adalah sejumlah tugas atau fungsi yang dibebankan pada seseorang

sesuai dengan tugasnya sedangkan *accountable* adalah menggambarkan hubungan antara praktisi dan organisasi yang didalamnya ada sanksi jika praktisi tersebut gagal melakukan tanggung jawabnya terhadap organisasi. Jadi ada kata kunci “sanksi” yang membedakannya.

Llewelyn 1988 dalam (Lindkvist and Llewellyn, 2003; Frunzã, 2011) istilah tanggung jawab lebih bermakna moral dan bersifat lebih komprehensif yang berarti melakukan sesuatu yang dapat menyenangkan orang. Tanggung jawab dalam kesehatan dapat dibagi menjadi tanggung jawab profesi, tanggung jawab klinik, tanggung jawab medis, tanggung jawab para perawat dan tanggung jawab manajerial (Health, 2010).

Definisi tanggung jawab ini merupakan dimensi akuntabilitas, artinya suatu pekerjaan yang *accountable* harus ada unsur tanggung jawabnya yang mengandung makna moral, kewajiban (obligasi) dan otonomi. Lichtenberg cited in (Frunzã, 2011) menjelaskan bahwa tanggung jawab merupakan sesuatu hal yang secara alamiah merupakan perbuatan “baik” artinya melakukan sesuatu yang baik bagi masyarakat adalah tanggung jawab sosial seseorang. Tindakan tanggung jawab adalah keterlibatan manusia terhadap manusia lain, masyarakat, sistem hukum. Tanggung jawab sosial adalah bagian dari sistem sosial yang secara sadar dan bebas untuk melakukan yang terbaik untuk orang lain. Dari pengertian ini maka unsur tanggung jawab mengandung makna moral, otonomi dan pengambilan keputusan. Maka tanggung jawab adalah tindakan yang wajib dilaksanakan suatu pihak ke pihak lain sesuai tupoksi

yang melekat. Sehingga untuk menjadi akuntabel RS harus menjalankan tanggung jawabnya yang mengandung unsur moral, kewajiban dan pengambilan keputusan terhadap *stakeholdernya*.

a) Moral

Moral adalah standar perilaku yang memiliki dampak yang serius terhadap kemanusiaan. (Shaw, Barry et al., 2010). Sumber moral: *justification*, agama, *ethical relativism* (kebiasaan masyarakat).

Moral atau moralitas dipakai untuk pebuatan yang sedang dinilai. Teori Moral akan menjelaskan mengapa suatu tindakan dianggap benar atau tidak. Jika terdapat suatu tindakan yang dianggap bertentangan dengan etik yang kita pahami maka dengan mengaplikasikan teori moral yang kita gunakan kita dapat mengevaluasi nilai-nilai moral yang kita yakini (Herman, 1977; Raws, 1974). Definisi operasional moral adalah bagaimana RS dikelola dengan memperhatikan aspek etik dan dampaknya terhadap masyarakat.

Menurut *institutional theory* bahwa organisasi tidak hanya berkompetisi untuk sumber daya dan pelanggan tetapi juga berkompetisi untuk kekuatan politik dan legitimasi organisasi untuk dapat memenuhi keinginan lingkungan sosial disekitarnya. Lingkungan menginginkan organisasi dijalankan sesuai dengan nilai, norma, aturan dan kepercayaan yang berlaku pada masyarakat (Hatch and Cunliffe, 2006). Oleh karena itu, RS sebagai organisasi sosial diharapkan menjadikan

nilai moral ini sebagai landasan dalam menjalankan organisasi.

Moral dan etik adalah unsur yang tidak dapat dipisahkan. Nilai adalah etik organisasi yang dijadikan dasar dalam menentukan tujuan organisasi, pengambilan kebijakan dan menentukan bagaimana seharusnya anggota organisasi berperilaku dalam organisasi tersebut (George, Jones et al. 1996).

Etika dipakai untuk pengkajian sistem nilai-nilai yang ada. Kajian tentang moral tidak terlepas dari konsep etik. Menurut *Encyclopedia Britanica*: etika adalah filsafat moral, yaitu studi yang sistematis mengenai sifat dasar dari konsep-konsep nilai baik, buruk, harus benar, salah dsb. Sejalan dengan pendapat Ki Hajar Dewantara (1962): etika adalah ilmu yang mempelajari segala soal kebaikan dan keburukan dalam kehidupan manusia semuanya teristimewa yang mengenai gerak gerik pikiran dan rasa yang dapat merupakan pertimbangan dan perasaan sampai mengenai tujuannya yang dapat merupakan perbuatan.

Etika: ethos: watak kesusilaan atau adat.

Moral: Mores: adat atau cara hidup.

Teori moral dapat digunakan sebagai dasar untuk pemberi pelayanan kesehatan sebagai dasar penilaian etik terhadap pelayanan yang disajikan. Prinsip dari biomedik *ethic* merupakan kerangka teori dalam memikirkan masalah moral dalam pelayanan kedokteran di RS. Menurut Beauchamp and Childress (2001), etik

melibatkan kode moral seperti kepedulian terhadap pasien sebagai seorang individu yang berarti menghargai individu sebagai seorang pribadi yang memiliki otonomi, tindakan klinik yang berdasarkan prinsip *Beneficience and Non Maleficience*, kerahasiaan (*respect for persons*), loyalitas, *informed consent (respect for persons)*, bekerja dalam sebuah tim, dokter sebagai pasien, dan *primum non nocere*. Selain itu, prinsip dari biomedik etik mengandung 4 unsur yaitu *Respect for person: Personal autonomous and autonomous choice*, *Beneficience: Bring Benefit and do no harm*, *Non Maleficience* dan *Justice*.

Pengembangan indikator moral harus mengacu pada ke empat prinsip *bioethics*, maka variabel moral yang disusun adalah bagaimana pelayanan medis disajikan di rumah sakit memenuhi unsur moral. Implikasinya adalah bagaimana rumah sakit menyajikan pelayanan yang berdasarkan prinsip *bioethics* yaitu prinsip menghargai orang, menyajikan pelayanan yang bertujuan untuk peningkatan kesehatan pasien namun tidak membahayakan jiwa pasien tersebut, serta berkeadilan.

Penyajian pelayanan dengan memperhatikan aspek moral harus jadi bagian dari nilai organisasi dan nilai individu yang bekerja didalamnya. Nilai itu dapat tercermin dari kebijakan yang diambil di organisasi dan perilaku individu yang bekerja didalamnya.

Penerapan sistem Jaminan Kesehatan Nasional dapat memberikan celah untuk terjadinya moral hazard. Sistem pembayaran pada RS rujukan tingkat lanjut menggunakan Indonesia-Case Base Groups (INA-CBGs),

memberikan kekuasaan yang tinggi pada manajemen untuk mengelola sumber daya. Terjadi perubahan sistem pembayaran jasa medik dari *fee for services* ke sistem remunerasi. Oleh karena itu tuntutan untuk akuntabel semakin tinggi. RS dapat saja melakukan *fraud*, yaitu penyajian layanan medis kepada pasien yang tidak sesuai indikasi medis atau bahkan tidak menyajikan layanan namun dilapokan diberikan. Hal ini hanya dapat dicegah dengan menerapkan prinsip bioetik. RS harus dapat mempertanggungjawabkan semua layanan yang disajikan baik itu kepada pasien, kepada payer dalam hal ini BPJS. RS harus membuat kebijakan yang memiliki nilai moral untuk menghindari terjadinya *fraud*.

Lebih lanjut tentang prinsip pertama dalam bioetik yaitu menghargai orang berarti pemberi pelayanan di RS harus menjelaskan kebenaran yang ada kepada pasien, menghargai privasi, melindungi kerahasiaan informasi pasien, memperoleh persetujuan dari pasien sebelum melakukan tindakan medis serta membantu memberikan keputusan penting saat dimintai pertolongan oleh pasien.

Pengelolaan rumah sakit saat ini menitik beratkan pada penjaminan mutu sehingga RS sekarang diharuskan untuk menstandarisasi pelayanan yang disajikan. Sesuai dengan ketentuan UU bahwa setiap RS harus terakreditasi nasional maupun internasional. Akreditasi nasional sekarang mengacu pada standar-standar yang dibuat oleh *Joint Commission International Commitee* (JCI) yang berfokus pada *patient safety*. Pada *patients safety*, unsur moral dan etik sangat ditekankan dalam

pemberian pelayanan kepada pasien. Hal ini dapat kita lihat pada standar keselamatan pasien, standar yang paling pertama adalah hak pasien.

Pasien yang datang berkunjung ke RS adalah makhluk hidup yang sadar dan memahami dunia melalui persepsi dan mengkonseptualisasikan sesuai kenyataan yang ditemui. Mereka menggunakan inteligensianya untuk memecahkan masalah dan membuat pilihan-pilihan. Sehingga secara etik dan moral RS harus mempertimbangkan hal ini. Salah satu yang menjadi penting pada aspek ini adalah dalam hal pengambilan keputusan. RS harus menghargai kebebasan individu dalam mengambil keputusan medik.

Namun demikian, kenyataannya tidak selalu mudah untuk menyerahkan keputusan pilihan tindakan medis ke pasien karena terdapat beberapa keterbatasan pada pasien seperti informasi yang tidak adekuat tentang kondisi dan penyakit pasien. Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi otonomi pasien yaitu identitas diri, evaluasi diri dan kapabilitas untuk otonomi (Entwistle, Carter et al., 2010). Oleh karena ke tiga aspek diatas maka para dokter juga harus melindungi hak pasien yang memiliki keterbatasan otonomi misalnya pada pasien yang dalam keadaan terminal ill dan anak-anak (Goldstein 1977). Sehingga pada beberapa penelitian ditemukan bahwa pada etnis tertentu, lebih menyerahkan keputusan medis kepada keluarga mereka seperti Korean-American dan Mexican-American (Blackhall, Murphy et al., 1995). Hal ini harus kita hargai karena itulah keputusan pasien

yang berhubungan dengan keputusan tentang tindakan medis. Sehingga RS harus memberikan kesempatan bagi pasien untuk berdiskusi dengan keluarganya sebelum mengambil keputusan.

Seorang pasien harus diberikan pilihan, dijelaskan segala fakta, manfaat dan efek samping suatu tindakan dan membiarkan pasien untuk memilih sendiri, tanpa ada paksaan atau pengaruh dari pihak manapun (Entwistle, Carter et al., 2010). Parker dalam Clarke and Oakley (2007) mengembangkan tentang *evidence based-patient choice* yang menjelaskan ada dua konsep keputusan medis yang akan dilakukan oleh dokter berdasarkan *evidence base medicine* dan mempertimbangkan keputusan pasien yang memiliki nilai. Konsep ini akan meningkatkan hubungan pasien-dokter dalam peranan etik dan komunikasi.

Namun, terdapat beberapa kondisi yang dapat menjadi dilema dalam memberikan *informed consent*, khususnya saat harus menyampaikan kebenaran. Contoh kasus pada pasien kanker, sering menjadi dilema apakah mengikuti prinsip etik bahwa memberitahu kebenaran pada pasien tentang ketidakpastian hasil terapi yang mungkin terjadi dan hal ini dapat membuat pasien menolak terapi, tapi disatu sisi penolakan terapi juga akan membahayakan keselamatan pasien. Forman and Ladd (1989) menyatakan bahwa dalam kondisi ini seharusnya dokter memberikan penjelasan dengan berhati-hati pada pasien serta menjelaskan dengan baik mengapa merekomendasikan sebuah tindakan pada pasien ter-

sebut. Mengapa harus memberikan informasi kepada pasien sebelum mengambil keputusan medis, karena informasi tersebut memberikan manfaat terapeutik bagi pasien, mereka dapat bekerjasama dengan baik dalam menjalani perawatannya (Waller and Repko, 2008).

Di Indonesia aturan tentang *informed consent* diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 290/Menkes/Per/III/2008 tentang persetujuan tindakan kedokteran. Pada dokumen ini dijelaskan definisi Persetujuan tindakan kedokteran adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarga terdekat setelah mendapat penjelasan secara lengkap mengenai tindakan kedokteran atau kedokteran gigi yang akan dilakukan terhadap pasien. Terdapat poin penting kata: "setelah mendapatkan penjelasan". Kadang-kadang hal ini dilupakan oleh pemberi pelayanan, karena sering terjadi kekeliruan bahwa *informed consent* jika terdapat tanda tangan persetujuan dari keluarga pasien. Padahal yang penting adalah proses dan informasi yang diberikan sebelum mendapatkan konsen dari pasien.

Berdasarkan diatas, maka dokter memiliki kewajiban untuk menyediakan informasi dan memperoleh persetujuan dari pasien sebelum memberikan tindakan medis. Pasien dapat meminta penjelasan tentang efek samping obat dan dapat berdiskusi dengan dokter tentang penyakitnya. Hak dan kewajiban dapat saja bertentangan. Oleh karena itu beberapa hak menjadi hak yang bernilai hukum. Beberapa negara membuat hukum *informed consent* (America, Canada, Australia and UK).

Keempat negara ini menjadikan *informed consent* sebagai bagian dari kewajiban hukum pada saat penanganan pasien dan penelitian (Milburn 2001). Bahkan di Amerika, karena adanya penurunan nilai moral dalam pelayanan kesehatan maka salah satu proposal perbaikan sistem kesehatan adalah perlindungan terhadap kebebasan pasien. Terdapat tiga nilai utama yang diajukan oleh komite etik kesehatan yaitu kesamaan kesempatan, *compassion* dan keadilan. Seluruh pendukung perbaikan sistem kesehatan di Amerika mendukung adanya otonomi pasien dalam menentukan tindakan medis yang akan diterima yang dikenal *consumer informed choice* (Sade, 2008). Mengacu pada aturan ini maka *Joint Commision International* lembaga akreditasi internasional yang berdasarkan *patient safety* menjadikan *informed consent* sebagai salah satu dokumen yang wajib ada pada setiap tindakan medik di RS.

Aspek kedua yaitu menghargai privasi pasien, hal ini merupakan salah satu tanggung jawab dokter. Dalam sumpah Hipocrates dijelaskan bahwa apa yang saya lihat atau dengar pada saat melakukan pengobatan terhadap pasien akan tetap saya jaga kerahasiaanya dan tidak akan menceritakan keluar. Di Amerika aturan ini dijadikan aturan hukum bagi dokter dalam hal menjaga kerahasiaan pasien. Menghargai privasi pasien dan menjaga kerahasiaaan (*confideality*) adalah tanggung jawab paling dasar seorang professional yang bekerja di RS (Moskop, Marco et al. 2005). Orang yang akan

memberikan persetujuannya seharusnya bebas dari tekanan atau pengaruh orang lain, mereka mengambil keputusan berdasarkan pengetahuan dan informasi yang mereka miliki (Appelbaum 1987; Kerridge.L 1998).

Warren and Brandeis, mendefinisikan privasi sebagai hak untuk dibiarkan sendiri, atau sering diartikan sebagai kebebasan untuk tidak terekspos atau terganggu oleh orang lain. Terdapat tiga penggunaan privasi yaitu privasi fisik, informasi, dan keputusan. Dalam pelayanan kesehatan, privasi fisik merupakan hal yang sulit karena adanya pemeriksaan fisik yang dilakukan oleh seorang dokter ataupun perawat, demikian juga dengan privasi terhadap informasi, karena seorang dokter akan memberitahukan kondisi pasien kepada perawat untuk dapat ditangani, namun pasien berharap agar akses mengenai informasi tentang kondisi pasien dapat dibatasi.

Menurut Westin Nayeri and Aghajani (2010) privasi didefinisikan pada 4 konteks yaitu *solitude, intimacy, anonymity and reserve*. Namun secara umum privasi mengandung dua unsur yaitu otonomi dan kerahasiaan. Leino-Kilpi, Välimäki et al. (2001) menambahkan bahwa privasi pasien selain memiliki aspek physical, juga memiliki privasi dalam hal spiritual, psikososial dan aspek kerahasiaan. Penerapan konsep privasi pada pelayanan kesehatan membutuhkan kajian yang cermat, karena kadang-kadang RS tidak dapat melindungi privasi pasien khususnya pada ruang gawat darurat. Gangguan

terhadap privasi dapat berupa hadirnya orang yang tidak diinginkan, pengamatan yang tidak diharapkan dari seseorang, informasi yang keliru tentang seseorang, mengambil keputusan sepihak tanpa persetujuan yang bersangkutan. Penelitian ditemukan bahwa beberapa pasien merasa terganggu privasinya dengan adanya orang yang tidak perlu hadir pada saat pemeriksaan fisik, demikian juga yang terjadi pada ruang UGD, privasi tentang informasi pasien agak terganggu karena kondisi di tempat tersebut yang begitu banyak orang dan tidak ada ruang sekat (Nayeri and Aghajani, 2010).

Bäck and Wikblad (1998) menyatakan bahwa penyajian pelayanan di rumah sakit berisiko terhadap perlindungan privasi pasien. Terdapat sejumlah situasi di rumah sakit yang dapat mengganggu privasi pasien karena situasi dan kondisi pelayanan yang dilakukan oleh dokter maupun perawat jika mereka tidak menyadari pentingnya privasi bagi pasien. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa kebanyakan pasien wanita dan orang yang lebih tua merasa tidak mendapatkan privasi yang cukup pada saat menjalani perawatan di rumah sakit (bauer, 1994 and Parrot). Selain itu privasi tentang informasi pasien juga banyak terjadi masalah karena pemberitahuan diagnosa, kondisi dan rencana penanganan pasien dilakukan di bangsal yang terdapat orang lain disekitarnya.

Penelitian lain juga menemukan bahwa konsep privasi pasien sering diabaikan oleh perawat, sebagai contoh perawat sering melupakan harga diri pasien

ketika membantu dalam hal kebutuhan fisik. Perawat kadang lupa menutup pintu ketika membantu pasien ke kamar mandi. Perhatian terhadap pentingnya perhatian para dokter dan perawat tentang menghargai privasi pasien, sehingga di NHS UK menjadikan menghargai privasi pasien dan harga diri pasien sebagai hak dasar manusia yang dilindungi oleh negara, hal ini tersurat pada *Human rights* (1998). Meskipun demikian, (Woogara, 2005) menemukan bahwa sebagian perawat dan dokter tidak menyadari hak pasien tersebut sehingga diberikan usulan bahwa pendidikan tentang hak dasar manusia untuk dilindungi privasinya sebaiknya masuk dalam kurikulum pendidikan. Sehingga privasi ini harus dilindungi. Informasi tentang pasien tidak dapat dipublikasikan, di foto kecuali itu untuk kepentingan ilmiah dan pasien memberikan persetujuannya terhadap kepentingan tersebut (Editors, 1995).

Unsur kedua dalam moral pelayanan kesehatan adalah *beneficence* dan *non maleficience* yaitu memaksimalkan manfaat suatu tindakan medis kepada pasien dan jangan mengakibatkan bahaya. Tindakan medis yang dilakukan seharusnya memberikan manfaat dan tidak mengakibatkan bahaya, jangan membunuh, jangan mengakibatkan sakit atau penderitaan, tidak menyebabkan keterhinaan tidak mengambil kehidupan dari orang lain.

Menurut Claude Bernard bahwa seseorang seharusnya tidak membuat luka untuk memberikan manfaat kepada orang tersebut (Beauchamp and Childress,

2001). Prinsip *beneficence* ini merupakan prinsip yang fundamental ditinjau dari filosofi moral sering menjadi konflik untuk kasus-kasus tertentu. Pada pelayanan kesehatan sering terdapat risiko bahaya untuk mencapai manfaat terbesar, misalnya melakukan *tracheostomi* pada pasien yang mengalami sumbatan napas. Namun pasien berpendapat bahwa seharusnya tidak mengambil risiko karena *non maleficence* merupakan prioritas moral utama dibanding dengan *beneficence*.

Sesuai dengan sumpah Hipokrates terdapat dua tujuan moral dalam kedokteran adalah membantu orang sakit dan orang yang menderita dan mencegah bahaya dalam hal penurunan kondisi kesehatan, serta kerusakan yang lebih luas. Hal yang harus jadi perhatian adalah bagaimana membuat risiko dan manfaat ini jadi seimbang, karena kadang-kadang efek-efek yang tidak baik/*injury* tidak dapat dihindari pada suatu tindakan medik. *Non maleficence* adalah prinsip krusial mendalam filosofi etik di bidang kedokteran yang sering jadi pertimbangan bersamaan dengan kewajiban untuk menjalankan prinsip *beneficence*, menghargai individu dan otonomi serta keadilan. Namun diatas segalanya bahwa pelayanan kesehatan selalu berprinsip bahwa “pasien yang paling utama (Gillon, 1985).

Berikut adalah contoh implementasi di RS:

- (1) Informasi yang diberikan kepada pasien;
- (2) Menjelaskan perkiraan biaya pelayanan;
- (3) Menjelaskan lamanya perawatan;

- (4) Menjelaskan perkembangan dan perjalanan penyakit pasien;
- (5) Memiliki kebijakan tentang pelecehan agama, etik, moral dan seksual;
- (6) Ada aturan yang melarang staff RS dan Dokter untuk membicarakan kondisi penyakit pasien;
- (7) Dokumentasi persetujuan tindakan medis;
- (8) Pasien dapat memilih maupun menolak dokter yang akan merawat;
- (9) Pasien merasa terjamin kerahasiaannya;
- (10) Setiap saat pasien dapat menghubungi RS untuk memanggil tenaga;
- (11) Catatan pasien hanya diketahui oleh dokter yang merawat;
- (12) Pasien dapat menolak suatu tindakan medis;
- (13) Tindakan medis merupakan hasil keputusan bersama;
- (14) Pasien mengetahui aturan pelayanan di RS;
- (15) Memberikan informasi tentang pilihan obat;
- (16) Memberikan informasi tentang perjalanan dan perkembangan penyakit;
- (17) Dokter atau Perawat dapat menghentikan obat maupun alat;
- (18) Dokter/perawat berusaha untuk meminimalisir nyeri;
- (19) Menyediakan instalasi pembuangan limbah;
- (20) Menjalankan program *Corporate Social Responsibility* (CSR);

- (21) Menjalankan program bakti sosial;
- (22) Staff dapat beribadah di RS;
- (23) Menyediakan ruangan ibadah;
- (24) Staff mengikuti kode etik RS;
- (25) Aturan dan kebijakan RS di atur dalam dokumen;
- (26) Staff medis diatur oleh aturan;
- (27) Pelanggaran etik ditangani oleh komisi etik RS;
- (28) Hak-hak klinis setiap dokter berdasarkan keahliannya;
- (29) Pengunjung RS/staff RS dapat melakukan complain;
- (30) Melakukan monitoring dan evaluasi terhadap kesesuaian terapi dan diagnosa;
- (31) Pengunjung/pasien RS yang cacat atau lansia memiliki fasilitas khusus;
- (32) Terdapat petugas khusus jika terjadi kebakaran;
- (33) Memiliki mekanisme untuk menjamin keamanan dan kenyamanan;
- (34) Memiliki mekanisme untuk menangani kasus kehilangan;
- (35) Tindakan medik mengacu pada dokumentasi hasil *assesment* awal dan diagnosa pasien;
- (36) Pasien/pengunjung RS mendapatkan pelayanan medis tanpa dibeda-bedakan;
- (37) Tidak meminta uang muka bagi pasien yang masuk ke IRD;

b) Kewajiban (*Obligation*)

Kewajiban adalah tindakan yang dilakukan oleh seseorang yang terikat secara moral dan hukum, sebuah tugas atau komitmen. Nagel (1959) menjelaskan konsep

Hobbes bahwa kewajiban dasar adalah patuh pada hukum alam, semua kewajiban yang timbul berasal dari konsep ini. Kewajiban yang akan dibahas adalah bagaimana kewajiban organisasi RS dan kewajiban profesi dalam memberikan pelayanan. Sesuai dengan definisi diatas, maka untuk menentukan apa kewajiban RS, perlu diketahui dulu apa tugas pokok dan fungsi sebuah RS. Ini meliputi kewajiban RS terhadap pasien, masyarakat dan staff RS. Sesuai dengan pasal 4 UU No.44 Tahun 2009 bahwa tugas RS adalah memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna, dan pada pasal 5 dijelaskan fungsi RS adalah:

- (1) Penyelenggaraan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- (2) Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis.
- (3) Penyelenggaraan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan.
- (4) Penyelenggaraan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Fungsi ini memberikan pengertian luas tentang kewajiban RS yaitu memberikan pelayanan, pendidikan

dan penelitian. Kewajiban RS di Indonesia diatur dalam UU Nomor 44 Tahun 2009. Selain itu rumah sakit juga memiliki kewajiban etik dan moral yang harus diperhatikan dalam penyajian layanan kesehatan kepada masyarakat. Tanggung jawab moral RS adalah menyediakan pelayanan kesehatan yang memiliki standar mutu, termasuk menyiapkan SDM, sarana dan prasarana serta mengembangkan proses sesuai standar mutu. Pada pasal 29 UU Nomor 44 Tahun 2009 dijelaskan beberapa kewajiban RS, yaitu:

- (1) Memberikan informasi yang benar tentang pelayanan rumah sakit kepada masyarakat.
- (2) Memberi pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, anti diskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit.
- (3) Memberikan pelayanan gawat darurat kepada pasien sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- (4) Berperan aktif dalam memberikan pelayanan kesehatan pada bencana, sesuai dengan kemampuan pelayanannya.
- (5) Menyediakan sarana dan pelayanan bagi masyarakat tidak mampu atau miskin.
- (6) Melaksanakan fungsi sosial antara lain dengan memberikan fasilitas pelayanan pasien tidak mampu/miskin, pelayanan gawat darurat tanpa uang muka, ambulans gratis, pelayanan korban bencana dan kejadian luar biasa, atau bakti sosial bagi misi kemanusiaan.

- (7) Membuat, melaksanakan, dan menjaga standar mutu pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai acuan dalam melayani pasien.
- (8) Menyelenggarakan rekam medis.
- (9) Menyediakan sarana dan prasarana umum yang layak antara lain sarana ibadah, parkir, ruang tunggu, sarana untuk orang cacat, wanita menyusui, anak-anak, lanjut usia.
- (10) Melaksanakan sistem rujukan.
- (11) Menolak keinginan pasien yang bertentangan dengan standar profesi dan etika serta peraturan perundang-undangan.
- (12) Memberikan informasi yang benar, jelas dan jujur mengenai hak dan kewajiban pasien.
- (13) Menghormati dan melindungi hak-hak pasien.
- (14) Melaksanakan etika rumah sakit.
- (15) Memiliki sistem pencegahan kecelakaan dan penanggulangan bencana.
- (16) Melaksanakan program pemerintah di bidang kesehatan baik secara regional maupun nasional.
- (17) Membuat daftar tenaga medis yang melakukan praktik kedokteran atau kedokteran gigi dan tenaga kesehatan lainnya.
- (18) Menyusun dan melaksanakan peraturan internal Rumah Sakit (*hospital by laws*).
- (19) Melindungi dan memberikan bantuan hukum bagi semua petugas rumah sakit dalam melaksanakan tugas.

(20) Memberlakukan seluruh lingkungan rumah sakit sebagai kawasan tanpa rokok.

Untuk menilai apakah RS melakukan tanggungjawabnya, maka RS harus:

- (1) Memiliki sistem penjaminan mutu;
- (2) Mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya;
- (3) Pasien memahami hak dan kewajibannya;
- (4) Staff tahu apa yang harus dilakukan dan apa yang berhak diperoleh di RS;
- (5) Pasien memahami tentang biaya pengobatan;
- (6) Tidak ada biaya di luar ketentuan tarif resmi;
- (7) Tarif resmi menjamin keberlanjutan RS;
- (8) Tarif resmi dengan INA CBGs;
- (9) Menyediakan seluruh kebutuhan obat dan bahan habis pakai medis;
- (10) Memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien;
- (11) Memfasilitasi pendidikan kesehatan;
- (12) Memfasilitasi segala kegiatan penelitian;
- (13) Mengimplementasi kebijakan afirmasi;
- (14) Memiliki dokumen kontrak;
- (15) Memiliki perencanaan tahunan tentang peningkatan kompetensi staff;
- (16) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan pasien;
- (17) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan petugas RS;
- (18) Prosedur RS menjamin keamanan dan keselamatan masyarakat;

- (19) Memiliki dokumen kontrak antara staff dengan RS;
- (20) Kesempatan pengembangan diri bagi staff RS;
- (21) Kasus yang ditangani memiliki *clinical pathway*;
- (22) Melibatkan pasien pada setiap pengambilan keputusan pelayanan;
- (23) Menolak pasien karena memiliki keputusan berbeda
- (24) Informasi pelayanan kepada pasien;
- (25) Perawat melaksanakan asuhan keperawatan;
- (26) Terkadang petugas sulit menerapkan kode etik profesi;
- (27) Hambatan dalam membangun *teamwork* antar petugas;
- (28) Penyerahan obat kepada pasien oleh apoteker;
- (29) Apoteker harus memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat;
- (30) Pencampuran obat suntik oleh apoteker;
- (31) Penyiapan nutrisi parenteral oleh apoteker;
- (32) Penanganan obat untuk penderita kanker oleh apoteker;
- (33) Apoteker mengendalikan mutu obat-obatan dan alat kesehatan;

c) *Bounded Rational Decision*

Pengambilan keputusan salah satu unsur penting dalam pelaksanaan tanggung jawab. Terdapat dua pendekatan dasar dalam pengambilan keputusan: 1) Pendekatan yang berorientasi pada dampak jika kita dapat memprediksi dengan benar out maka kita dapat mengerti proses pengambilan keputusan. 2) Pendekatan yang

berorientasi pada proses, jika kita dapat mengerti proses maka kita dapat memprediksi dampak pengambilan keputusan. Model pengambilan keputusan terdiri dari 3 model yaitu *Rational decision, bounded rational decision and intuitive decision* (Robbins and Coulter 2002; Judge and Robbins, 2012).

Rational decision adalah pengambilan keputusan yang berdasarkan pemikiran rasional manusia yang membutuhkan data dan informasi yang adekuat. Namun terdapat beberapa kelemahan dari model ini yaitu adanya keterbatasan kemampuan pemikiran manusia, keterbatasan data dan informasi serta keterbatasan sumber daya, sehingga Simon (1972) mengembangkan teori model pengambilan keputusan yaitu *bounded rationality*. Teori ini mempertimbangkan juga pilihan rasional hanya mengakui keterbatasan kognitif pengambilan keputusan. Tidak seluruh alternatif solusi suatu masalah dapat tersedia tepat waktu, padahal keputusan harus segera dibuat. Model ini mengutamakan pengambilan keputusan yang dapat memuaskan salah satu pihak, bukan keputusan yang optimal maupun maksimal. Keputusan yang diambil biasanya berdasarkan *rule of thumb* suatu organisasi ataupun bersifat *heuristic* yaitu berdasarkan pengalaman dan pengetahuan pengambilan keputusan (Robbins, 2001). RS yang memiliki karakteristik khusus cenderung menggunakan *bounded rationality* karena sifat keputusan yang harus diambil kebanyakan bersifat *emergency*. Sehingga keputusan rasional susah untuk ditegakkan. RS memiliki *rule of*

thumb yaitu mengutamakan pasien, mempertimbangkan prinsip bioetik dalam pelayanan kesehatan.

Berikut contoh implementasi di RS :

- (1) Keputusan RS mementingkan kepuasan masyarakat daripada keuntungan RS;
- (2) Intuisi penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS;
- (3) Pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data;
- (4) Analisis situasi didasarkan pada intuisi para ahli di RS;
- (5) Mengutamakan dampak keputusan dibandingkan pertimbangan logika;
- (6) Para ahli di RS lebih mengutamakan kepuasan masyarakat;
- (7) Pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis;
- (8) Pengambilan keputusan pada seluruh data yang lengkap dan evaluasi alternatif yang rasional;
- (9) Memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan
- (10) Pendapat para ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan;
- (11) Pengambilan keputusan di RS lebih mengutamakan pada pencapaian target kinerja;
- (12) Pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan.

2. Transparansi

Dimensi kedua dari akuntabilitas yaitu transparansi. Secara harfiah transparansi berarti transparan, tidak ada

penghalang, dapat dilihat dengan jelas. Hal yang sama dengan istilah tanggung jawab, istilah transparansi sering digunakan secara bergantian dengan istilah akuntabilitas (Kaufmann and Bellver 2005). Menurut Bauhr and Grimes (2012) bahwa transparansi adalah keterbukaan informasi dan dapat diakses. Namun bukan sekadar ke dua hal tersebut diatas, tetapi bagaimana data yang dapat diakses itu memiliki kepercayaan dan dapat digunakan sebagai data untuk mengevaluasi suatu organisasi.

Jacob Soderman mendefinisikan adalah suatu proses yang dilakukan oleh penguasa dalam mengambil keputusan yang didalamnya mengandung unsur dapat dimengerti dan terbuka. Proses tersebut seharusnya dapat dijadikan alasan dalam pengambilan keputusan dan dapat di akses oleh publik (Curtin and Meijer, 2006). Selanjutnya Bauhr and Grimes (2012) menjelaskan bahwa terdapat tiga dimensi jika kita mengkaji transparansi yaitu keterbukaan pemerintah (openes), perlindungan terhadap *whistle blower* dan terpublikasi.

Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa transparansi bukan hanya sekadar keterbukaan tapi bagaimana informasi yang tersedia sesuai dan mengacu pada hukum, aturan dan kebijakan, memperhatikan pihak-pihak siapa saja yang merupakan kelompok kepentingan dan memastikan bahwa kebijakan yang tersedia sama dan beralasan. Informasi yang diberikan kepada publik bukan sekadar informasi, tapi diharapkan dapat digunakan untuk mengevaluasi institusi. Menurut teori politik bahwa memberi kesempatan bagi publik untuk mengevaluasi dan

menganalisis kebijakan akan meningkatkan *legitimacy* suatu organisasi.

Lebih lanjut Stiglitz (1999) dalam Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa memperoleh informasi dari pemerintah merupakan hak setiap warga negara. Mengacu pada teori prinsip-*agent*, masyarakat sebagai pihak prinsip berhak mengetahui perilaku agen. Hal ini berkontribusi pada pengembangan manusia karena memberikan informasi kepada warga negara bahwa sumber daya dialokasikan dengan baik (efisien) dan tidak hanya dinikmati oleh elit tertentu. Sehingga organisasi akan menjadi lebih efisien karena memiliki alat pengendali. Suatu informasi yang di sajikan ke publik harus memenuhi kriteria dapat diakses serta menyajikan informasi yang akurat, *reliable*, informasi yang berkualitas bagus dan relevan dengan *stakeholder*. Sehingga transparansi akan meningkatkan kapasitas warga negara untuk mengevaluasi suatu organisasi publik karena mereka akan memiliki informasi yang adekuat, membangun dan sistematis (Carter, 2014).

Transparansi memiliki tujuan yaitu membantu pemberi pelayanan untuk meningkatkan kinerjanya, memberikan kesempatan bagi asuransi swasta dan program publik untuk mengutamakan kualitas dan efisiensi serta membantu memberikan informasi bagi pasien untuk memilih pelayanan kesehatannya, (Islam 2003; Collins, Davis et al. 2006).

Terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan transparansi data untuk meningkatkan kapasitas akuntabilitas organisasi, yaitu kualitas data, kemampuan

stakeholder untuk menganalisis data yang di informasikan serta data yang di butuhkan oleh *stakeholder* untuk mengevaluasi kinerja organisasi, tidak ada diskriminasi terhadap pengakses data, misalnya pada kelompok marginalis, penggunaan informasi dan teknologi komunikasi serta media informasi seperti televisi dan internet.

Piotrowski and Rosenbloom (2002) dalam Banisar (2006) Secara teori hukum tentang kebebasan informasi bertujuan untuk meningkatkan transparansi pemerintah dan untuk meningkatkan akuntabilitas. Suatu data memenuhi syarat transparansi jika data itu dapat dilihat (Garsten and De Montoya, 2008), dalam pengertian secara aktif *visible*, dan dapat dimengerti oleh *stakeholder*.

Dalam pelayanan kesehatan, kata transparansi merupakan istilah yang memerlukan kajian khusus, karena organisasi pelayanan kesehatan adalah organisasi yang unik berkaitan dengan privasi pasien sehingga tidak mudah menerapkan konsep transparansi pada semua aspek di pelayanan kesehatan. Faktor etik selalu menjadi pertimbangan pada saat ingin menerapkan transparansi pelayanan kesehatan.

Beberapa penelitian yang mengkaji tentang transparansi dalam pelayanan kesehatan kebanyakan mengkaji tentang pentingnya transparansi dalam hal tarif pelayanan kesehatan (Gooch 2008; Cutler and Dafny 2011; Sinaiko and Rosenthal 2011). Menurut Gooch, transparansi pada tarif RS akan meningkatkan efisiensi pada pasar pelayanan kesehatan tetapi kompleksitas sistem pelayanan kesehatan akan membuat proses ini menjadi sulit. Meskipun demikian transparansi

merupakan salah satu metode untuk meningkatkan *safety*, jika tidak transparansi maka orang tidak dapat belajar dari kesalahan, mengganggu sistem kolegiat dan dapat mengurangi kepercayaan pasien. Organisasi pelayanan kesehatan harus transparansi pada semua anggota organisasi, pasien dan masyarakat. (Leape, Berwick et al. 2009). Proses transparansi akan menstimulasi peningkatan kualitas dengan mengendalikan biaya dan mengurangi pemborosan serta untuk meningkatkan nilai pemberi pelayanan kesehatan (Kurtzman 2010).

a) *Visibility*

Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa transparansi bukan hanya sekedar keterbukaan tapi bagaimana informasi yang tersedia sesuai dan mengacu pada hukum, aturan dan kebijakan, memperhatikan pihak-pihak siapa saja yang merupakan kelompok kepentingan dan memastikan bahwa kebijakan yang tersedia sama dan beralasan.

Berikut indikator bahwa Rumah Sakit telah melakukan transparansi:

- (1) Akses informasi pelayanan RS selama 24 jam;
- (2) Akses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak;
- (3) Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini;
- (4) Memperoleh informasi tentang pelayanan di RS selama 24 jam;
- (5) Informasi yang tersedia sudah jelas;

- (6) Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh waktu;
- (7) Mudah menghubungi petugas informasi di RS tanpa dibatasi oleh jarak.

b) Dapat dimengerti

Lebih lanjut Stiglitz (1999) dalam Kaufmann and Bellver (2005) menyatakan bahwa memperoleh informasi dari pemerintah merupakan hak setiap warga negara. Mengacu pada teori prinsip-*agent*, bahwa masyarakat sebagai prinsip berhak mengetahui perilaku agen. Hak ini berkontribusi pada pengembangan manusia karena memberikan informasi kepada warga negara bahwa sumber daya dialokasikan dengan baik (efisien) dan tidak hanya dinikmati oleh elit tertentu. Sehingga organisasi akan menjadi lebih efisien karena memiliki alat pengendali.

Berikut indikator bahwa Rumah Sakit telah melakukan transparansi :

- (1) Informasi yang disajikan oleh RS mudah dipahami;
- (2) Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh *stakeholder*;
- (3) Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS;

c) Utilisasi

Informasi yang diberikan kepada publik bukan sekadar informasi, tapi diharapkan dapat digunakan untuk mengevaluasi institusi. Menurut teori politik bahwa

memberi kesempatan bagi publik untuk mengevaluasi dan menganalisis kebijakan akan meningkatkan legitimasi suatu organisasi.

Suatu informasi yang disajikan harus memenuhi kriteria dapat diakses serta menyajikan informasi yang akurat, *reliable*, informasi yang berkualitas bagus dan relevan dengan *stakeholder*. Transparansi akan meningkatkan kapasitas warga negara untuk mengevaluasi suatu organisasi publik karena mereka akan memiliki informasi yang adekuat, membangun dan sistematis (Carter, 2014).

Transparansi memiliki tujuan yaitu membantu pemberi pelayanan untuk meningkatkan kinerjanya, memberikan kesempatan bagi asuransi swasta dan program publik untuk mengutamakan kualitas dan efisiensi serta membantu memberikan informasi bagi pasien untuk memilih pelayanan kesehatannya, (Islam 2003; Collins, Davis et al. 2006).

Sesuai dengan karakteristik unik RS bahwa terjadi asimetri informasi antara penyedia layanan dan masyarakat. Sebagai pengguna pelayanan, masyarakat tidak memiliki informasi yang cukup tentang kesesuaian antara kualitas layanan yang diterima dengan harga pelayanan yang diterima. Sehingga untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit menjadi organisasi yang akuntabel seharusnya didukung oleh pelaksanaan transparansi di RS. Diperlukan informasi yang adekuat bagi *stakeholder* agar masyarakat bisa bersama dengan rumah sakit untuk menjamin akuntabilitas RS.

Berikut indikator bahwa Rumah Sakit telah melakukan transparansi :

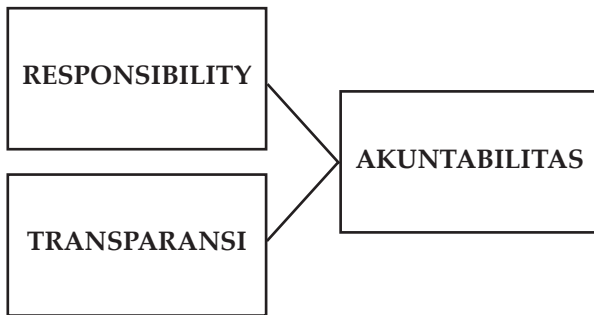
- (1) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggung jawabkan;
- (2) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan RS yang bebas dari praktek korupsi;
- (3) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan RS yang bersih dari praktek kolusi dan nepotisme;
- (4) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan RS yang berfokus pada keselamatan pasien;
- (5) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan RS yang sesuai standar internasional;
- (6) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai pelaksanaan tugas pokok dan fungsi RS;
- (7) Informasi RS dapat digunakan untuk memberikan jaminan dalam mendapatkan pelayanan yang berkualitas dari tenaga professional;
- (8) Informasi RS dapat digunakan untuk memberikan jaminan rasa aman;
- (9) Informasi RS dapat digunakan untuk menilai kinerja RS;
- (10) Informasi RS dapat digunakan untuk membantu masyarakat dalam pengambilan keputusan pemilihan RS;
- (11) Informasi RS dapat digunakan untuk memantau pemanfaatan sumber daya publik untuk menjamin peningkatan nilai ekonomi.

Sesuai dengan karakteristik unik RS bahwa terjadi asimetri informasi antara penyedia layanan dan masyarakat. Sebagai pengguna pelayanan, masyarakat tidak memiliki informasi yang cukup tentang kesesuaian antara kualitas layanan yang diterima dengan harga pelayanan yang diterima. Sehingga untuk meningkatkan kapasitas rumah sakit menjadi organisasi yang akuntabel seharusnya didukung oleh pelaksanaan transparansi di RS. Diperlukan informasi yang adekuat bagi *stakeholder* agar masyarakat bisa bersama dengan rumah sakit untuk menyajikan pelayanan kesehatan yang akuntabel.

Namun bagi rumah sakit yang memiliki produk layanan yang variatif, jenis data yang dapat dipublikasikan tidak semudah yang dibayangkan karena terdapat unsur etik dan moral yang harus dipertimbangkan, khususnya dalam hal penyampaian informasi yang berhubungan dengan pasien karena ada privasi di dalamnya. Di satu sisi RS memiliki kepentingan untuk tidak menyajikan informasi yang akan mengakibatkan tuduhan telah melakukan tindakan yang membahayakan pasien (Eaves-Leanos and Dunn, 2012). Sehingga yang menjadi isu dalam transparansi di rumah sakit adalah data apa yang harus disajikan untuk *public* dan tetap mempertimbangkan unsur etik dan moral tetapi RS tetap dapat dievaluasi oleh para *stakeholder*.

Sehingga definisi akuntabilitas adalah suatu proses dalam RS yang melibatkan unsur tanggung jawab dengan mempertimbangkan nilai moral dan etik serta

transparansi yang dilakukan dengan mempertimbangkan sifat data yang dapat diakses, dapat digunakan dan dapat dimengerti oleh *stakeholder*. Dengan menjalankan fungsi tanggung jawab dan proses transparansi, maka RS dapat dianggap akuntabel bagi *stakeholder* karena proses ini akan menjawab bagaimana RS menjalankan fungsi pelayanannya.



Gambar 8. Definisi Akuntabilitas

C. Paradoks Akuntabilitas

Meski akuntabilitas merupakan sebuah istilah yang menunjukkan sebuah proses yang baik dan bertujuan untuk melaksanakan tata kelola pemerintahan yang sebaik-baiknya, namun terdapat beberapa paradoks yang terjadi dalam akuntabilitas ini antara lain:

1. Mengurangi kreatifitas dan inovasi, karena terlalu patuh pada aturan (Behn 2001), disatu sisi dibutuhkan kreatifitas dan inovasi pada pelayanan di RS untuk meningkatkan mutu pelayanan di RS,

2. Pengendalian korupsi dan integritas akan membuat terlalu patuh pada standar operating prosedur sehingga akan mempengaruhi efisiensi dan efektifitas (Anechiarico and Jacobs 1996),
3. Akuntabilitas dan transparansi dapat mempengaruhi keputusan menjadi tidak efisien daripada peningkatan kinerja,
4. Akuntabilitas yang berfokus pada pelanggan sering tidak dapat sejalan dengan pengelolaan manajemen yang baik.

BAB III

REFORMASI SISTEM

PELAYANAN KESEHATAN

A. Sistem Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Sistem pelayanan kesehatan di Indonesia dijabarkan ke dalam Sistem Kesehatan Nasional (SKN) Indonesia yaitu suatu tatanan yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia yang terdiri dari beberapa subsistem yang saling bergantung namun memiliki batas-batas sendiri pada subsistem tersebut untuk mencapai tujuan pembangunan Indonesia.

Menurut SKN 2009, bahwa pembangunan kesehatan harus dilaksanakan dengan mengintegrasikan seluruh subsistem dengan memperhatikan kondisi kehidupan sehari-hari, tingkat pendidikan, pendapatan keluarga, distribusi kewenangan, keamanan, sumber daya, kesadaran masyarakat, serta kemampuan tenaga kesehatan

Sistem kesehatan nasional Indonesia dikembangkan dengan landasan Pancasila, UUD 1945, Pasal 28 A, B,C, H, Pasal 34, landasan operasional. Sistem Kesehatan Nasional ini meliputi: upaya kesehatan, pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makan-

an, manajemen dan Informasi kesehatan, pemberdayaan masyarakat.

Pembangunan kesehatan di Indonesia didasarkan pada beberapa asas yaitu perikemanusiaan, pemberdayaan dan kemandirian, adil dan merata, pemerataan dan kemanfaatan. Asas pemberdayaan dan kemandiriaan merupakan dasar menciptakan akuntabilitas bagi pelayanan kesehatan. Setiap orang dan masyarakat bersama dengan pemerintah berperan, berkewajiban, dan bertanggungjawab untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan perorangan, keluarga, masyarakat, dan lingkungannya. Pembangunan kesehatan harus mampu membangkitkan dan mendorong peran aktif masyarakat.

Penyelenggaraan SKN didasarkan pada 1) Hak asasi manusia, 2) Sinergisme dan kemitraan yang dinamis, 3) Komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good governance*), 4) Dukungan regulasi, 5) Antisipatif dan pro aktif, 6) Responsif Gender, 7) Kearifan Lokal.

Oleh karena itu, jelas bahwa isu akuntabilitas menjadi penting, untuk mencapai tujuan pembangunan kesehatan dengan dinyatakannya dalam SKN bahwa SKN didasarkan pada komitmen dan tata pemerintahan yang baik (*good corporate governance*). Pelaksanaan SKN ini membutuhkan kejasama dan kordinasi antara beberapa *stakeholder*, setiap *stakeholder* memiliki peranannya masing-masing dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan.

Rumah sakit sebagai bagian dari subsistem upaya kesehatan perorangan memiliki peranan yang besar dalam mewujudkan tujuan pembangunan kesehatan, sehingga RS

juga harus mengikuti dasar-dasar penyelenggaraan SKN, sehingga penerapan sistem akuntabilitas pada rumah sakit di Indonesia sangat penting.

B. Isu-Isu Penting Reformasi Pelayanan Kesehatan di Indonesia

Reformasi pelayanan kesehatan di Indonesia diawali dengan penerapan desentralisasi. Perubahan menuju desentralisasi di Indonesia selain akibat krisis politik dan ekonomi pada tahun 1998, juga akibat kondisi alamiah Indonesia sebagai suatu negara kepulauan yang penduduknya terdiri dari beberapa etnis dan budaya harus mengakomodasi seluruh kepentingan masyarakatnya termasuk dapat menentukan arah kebijakan kesehatan sesuai dengan kondisi lokal masing-masing daerah. Implementasi desentralisasi ditandai dengan penetapan kebijakan nasional desentralisasi melalui TAP MPR Nomor 15 Tahun 1998 dan percepatan proses desentralisasi dimulai pada tahun 2001 (Trisnantoro and Ferdiana, 2005). Segall (2003) menyatakan seharusnya kebijakan desentralisasi kesehatan ini memberikan dampak terhadap perbaikan sistem kesehatan.

Kenyataannya meski sudah lebih satu dekade reformasi kesehatan berproses yang ditandai dengan desentralisasi kesehatan kualitas pelayanan belum memperlihatkan peningkatan yang signifikan. Menurut data dari WorldBank (2008) bahwa Indonesia belum mencapai hasil yang diharapkan sesuai dengan MDG's, angka kematian ibu yang masih tinggi dan merupakan angka kematian tertinggi di

Asia Tenggara, angka kekurangan gizi tidak mengalami penurunan, bahkan memburuk di beberapa provinsi seperti Papua, angka buta huruf dikalangan wanita serta akses terhadap air bersih dan sanitasi yang baik masih rendah, khususnya di kalangan masyarakat miskin, dan yang paling penting adanya perbedaan geografi menyebabkan status kesehatan yang berbeda, sehingga status kesehatan di Pulau Jawa dan Bali cenderung lebih baik dibanding masyarakat yang ada di kawasan Timur Indonesia. Kondisi ini memperlihatkan bahwa reformasi kesehatan di Indonesia belum berjalan dengan baik.

Hal ini sebagai dampak dari beberapa kondisi di Indonesia, yang meskipun telah melakukan desentralisasi, namun pemerintah memiliki kekuasaan yang terbatas dalam mengelola sumber daya manusia. Mekanisme yang diterapkan dalam mengelola SDM ini tidak memperlihatkan akuntabilitas yaitu terjadi *overstaffing* di satu tempat dan terjadi kekurangan di tempat lain. Selain itu, mekanisme *reward and punishment* bagi staff khususnya pegawai negeri sipil tidak menciptakan budaya kerja yang dapat mendukung pencapaian kinerja yang baik (WorldBank, 2008).

Faktor kedua, rendahnya infrastruktur disektor kesehatan serta sarana dan prasarana yang tidak berkualitas di institusi pelayanan kesehatan seperti puskesmas dan posyandu akibatnya utilisasi sarana kesehatan menjadi rendah, khususnya bagi masyarakat miskin. Disisi lain, pengeluaran dalam bidang kesehatan meningkat secara tajam dari 2001 ke 2007 (WorldBank, 2008).

Meskipun desentralisasi dilakukan namun pemerintah lokal tidak sepenuhnya dapat menentukan besarnya biaya untuk sektor kesehatan. Proporsi pembiayaan kesehatan masih didominasi oleh sektor swasta berdasarkan bahwa pembayaran biaya kesehatan yang *out of pocket* sekitar 60%, sehingga aksesibilitas bagi masyarakat miskin masih menjadi masalah. Akibatnya tingkat hunian rumah sakit menurun yang menunjukkan adanya *inefficiency*, pada akhirnya meningkatkan biaya pelayanan.

Sejalan dengan itu, Berman 1995; Wilsford 1995 bahwa reformasi kesehatan bukan hal yang mudah. Dapat dilihat pada beberapa negarayang juga sedang proses reformasi, terjadi issue krisis anggaran, perubahan pada koalisi pemerintah, skandal publik, dan kasus mogok dikalangan profesi. Kondisi sistem kesehatan yang ada sekarang ini merupakan hasil dari perubahan 60 tahun yang lalu (Heywood and Choi 2010).

Heywood and Choi (2010) menyimpulkan bahwa terjadi variasi efisiensi penggunaan sumber daya kesehatan diantara berbagai daerah dan tidak terdapat hubungan antara jumlah dana yang dikeluarkan untuk anggaran kesehatan dengan dampak kesehatan pada masyarakat, salah satu penyebabnya adalah kurangnya *leadership* dan adanya birokrasi politik. Pelayanan kesehatan gratis selalu dijadikan isu politik bagi pencalonan kepala daerah, mereka tidak pernah menyuarakan tentang mekanisme apa yang harus dilakukan untuk peningkatan kualitas pelayanan kesehatan.

Adanya desentralisasi kesehatan ini menyebabkan perubahan peranan dinas kesehatan yang selama ini lebih

banyak berperan sebagai pelaksana di tingkat daerah diarahkan untuk menjadi regulator dan penyusun kebijakan, dan rumah sakit daerah diharapkan berkembang menjadi lembaga non birokratik (Trisnantoro and Ferdiana, 2005).

Sejalan dengan Brinkerhoff (2003), Shortell and Casalino (2008) bahwa untuk menjalankan reformasi kesehatan dibutuhkan sistem akuntabilitas pelayanan. Hal ini bertujuan agar organisasi dapat meningkatkan kualitas dengan menetapkan proses yang terkelola dengan baik dengan biaya yang terkendali, sehingga hasilnya dapat akuntabel. Sejalan dengan agenda desentralisasi, maka untuk lebih meningkatkan efisiensi, efektifitas, dan produktivitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit, maka pemerintah menetapkan bahwa RS harus berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang dituangkan pada pasal 7 UU Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit dan pada pasal 51 dijelaskan bahwa pendapatan rumah sakit publik yang dikelola pemerintah dan pemerintah daerah digunakan seluruhnya secara langsung untuk biaya operasional rumah sakit dan tidak dapat dijadikan pendapatan negara atau pemerintah daerah (2009). Kebijakan ini diambil dalam rangka meningkatkan peran negara dalam meregulasi sistem pelayanan kesehatan dalam rangka mengatasi kegagalan pasar dan meningkatkan kesehatan yang berkeadilan (Bank 1997; Buse, Mays et al. 2005).

Untuk mencapai pelayanan kesehatan yang berkeadilan pemerintah juga menetapkan regulasi tentang implementasi Sistem Jaminan Sosial Nasional yaitu UU Nomor 40 tahun 2004 dan regulasi tentang badan pelaksana jaminan sosial

yaitu UU Nomor 24 tahun 2011. Penetapan UU ini sebagai titik awal implementasi sistem jaminan sosial nasional. Jaminan kesehatan adalah perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Adanya UU SJSN di tahun 2004 dan UU BPJS di tahun 2011 menunjukkan adanya perubahan aspek pembiayaan dalam sistem kesehatan SJSN diselenggarakan dengan prinsip-prinsip kegotong royongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas dan portabilitas dengan kepesertaan bersifat wajib, dana amal dan hasil pengelolaan jaminan sosial dipergunakan seluruh untuk pengembangan program dan sebesar besarnya kepentingan peserta jaminan. Implementasi SJSN ini memberikan beberapa perubahan pada pengelolaan RS yang dipengaruhi oleh perubahan sistem pelayanan, sistem rujukan, dan sistem pembiayaan. Sistem pembiayaan dengan memberlakukan tarif INA-CBGs pada rumah sakit rujukan tingkat lanjut menyebabkan tanggung jawab yang lebih besar bagi RS dalam mengelola sumber daya.

Adanya tanggung jawab yang lebih besar yang diberikan kepada rumah sakit yang berarti kekuasaan pengelolaan sumberdaya yang lebih besar mengakibatkan rumah sakit harus dikelola dengan prinsip-prinsip Good Governance (Taylor 2000).

Governance oleh UNDP diartikan sebagai berikut :

“The exercises of economic, political and administrative authority to manage country’s affairs at all levels. It comprises mechanisms, process and institutions through which citizens and groups articulate their interests, exercise their legal rights, meet their obligation, and mediate their difference.”

Secara umum dapat dijelaskan bahwa Governance adalah proses yang dilakukan untuk menatakelola organisasi (Alexander, Lee et al. 2003; Kaen 2003). Prinsip-prinsip *good governance* adalah partisipasi masyarakat, transparansi, akuntabilitas, dan mengutamakan aturan hukum (Kaufmann and Kraay, 2008).

World Bank (2008) memberikan sembilan ide untuk menciptakan dampak kesehatan yang baik di Indonesia dua diantaranya yaitu melalui 1) Efisiensi penggunaan sumber daya yang ada sekarang dan menyediakan sumber daya untuk masa depan. Kondisi ini dapat dilakukan dengan meningkatkan akuntabilitas pengelolaan SDM, khususnya terhadap tingkat kealpaan pegawai dan 2) Peningkatan sistem informasi dan ketersediaan data, hal ini untuk meningkatkan adanya penganggaran yang transparan, sebagai *feedback* bagi peningkatan kinerja pelayanan kesehatan.

Melihat kondisi inilah sehingga bagian dari reformasi kesehatan maka pemerintah mengeluarkan UU SJSN untuk menerapkan *universal coverage*. Hal ini menjadi tantangan bagi industri kesehatan untuk dapat mengimplementasikan

universal coverage yang akan berdampak pada pengelolaan rumah sakit, perlunya pelaksanaan tatakelola yang baik dengan memperhatikan aspek transparansi dan akuntabilitas.

C. Reformasi Perumahsakit

Industri kesehatan merupakan industri yang sangat kompleks dan unik. Keunikan ini sangat berhubungan dengan area manajemen, diantaranya adalah mendefinisikan dan mengukur output sangat sulit, pekerjaan yang terlibat didalamnya sangat bervariasi dan kompleks, kebanyakan pekerjaan adalah darurat dan tidak dapat ditunda, pekerjaan tidak memberikan ruang untuk terjadinya kesalahan dan pekerjaan melibatkan ketergantungan yang tinggi dan koordinasi diantara beberapa kelompok profesi ini dan beberapa keunikan lainnya (Shortell and Kaluzny, 2000).

Reformasi pelayanan kesehatan diawali oleh kondisi pelayanan kesehatan yang tidak efisien, rendahnya kualitas pelayanan, moral hazard, aksesibilitas yang rendah serta terjadi inequity. Hal ini menimbulkan krisis pada pelayanan kesehatan menuntut untuk terjadinya perubahan. Di satu sisi industri pelayanan kesehatan merupakan organisasi unik, yang cenderung resisten terhadap perubahan dan adanya berbagai perspektif dengan adanya kondisi tersebut yang menyebabkan reformasi kesehatan tidak berjalan sebagaimana yang diharapkan (Roberts 2004).

Terdapat sembilan faktor yang mempengaruhi perubahan pelayanan kesehatan:

1. Pembayaran kapitasi, target pengeluaran, dan anggaran global untuk menyiapkan pelayanan terhadap populasi. Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Dibutuhkannya peningkatan efisiensi dan produktivitas;
 - b) Mendesain kembali penyajian pelayanan kesehatan;
 - c) Mengembangkan aliansi strategik yang dapat memberikan nilai tambah peningkatan sistem jaringan dan sistem.
2. Peningkatan akuntabilitas terhadap kinerja. Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Sistem informasi yang menghubungkan data keuangan dan data klinik sesuai dengan episode penyakit dan pemetaan kesehatan pasien.
 - b) Implementasi penggunaan petunjuk praktik klinik (*Clinical Practice Guidelines*).
 - c) Kemampuan untuk memperlihatkan *continuous improvement* terhadap semua fungsi dan proses.
3. Perkembangan teknologi yang menekankan pada rawat jalan, tempat kerja, dan pelayanan di rumah Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Ekspansi terhadap *continuum of care*, kebutuhan terhadap tempat pengobatan baru untuk mengakomodasi cara pengobatan baru.
 - b) Peningkatan kapasitas untuk mengelola pelayanan dengan memperhatikan batas-batas organisasi.

4. Populasi usia lanjut. Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Peningkatan hubungan dengan dokter dan pemberi pelayanan lainnya;
 - b) Peningkatan kebutuhan terhadap *primary care*, kesejahteraan, dan pelayanan promosi kesehatan terhadap kelompok umur 65-75 tahun;
 - c) Peningkatan kebutuhan terhadap pengelolaan penyakit kronik pada kelompok umur 75 tahun keatas;
 - d) Adanya tantangan untuk mengelola isu tentang etik yang berhubungan dengan bertambah panjangnya umur.

5. Peningkatan keberagaman etnik dan budaya populasi
Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Kesulitan yang lebih besar dalam memahami dan memenuhi harapan pasien;
 - b) Meningkatnya tantangan dalam hal mengelola pelayanan kesehatan yang bervariasi terhadap angkatan kerja.

6. Perubahan *supply* dan pendidikan tenaga kesehatan professional
Implikasi manajemennya berupa :
 - a) Dibutuhkannya kreatifitas dalam memenuhi kebutuhan populasi untuk pelayanan kesehatan yang lebih besar;
 - b) Dibutuhkannya kompensasi akibat keterbatasan beberapa jenis ketenagaan;

- c) Dibutuhkannya untuk mengembangkan tim pemberi pelayanan yang efektif pada beberapa tempat pelayanan.
7. *Social Morbidity* (AIDS, drugs, homicides, new surprises)
Implikasi manajemennya berupa :
- a) Kemampuan untuk menangani peningkatan kebutuhan yang tidak terprediksi;
 - b) Dibutuhkannya peningkatan sistem pendukung sosial dan pengelolaan *chronic care*.
8. Information production and management implikasi manajemennya berupa :
- a) Melatih tenaga kerja di bidang kesehatan terhadap informasi baru, produksi dan metodologi baru;
 - b) Peningkatan kemampuan untuk mengkoordinasikan pelayanan pada beberapa tempat;
 - c) Tantangan terhadap pengelolaan perubahan karena adanya tranfer informasi yang lebih cepat;
 - d) Tantangan untuk menangani isu rahasia yang berhubungan dengan informasi terbaru dan metodologi terbaru.
9. Globalisasi dan penciptaan ekonomi dunia Implikasi manajemennya berupa :
- a) Dibutuhkan untuk mengelola lintas negara, lintas budaya, dan rujukan pasien;
 - b) Peranan organisasi pelayanan kesehatan meningkatkan produktivitas angkatan kerja di Amerika mengelola aliansi strategik khususnya untuk *bio-technology* dan pengembangan teknologi baru.

- c) Perubahan yang terjadi akibat reformasi pelayanan kesehatan, juga mempengaruhi perubahan pengelolaan rumah sakit.

Tabel 5. Matriks Pergeseran Paradigma Pengelolaan Rumah Sakit

No	Paradigma lama	Paradigma baru
1	Menekankan pada pelayanan pasien rawat inap yang menderita penyakit akut	Menekankan pada pelayanan yang berkelanjutan (<i>Continuum of care</i>)
2	Penekanan pada pengobatan Penyakit	Menekankan pada pemeliharaan dan peningkatan kesejahteraan
3	Bertanggungjawab terhadap pasien individual	Akuntabel terhadap kesehatan Populasi
4	Semua penyedia pelayanan kesehatan sama secara esensial	Perbedaan tergantung kemampuan untuk memberikan penambahan nilai (<i>Value-added</i>)
5	Kesuksesan diperoleh dengan meningkatkan pangsa pasar pasien rawat jalan	Kesuksesan diperoleh dengan meningkatnya jumlah orang yang dapat dipelihara kesehatannya
6	Tujuan adalah untuk mengisi tempat tidur	Tujuannya adalah menyediakan pelayanan sesuai dengan kebutuhan.
7	Rumah sakit, dokter dan perencana kesehatan bekerja secara terpisah	Sistem pelayanan kesehatan yang Terintegrasi
8	Manajer yang menjalankan organisasi	Manajer meramalkan pasar
9	Manager merupakan kepala departemen	Manajer mengoperasikan pelayanan diseluruh organisasi
10	Manajer mengkoordinasikan pelayanan	Manajer secara aktif meningkatkan mutu dan peningkatan secara berkelanjutan

Sumber: Shortell and Kaluzny, 2000

Adanya perubahan-perubahan ini maka rumah sakit mendapattekanan untuk menyediakan pelayanan yang lebih berkualitas, efisiensi-efektif serta berkeadilan, sehingga isu akuntabilitas menjadi sangat penting dalam era reformasi ini (Brinkerhoff 2003).

Adanya transformasi dalam bidang pelayanan kesehatan menyebabkan terjadinya juga perubahan paradigma dalam pengelolaan rumah sakit. Konsep rumah sakit bermula sejak jaman Arab kuno dulu, juga pada rumah sakit dalam sejarah Islam, rumah sakit Budha di India, dan semacam rumah sakit di Israel dimana dokter yang ada juga bertindak sebagai pendeta dan pemaham kekuatan magis. Evolusi konsep rumah sakit modern bermula dari dasar pemikiran keimanan, kemanusiaan, dan sosial. Ditahun 325 masehi dimulai upaya membangun rumah sakit yang berlokasi di samping berbagai katedral yang ada didunia. Era *renaissance* di akhir tahun 1200-an berperan dalam perkembangan rumah sakit dunia, khususnya di Eropa (Aditama TY,2002; Wolper,1995).

Selama 30 tahun terakhir, rumah sakit telah melalui perubahan yang belum pernah terjadi sebelumnya. Beberapa rumah sakit tutup, yang lainnya melakukan penggabungan dan ada yang berubah menjadi perawatan rumah atau penyediaan pelayanan kesehatan lain, saat ini terdapat lebih sedikit rumah sakit pedalaman dibandingkan sepuluh tahun yang lalu. Rata-rata masa inap untuk rawat inap rumah sakit mengalami kemunduran. Penurunan ini adalah cerminan dari peningkatan teknologi kedokteran dan perubahan dalam sistem pembayaran rumah sakit. Penurunan pelayanan rawat inap juga merupakan hasil dari kebutuhan rumah sakit

untuk meningkatkan *economic scale* melalui penggabungan dan akuisisi (Wolper, 2004).

Secara terus meningkat, komunitas rumah sakit telah mengadopsi strategi untuk berurusan dengan perubahan politik dan ekonomi, khususnya mencoba untuk mengatur perkembangan manajerial. Banyak rumah sakit telah mengadopsi strategi seperti rumah sakit ke rumah sakit dan rumah sakit ke kerjasama dokter untuk menawarkan peningkatan akses pasien terhadap pelayanan yang berkelanjutan melalui koordinasi, strategi ini juga dapat meningkatkan efisiensi dan biaya yang rendah.

Beberapa literatur telah menggambarkan secara lugas peranan sosial dan simbolik rumah sakit dalam komunitas dan pengaruh ilmu pengetahuan dan *profesionalism* dalam bidang kedokteran dan keperawatan pada perkembangan rumah sakit, namun masih kurang yang mengetahui tentang pekerjaan sebenarnya dari seorang administrator rumah sakit pada awal 1990 atau menjadikan manajemen rumah sakit menjadi sebuah pekerjaan khusus. (Starr 1982; Stevens 1986; Reverby 1987; Melosh 1982; Freidson 1970, (Neuhauser 1995) cited in Arndt.et.al, 2007).

Dari adanya pergeseran perubahan pelayanan kesehatan yang menyebabkan juga terjadi pergeseran perubahan dalam mengelola Rumah Sakit menjadi semakin membutuhkan efisiensi dan peningkatan kualitas

Pelayanan harapan masyarakat yang semakin tinggi karena adanya teknologi informasi yang semakin berkembang, terjadinya perubahan sosial, politik memberikan tekanan bagi rumah sakit untuk melakukan perubahan

dalam pelayanannya. Dibawah ini dijelaskan oleh Porter and Tesberg (2004) pergeseran paradigma dalam perumahsakitkan.

Gambar 7. Pergeseran Paradigma Dalam Perumahsakitkan

MASA LALU		SEKARANG		MASA DEPAN
Tujuan: Mengurangi biaya, menghindari biaya		Tujuan: Memungkinkan adanya pilihan, mengurangi kesalahan		Tujuan: Meningkatkan nilai
Berfokus pada: biaya daya tawar dan rasionalisasi	Berfokus pada: aturan dan bantuan	Berfokus pada: pilihan penyelenggara asuransi	Berfokus pada penyedia layanan kesehatan	Berfokus pada sifat persaingan
Karakteristik sistem terdiri dari: Pergeseran biaya diantara pasien, penyedia layanan, dokter, pembayar dan pemerintah. Keterbatasan akses pelayanan Penawaran harga rendah terhadap obat dan pelayanan Harga tidak sesuai dengan biaya pelayanan kesehatan.	Karakteristik sistem terdiri dari: Hak pasien Aturan yang rinci bagi peserta sistem Meningkatkan ketergantungan pada sistem hukum	Karakteristik sistem terdiri dari: Persaingan antara asuransi Informasi asuransi Insentif keuangan bagi pasien	Karakteristik sistem terdiri dari: Pendaftaran online Penerapan six sigma Kesesuaian staff pada unit gawat darurat Ambang batas terhadap rujukan lengkap Pedoman yang dimandatkan Membayar kinerja sesuai dengan pelayanan yang diberikan.	Karakteristik terdiri dari: Persaingan pada tingkat penyakit dan kondisi tertentu Strategi bagi pembayar dan penyedia Insentif untuk meningkatkan nilai dibanding perubahan biaya Informasi pengalaman penyedia layanan, outcome dan harga. Pilihan konsumen.

Sumber: Porter and Teisberg, 2004

Seiring dengan kebutuhan tersebut, maka ilmu administrasi RS yang lebih dipengaruhi oleh ilmu publik administrasi juga mengalami perkembangan seiring dengan perubahan ilmu administrasi publik dari *Old Public Administration* menjadi *New Public Management*.

Pergeseran paradigma dari *public administration* yang mempengaruhi pergeseran paradigma ilmu manajemen rumah sakit sehingga pengelolaan manajemen RS sekarang masih cenderung mengadopsi *New Public Management*.

Model tentang administrasi rumah sakit masih belum didefinisikan dengan jelas, namun manajemen dalam sektor swasta memberikan model (Goldwater 1920, 275-76). Keppel (1916, 304-305) menulis tentang rumah sakit modern sebagai suatu pabrik kesehatan. Mereka menjelaskan bahwa rumah sakit dengan segala tujuan sebuah industri seharusnya menggunakan manajemen yang sama dengan yang digunakan pada industri lainnya. Konsisten dengan pandangan ini, *American Hospital Administration* (AHA) menyarankan sebuah model rumah sakit modern yang fokus pada praktik bisnis dan rumah sakit sebagai institusi ilmiah.

BAB IV

ASPEK DAN DIMENSI PENGUKURAN AKUNTABILITAS

A. Aspek Akuntabilitas

Kajian akuntabilitas telah banyak dilakukan oleh Bovens (2005) yang membagi dimensi akuntabilitas publik ke dalam 4 dimensi yaitu akuntabilitas organisasi, politik, administratif, legal, dan akuntabilitas profesi. Meskipun RS merupakan organisasi publik, namun memiliki karakteristik khusus sehingga keempat dimensi yang dijelaskan oleh Boven tidak semua dapat dijelaskan pada kajian akuntabilitas RS, misalnya akuntabilitas politik. Hal yang menjadi perhatian paling penting adalah unsur apa saja yang harus akuntabel kepada *stakeholder* serta informasi apa yang harus disajikan ke masyarakat.

Berdasarkan hasil wawancara dari para pakar dalam bidang perumahsakit di Indonesia, didapatkan bahwa unsur yang harus dipertimbangkan untuk akuntabel di rumah sakit adalah administrasi, keuangan, layanan medik, keperawatan, farmasi, mutu layanan klinik dan pengelolaan SDM. Semua unsur ini penting dalam akuntabilitas, namun

hanya ada beberapa unsur yang menjadi penekanan yaitu, administrasi, keuangan, layanan medik, keperawatan dan farmasi. Hal ini diungkapkan oleh 4 responden dari 9 responden yang diteliti.

...manajemen, keuangan... (NZ)

pelayanan administrasi, yang kedua yah pelayanan yang terkait dengan pelayanan kesehatan. pelayanan dokternya, pelayanan perawatnya, pelayanan obatnya, kalau masyarakat melihatnya secara sederhana pelayanan dalam hal pembayaran. Jadi tiga hal itu secara sederhananya. Pelayanan administrasi, pelayanan kesehatannya, dan pelayanan yang terkait dengan pembiayaan atau keuangannya (WJP)

Pencapaian renstra, kebijakan kesehatan organisasi, sistem tata kelola, proses akreditasi (ACS) bidang keuangan, bidang pelayanan, akuntabilitas dalam bidang manajemen (AK, WS)

1. Administrasi dan Keuangan

Seperti organisasi publik lainnya, layanan administrasi di rumah sakit merupakan unsur yang paling penting di pertanggungjawabkan, karena hal ini merupakan alat dalam menjalankan penyediaan jasa dan pengambilan keputusan. Akuntabilitas administrasi adalah bagaimana administrasi akuntabel terhadap kebijakan, regulasi dan hukum yang berlaku (Wang, 2002). Administrasi berasal dari kata “ad” + “ministrare” yang berarti “to serve” ataupun dalam makna “aministrasi” yang diterjemahkan dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia dan Kamus Inggris-Indonesia dari John Echols

dan Hassan Shadily, sebagai “tata usaha”. Dunsire (1970) dalam Larmour (2007), menjelaskan pengertian administrasi sangat banyak, namun kesimpulannya adalah bagaimana melakukan sesuatu melalui orang lain untuk mencapai suatu tujuan (Dunsire, 1995).

Lebih lanjut, Simon, Smithburg, Thompson (1950), administrasi adalah suatu proses yang fokus pada bagaimana cara untuk menyelesaikan sesuatu. Istilah administrasi sering digunakan secara bergantian dengan istilah manajemen. Menurut theory Fayol (Hatch and Cunliffe, 2006) terdapat beberapa prinsip administrasi yaitu luas kendali, hal-hal yang diluar rutinitas pekerjaan, kesatuan perintah dan hirarki. Prinsip administratif ini menggambarkan fungsi dari struktur organisasi. Administrasi merupakan mekanisme pelaporan secara hirarki, memiliki norma-norma sektor publik, kode etik pelayanan publik, standar prosedur operasional dan ramalan public (Malena and Forster, 2004). Sehingga semua yang berkaitan dengan proses administrasi wajib akuntabel untuk menyediakan pelayanan publik, (Bigname, 2011).

Akuntabilitas layanan administrasi berarti bagaimana menjalankan fungsi-fungsi manajemen di organisasi sesuai standar dan norma yang dapat dipertanggungjawabkan serta bersifat transparan bagi *stakeholder*. Dalam hal akuntabilitas administratif, Boven menjelaskan bahwa yang aktor harus akuntabel pada layanan administrasi adalah auditor, inspektur kontroler, dan proses administratif yang harus akuntabel adalah dalam hal penggunaan anggaran, bagaimana melakukan efisiensi dan efektifitas organisasi dan pengendalian administratif.

Sistem administrasi saat ini tidak lagi dianggap sebagai suatu mekanisme aturan untuk mencapai efektifitas suatu pekerjaan, tapi sebagai jaringan akuntabilitas dimana pegawai negeri terlibat dalam *liberal democratic social order*. Lebih lanjut Bignami (2011), menjelaskan hubungan akuntabilitas dengan pengelolaan administrasi di satu sisi hubungan publik administrasi dengan politisi terpilih serta organisasi yang berkepentingan dan pengadilan hukum serta di pihak lain dengan general publik.

Berdasarkan hasil wawancara maka proses layanan administrasi yang harus akuntabel di RS adalah proses perencanaan yang dilakukan, penyusunan RKAT, RAB, Renstra, perencanaan SDM, sarana dan input, proses administrasi pasien saat masuk dan keluar RS.

2. Layanan Medik

Layanan medik merupakan layanan yang utama di RS, sehingga yang selalu menjadi fokus pada saat mengkaji akuntabilitas adalah pelayanan medik (layanan dokter). Menurut UU praktik kedokteran Nomor 29 tahun 2004, praktik kedokteran adalah rangkaian kegiatan yang dilakukan oleh dokter dalam melaksanakan upaya kesehatan.

Dalam memberikan pelayanannya, seorang dokter harus mengutamakan keamanan, efektifitas, memberikan kepercayaan dan sesuai etik dan moral kepada pasien. Menurut kode etik kedokteran Indonesia yang mengacu pada sumpah hipokrates bahwa seorang dokter memiliki kewajiban untuk melaksanakan sumpah dokter, dan secara tulus ikhlas mempergunakan ilmu dan keterampilannya

untuk kepentingan pasien serta menjaga kerahasiaan pasien yang ditambahkan oleh Konsil kedokteran Australia bahwa dokter bertanggungjawab dalam melindungi dan meningkatkan kesehatan pasien.

Dokter yang baik harus mengutamakan pasiennya dan paham bahwa pasien adalah individu yang unik dan memiliki kebutuhan yang berbeda, sesuai dengan latar belakang budaya, pendidikan dan pengalaman. Dokter seharusnya menganggap pasien adalah partner dalam pengambilan keputusan. Faktor penting dalam membina hubungan ini adalah bagaimana seorang dokter melakukan komunikasi yang baik dengan pasiennya.

Hal yang selalu menjadi keluhan pada pasien adalah komunikasi dengan dokter. Komunikasi antar dokter dan pasien adalah komunikasi yang paling kompleks, karena terjadi antara individu yang tidak memiliki informasi yang sama, kapasitas yang berbeda dan perbedaan secara psikologis. Di lain pihak komunikasi ini sangat penting karena mempengaruhi perilaku pasien saat menjalani terapi seperti kepuasan pasien, keinginan untuk bekerjasama dalam pengobatan, pengertian terhadap informasi medis. Akuntabilitas pelayanan dokter dapat dinilai dari pemberian komunikasi yang secara transparan kepada pasien. (Ong, De Haes et al. 1995). Selanjutnya, Simpson, Buckman et al. (1991) menyatakan bahwa komunikasi dokter dan pasien merupakan fungsi klinik yang essensial dan tidak bisa didelegasikan. Keluhan yang muncul selama ini dimasyarakat akibat ketidakpuasan terhadap komunikasi dokter. Pasien kadang-kadang merasa cemas dan tidak puas akibat informasi yang

tidak adekuat. Di satu sisi dokter sering salah persepsi tentang jenis dan jumlah informasi yang dibutuhkan oleh pasien, kadang-kadang dokter menggunakan bahasa yang tidak dimengerti oleh pasien. Sehingga pasien merasa dokter tidak transparansi dalam memberikan pelayanan. Padahal suatu informasi dianggap transparan jika informasi itu dapat dimengerti oleh pasien, *visible* serta bermanfaat bagi yang memperoleh informasi tersebut.

Selain aspek transparansi komunikasi, yang perlu mendapat perhatian dalam akuntabilitas profesi adalah masalah etik yang merupakan bagian tanggung jawab. Seperti yang dijelaskan tadi bahwa untuk dapat akuntabel seorang dokter harus memperhatikan aspek etik dalam penyajian pelayanan kesehatan. Artinya tanggung jawab seorang dokter untuk memberikan pelayanan yang sesuai etik dan moral yang berlaku. Terdapat beberapa prinsip etik yang harus diperhatikan oleh seorang dokter (Beauchamp and Childress, 2001):

- a) Menghargai individu: Otonomi pribadi dan otonomi dalam memutuskan pilihan.

Setiap individu memiliki otonomi dalam dirinya, sehingga pada saat memutuskan penyajian layanan medis. Seorang dokter harus menghargai otonomi pasien untuk menentukan pilihannya. Namun demikian, terdapat beberapa individu yang memiliki keterbatasan sehingga tidak memiliki otonomi, terhadap kelompok inipun maupun dokter harus menghargai keterbatasan.

b) *Beneficence* dan *Non Maleficence*: Memberikan manfaat dan tidak menyebabkan bahaya.

Seorang dokter seyogianya tidak menyebabkan bahaya bagi pasien untuk tindakan medis yang akan diberikannya.

c) *Justice*

Dalam memberikan pelayanannya seorang dokter harus bersikap adil tidak membedakan pasien dari ras, agama dan status sosial. Hal ini sesuai dengan sumpah *hipocrates*.

3. Layanan obat

Kajian tentang layanan obat berarti juga mengkaji profesi apoteker. Prosedur layanan obat di RS harus dapat dipertanggung jawabkan, berarti harus sesuai dengan prinsip etika, moral dan tugas dan tanggung jawab seorang apoteker.

Pada dokumen WHO (1997) dijelaskan bahwa profesi apoteker memiliki 7 peranan yang dikenal sebagai “seven stars pharmacist” yaitu pemberi pelayanan, komunikator, pemimpin, manajer, pembelajar hidup panjang, guru dan apoteker adalah salah satu profesi yang berkaitan erat dengan pekerjaan kedokteran. Dalam beberapa jurnal dijelaskan bahwa apoteker memegang peranan penting dalam meningkatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit, mencegah terjadinya medical error, perpanjangan waktu tinggal di rumah sakit, adverse drugs event bahkan kematian di RS.

Seperti pekerjaan profesi lainnya di RS, pelayanan farmasi juga berfokus pada pasien (Langebrake and

Hilgarth, 2010; Khalili, Farsaei et al., 2011; Tietze, 2011). Sejalan dengan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1333/Menkes/SK/XIII999 tentang Standar Pelayanan Rumah Sakit, yang menyebutkan bahwa pelayanan farmasi rumah sakit adalah bagian yang tidak terpisahkan dari sistem pelayanan kesehatan rumah sakit yang berorientasi kepada pelayanan pasien, penyediaan obat yang bermutu, termasuk pelayanan farmasi klinik, yang terjangkau bagi semua lapisan masyarakat. Seperti dengan dokter, apoteker juga memiliki kode etik yang isinya hampir sama bahwa seorang apoteker berpegang teguh pada prinsip kemanusiaan dan mengutamakan kepentingan pasien (Kode etik apoteker).

Menurut Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1197/Menkes/Sk/X/2004 tentang Standar Pelayanan Farmasi di Rumah Sakit. Di rumah sakit, fungsi pelayanan farmasi ada dua, sebagai berikut.

- a) Pengelolaan perbekalan farmasi dan
- b) Pelayanan kefarmasian dalam penggunaan obat dan alat kesehatan.
 - (1) Mengkaji instruksi pengobatan/resep pasien.
 - (2) Mengidentifikasi masalah yang berkaitan dengan penggunaan obat dan alat kesehatan.
 - (3) Mencegah dan mengatasi masalah yang berkaitan dengan obat dan alat kesehatan.
 - (4) Memantau efektifitas dan keamanan penggunaan obat dan alat kesehatan.
 - (5) Memberikan informasi kepada petugas kesehatan, pasien, keluarga.

- (6) Memberi konseling kepada pasien dan keluarga
- (7) Melakukan pencampuran obat suntik
- (8) Melakukan penyiapan nutrisi parentera
- (9) Melakukan penanganan obat kanker
- (10) Melakukan penentuan kadar obat dalam darah
- (11) Melakukan pencatatan setiap kegiatan
- (12) Melaporkan setiap kegiatan

Sehingga seorang apoteker dikatakan akuntabel jika melaksanakan tanggung jawab dengan mempertimbangkan aspek moral sebagai kewajiban dan bersifat transparansi dalam menjalankan kewajibannya.

4. Layanan keperawatan

Layanan keperawatan dilakukan oleh profesi keperawatan, Layanan keperawatan adalah layanan yang paling besar jumlahnya disajikan di RS. Layanan keperawatan tidak berbeda dengan layanan dokter bahwa didalamnya harus memperhatikan prinsip etika dan moral dalam memperlakukan pasien.

Pentingnya akuntabilitas pada layanan keperawatan telah dituangkan pada *The American Nurses Association's (ANA) Code for Nurses (1976)* yang menyatakan bahwa perawat harus dapat bertanggungjawab dan akuntabel terhadap penilaian dan tindakan individu (Boni, 2001). Seperti profesi lainnya profesi perawat juga memiliki kode etik. Perawat juga memiliki otonomi dalam menjalankan tugasnya. Perawat memiliki atribut sebagai individu yang perhatian, memiliki hubungan yang erat dengan individu, bertanggungjawab untuk membuat keputusan yang tidak menyebabkan pasien

mengalami bahaya, memiliki interdependensi dengan profesi lain sebagai anggota team work di RS, serta memberikan nasehat yang proaktif kepada klien (Wade, 1999).

Dari perspektif *clinical governance*, McFeely (2005) menjelaskan bahwa terdapat tiga aspek yang harus diperhatikan oleh seorang perawat untuk dapat akuntabel terhadap tindakannya, yaitu:

- a) Mengimplementasikan *good practice* yang berarti tindakan keperawatan yang dilakukan adalah tindakan yang selalu *up to date*, selalu bekerja dalam sebuah tim, dan memastikan bahwa perawat tersebut kompeten untuk melakukan tugasnya sebagai perawat,
- b) Mencegah praktek keperawatan yang tidak tepat, misalnya memastikan bahwa terdapat sistem yang mendukung pelaksanaan *good practice*,
- c) Melakukan intervensi jika terjadi tindakan keperawatan yang tidak tepat.

B. Siapa

Selain itu, aspek yang terpenting dalam akuntabel adalah siapa yang akuntabel, di RS banyak profesi namun dari hasil wawancara dijelaskan bahwa yang paling utama harus akuntabel adalah dokter, perawat, apoteker dan manajemen. Hal ini dikemukakan oleh paling sedikit 5 orang responden.

Profesi (medikal, nurse/midwife, farmasis, nutrisionist, profesi lain di RS) (slamet)

Pemilik, pengelola (manajemen) RS, penyedia layanan (medis dan non medis), (NZ)

Profesionalitas tenaga kesehatan seperti dokter, perawat, apoteker, ahli gizi, dan lain-lain (dr surya)

Manajemen, dokter, perawat, apoteker (Sesuai PP no 51 tentang kefarmasian), petugas radiologi, laboran, petugas gizi (WJP)

Dokter, perawat, manajemen (NP)

Semua SDM di RS, tenaga medis, manajemen, keperawatan, apoteker, fisioterapi (SAP)

Hal ini sejalan dengan Emanuel and Emanuel (1996) menjelaskan bahwa yang harus akuntabel di organisasi pelayanan kesehatan adalah kompetensi profesi, tindakan sesuai etik dan hukum, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan dan manfaat yang diperoleh masyarakat.

Di Indonesia aturan tentang akuntabilitas pelayanan publik diatur pada Keputusan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara Nomor KEP/26/M.PAN/2/2004 Tanggal 24 Februari 2004 Tentang Petunjuk Teknis Transparansi dan Akuntabilitas Dalam Penyelenggaraan Pelayanan Publik. Pada dokumen ini dijelaskan bahwa suatu organisasi publik harus dapat memperlihatkan akuntabilitas dalam hal kinerja, biaya dan prosedur layanan.

Demikian pula di RS, faktor tersebut harus akuntabel sejalan dengan perubahan-perubahan yang terjadi pada bidang manajemen akibat adanya reformasi pelayanan kesehatan. Adanya perubahan mekanisme pembayaran dari *out of pocket* menjadi sistem asuransi, sehingga RS perlu meningkatkan efisiensi dan produktivitas, mendesain kembali penyajian pelayanan kesehatan, mengembangkan aliansi

strategik yang dapat memberikan nilai tambah. Dalam pelayanan kesehatan, RS harus membayar *fee* dokter dan para profesional lainnya dalam bentuk sistem remunerasi, terjadi subsidi silang antar jenis pelayanan. Adanya perubahan-perubahan ini maka diperlukan peningkatan akuntabilitas di bidang keuangan dan kinerja (Shortell and Kaluzny, 2000; Shortell and Casalino, 2008).

Akuntabilitas profesi dokter tidak terlepas dari etik dan moral. Secara tradisional, profesi akuntabel terhadap profesi (Finer, 1941) kemudian berkembang menjadi akuntabel pada pasien dan koleganya dan sekarang harus akuntabel terhadap seluruh *stakeholder* di RS termasuk kepada warga Negara (Emanuel, 1996b). Mengacu pada definisi akuntabilitas diatas maka yang menjadi pertanyaan adalah apa saja yang menjadi tanggung jawab seorang dokter dan informasi apa yang harus di sampaikan ke masyarakat yang tidak melanggar nilai etik dan moral baik dari persepsi pasien maupun dokter.

Terdapat beberapa faktor yang mendorong akuntabilitas pada dokter, pertama adanya variasi pada pelayanan dokter, adanya konsumerisme serta meningkatnya kesadaran pasien untuk ikut terlibat dalam pengambilan keputusan yg berkaitan dengan pelayanan yang diterima oleh pasien. Di satu sisi professional memiliki otonomi dalam melakukan pelayanannya. Pengertian otonomi profesi sering disamakan dengan pengertian liberal bahwa dokter bebas menentukan tindakan apa yang harus diberikan kepada pasien karena dokter lebih paham terhadap kondisi pasien dan dokter memiliki pengetahuan untuk itu. Padahal otonomi yang dimaksud disini adalah kebebasan dokter memberikan

tindakan kepada pasien dengan mengutamakan peningkatan status kesehatan pasien. (Emanuel and Pearson, 2012).

Terdapat 4 elemen utama yang harus diperhatikan oleh seorang dokter agar dapat akuntabel yaitu pelayanan sesuai standar, mencegah kegagalan, peningkatan mutu berkelanjutan dan memperhatikan aspek organisasional (Donaldson, 2001).

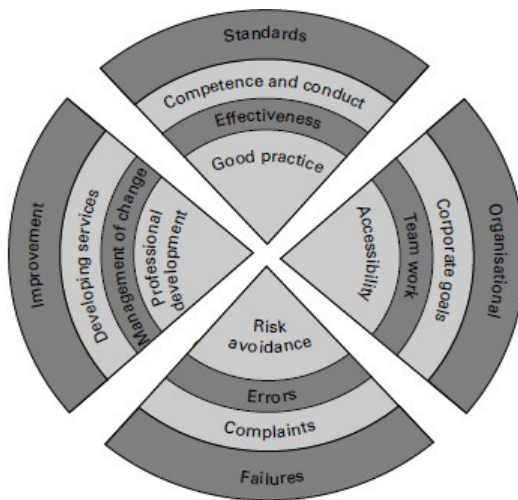


Figure 1 Key elements of accountability for a NHS clinician.

Gambar 9. Elemen kunci akuntabilitas untuk seorang dokter menurut NHS

Pada gambar diatas dijelaskan bahwa untuk dapat memberikan pelayanan dokter yang baik (*Good Practice*), pelayanan tersebut harus sesuai standar kompetensi dan memperhatikan perilaku dokter yang mengacu pada nilai etik dan moral yang telah dilafalkan pada sumpah hipocrates serta menyajikan pelayanan yang efektif. Elemen ke dua adalah

bagaimana menghindari terjadinya kegagalan. Pelayanan di RS harus memperhatikan keluhan pasien mencegah terjadinya risiko. Elemen ke tiga adalah memperhatikan aspek organisasi, bagaimana ketercapaian tujuan organisasi, *teamwork* yang baik serta keterjangkauan pelayanan. Elemen ke empat, peningkatan kualitas berkelanjutan melalui pengembangan bisnis proses pelayanan, pengembangan diri bagi tenaga professional maupun anggota organisasi lainnya serta melaksanakan manajemen perubahan.

Untuk dapat menyediakan layanan yang berkualitas diharapkan dokter memiliki petunjuk berdasarkan bukti atau standar sebagai petunjuk dalam melakukan pelayanan klinik, seperti yang dikembangkan di UK dengan membuat petunjuk nasional untuk pelayanan klinik (Lanier, Roland et al., 2003).

Di Indonesia dikenal sebagai standar pelayanan kedokteran yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No.1438/Menkes/Per/IX/2010. Standar ini terdiri dari Pedoman Nasional Pelayanan Kedokteran (PNPK) dan *Standard Prosedure Operasional* (SPO) yang menjadi acuan bagi dokter dan dokter gigi dalam menyajikan pelayanan kesehatan.

Menurut Emanuel (1996b) untuk dapat menjamin akuntabilitasnya dokter harus dapat mempertanggungjawabkan alasan pengambilan keputusan medis, menjamin kerahasiaan, menghindari adanya konflik kepentingan dan kewajiban atas fiduciary, tanggung jawab atas pasien yang berada pada posisi tidak berdaya, standar profesi, budaya, kesetaraan dan prosedur untuk mengatasi dilema dan

nasehat ahli. Otonomi profesi dokter selalu berkaitan dengan masalah etik dan moral.

Meskipun terdapat tekanan bagi profesi dokter untuk akuntabel terhadap pasien, organisasi ataupun *stakeholder* lainnya, namun dalam hal transparansi informasi tentang kinerja dokter masih menjadi bahan diskusi, karena adanya ketakutan para dokter bahwa informasi yang disajikan dapat disalah artikan, tidak sesuai konteks kejadian yang sebenarnya. Walaupun sebenarnya, informasi kinerja dokter yang disajikan ke masyarakat sudah lama dilakukan oleh beberapa negara berkembang seperti USA dan UK (Freeman, McWilliam et al. 2009).

Oleh karena itu, seorang dokter ataupun para profesional yang bekerja di RS harus melaksanakan tupoksinya dengan memperhatikan aspek moral, kewajiban, dan dalam pengambilan keputusan mengacu pada prinsip bioetik. Untuk dapat akuntabel para professional ini harus secara terbuka dapat dievaluasi kinerjanya.

C. Kepada Siapa

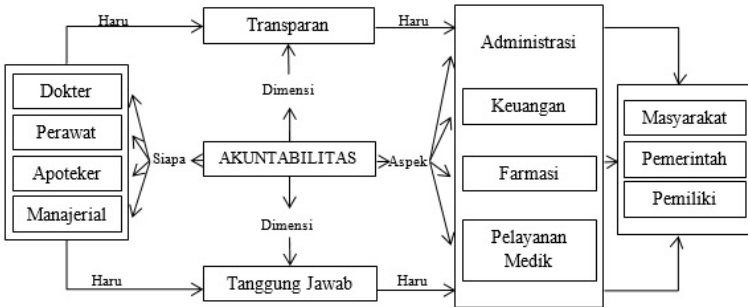
Paling penting dalam mengkaji akuntabilitas, adalah kepada siapa RS harus akuntabel, dari 9 responden sebagian besar menyatakan bahwa RS harus akuntabel pada pemerintah dan masyarakat.

- a) Owner (pemilik RS) own, regulator (pemerintah/pusat/daerah/yayasan)
- b) Kastemer (pelanggan/pengguna): Kastemer internal (provider/karyawan, karyawati), Kastemer eksternal

(pasien/pengguna Rumah Sakit/perorangan dan masyarakat, pemasok)

- c) Pendidik dan peserta didik (khusus untuk RS Pendidikan)

Berdasarkan hasil eksplorasi *In-dept Interview* dan kajian pustaka, maka dikembangkanlah *concept mapping* sebagai berikut:



Gambar 10. Concept Mapping (Peta Konsep) Akuntabilitas RS di Indonesia pada Era Reformasi Perumahsakitian

Seperti yang dijelaskan pada awalnya bahwa konsep akuntabilitas yang berkembang saat ini belum memenuhi tuntutan era reformasi yang telah mengakibatkan perubahan paradigma pelayanan kesehatan.

D. Dimensi-Dimensi Akuntabilitas

Dalam perjalanannya, istilah akuntabilitas semakin berkembang dan semakin kompleks (Sinclair 1995; Mulgan 2000; Dubnick 2002). Setiap expert menggunakan dimensi

yang berbeda tergantung konsep yang digunakan. Meskipun demikian, pendekatan NPM masih berlaku dalam mengkaji akuntabilitas yaitu akuntabilitas dapat berfungsi sebagai alat maupun tujuan. Akuntabilitas merupakan alat untuk meningkatkan efektifitas dan efisiensi organisasi namun juga dapat menjadi tujuan sebuah organisasi.

Beberapa penelitian tentang akuntabilitas di bidang pelayanan kesehatan lebih banyak fokus pada dimensi kinerja profesi dokter karena dianggap dokter merupakan tenaga professional yang paling banyak berpengaruh terhadap kepuasan pasien (Lanier, Roland et al., 2003; Timmermans, 2005; Rowe, 2006; Freeman, McWilliam et al., 2009). Selain kinerja profesi, juga dibahas batasan yang harus diperhatikan dalam memberikan penjelasan kepada pasien, rasionalisasi dari suatu tindakan yang akan diberikan atau layanan yang diterima oleh pasien yang dikenal sebagai *accountability for reasonable* (Daniels and Sabin 1998).

Dimensi lain yang ditambahkan oleh Gamm (1996) yaitu kinerja organisasi, kontribusi RS terhadap pemerintahannya, kolaborasi dengan organisasi lain (akuntabilitas politik) alokasi penggunaan dana khususnya dalam berkontribusi terhadap penelitian, pendidikan dan tanggungjawab sosial, kualitas pelayanan, pelaksanaan *continuum of care* (akuntabilitas komersial), partisipasi rumah sakit terhadap penelitian yang dapat meningkatkan status kesehatan (akuntabilitas pasien dan klinik), komitmen rumah sakit terhadap peningkatan status kesehatan masyarakat (akuntabilitas masyarakat).

Dimensi akuntabilitas menjelaskan apa saja yang harus akuntabel. Beberapa ahli memiliki pandangan yang sama tentang dimensi akuntabilitas, yaitu kinerja organisasi meliputi kinerja administratif, kinerja profesi, dan kinerja keuangan (Daniels and Sabin 1998; Brinkerhoff 2001; Brinkerhoff 2004; Bovens M. 2005; Koppell 2005; Blagescu and Lloyd 2009) (Nurunnabi and Islam, 2011). Menurut Emanuel and Emanuel (1996a), domain akuntabilitas adalah kompetensi profesi, tindakan sesuai hukum dan etik, kinerja keuangan, aksesibilitas, promosi kesehatan masyarakat dan manfaat masyarakat.

Domain profesional adalah bagaimana seorang profesional misalnya, dokter harus menjalankan tugas profesinya secara bertanggungjawab dan sesuai etika, berdasarkan pengetahuan, keterampilan dan keahlian untuk memberikan pelayanan maksimal. Sedangkan domain hukum dan etika adalah sejauh mana hukum dapat ditegakkan pada malpraktek (Nurunnabi dan Islam, 2011).

Pada domain kinerja keuangan dilingkup rumah sakit, pasien dipandang sebagai konsumen; dokter dan rumah sakit sebagai ekonomi produsen atau penyedia dan perawatan kesehatan sebagai produk. Konsumen harus membandingkan kinerja dan kualitas perawatan yang diberikan, dalam model ekonomi lokus mendasar akuntabilitas adalah hubungan antar individu konsumen dan penyedia perawatan kesehatan (dokter, rumah sakit dan rencana perawatan yang dikelola, namun untuk memastikan perawatan efisien, kompetitif terdapat peran regulator pasar. Pemeuhan kinerja keuangan rumah sakit harus memenuhi kebutuhan perawatan ke-

sehatan, menempatkan dokter sesuai dengan keahliannya, mengizinkan administrasi untuk mengimplementasikan catatan akuntansi yang diperlukan untuk mengevaluasi keuangan kerja rumah sakit (Russo, 2014).

Berbeda dengan Emanuel yang memberikan beberapa faktor yang harus akuntabel secara komprehensif, Lanier, Roland et. al (2003) menekankan pentingnya akuntabilitas kinerja profesi dokter. Terdapat empat pilar kinerja profesi dokter yang saling terkait, yaitu kompetensi profesional dan akses informasi.

1. Parameter pertama adalah kompetensi yaitu kemampuan komunikasi, keterampilan teknis, penalaran klinis, emosi serta nilai-nilai dan refleksi dalam kehidupan sehari-hari, dan praktisi harus mendokumentasikan kompetensi tersebut.
2. Parameter selanjutnya adalah aksesibilitas informasi, kebutuhan akan informasi pasien harus terpenuhi. Aksesibilitas informasi harus mencakup kompetensi dan kualitas kinerja dari pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien (Genovese et al., 2017).

Parameter selanjutnya adalah *awareness* dan gratifikasi, dokter harus memiliki kesadaran pada setiap tindakan medis yang dilakukan, tidak hanya atas dasar perlindungan terhadap pasien tetapi juga tanggung jawab pada fasilitas yang digunakan, perusahaan asuransi dan seluruh sistem pelayanan kesehatan. Selanjutnya pilar yang lain adalah kepuasan tenaga profesional mengenai reward yang diberikan yang dapat memotivasi tenaga profesional untuk

bertahan. Pengembangan dari masing-masing parameter ini dapat memungkinkan pencapaian yang lebih baik dalam akuntabilitas pelayanan kesehatan. Karena harus dipahami bahwa berhasilnya pelayanan kesehatan yang diberikan tidak hanya tergantung pada dokter tetapi juga pada sistem yang bekerja secara kolaboratif untuk berbagi tanggung jawab, dan disatu sisi dokter merupakan alat yang dapat memenuhi harapan pasien (akuntabilitas horizontal) dan perawatan pada kesehatan masyarakat yang membedakannya dengan akuntabilitas horisontal (Genovese et al., 2017).

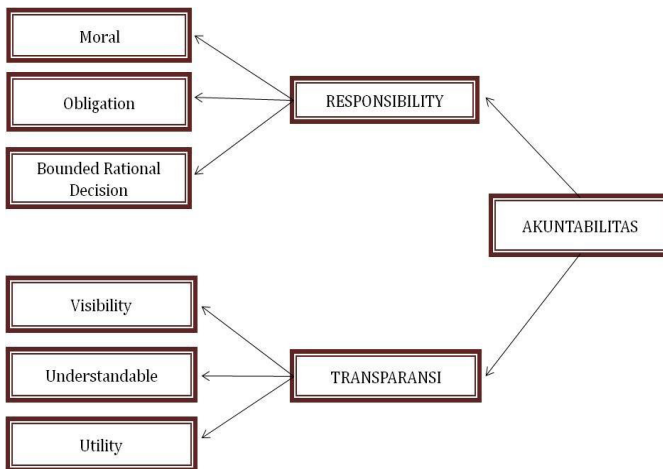
Hal ini disebabkan adanya permintaan masyarakat terhadap kualitas pelayanan dokter yang tinggi, khususnya di negara USA dan UK yang pada dekade terakhir ini memperlihatkan penurunan kualitas pelayanan dokter. Penyebab kedua adalah, kurangnya peranan pemerintah dalam mengontrol kinerja dokter yang selama ini hanya dikontrol oleh organisasi profesi.

Selain dimensi-dimensi ini, Schedler (1999) menambahkan dimensi akuntabilitas yaitu akuntabilitas moral dan akuntabilitas konstitusional. Schedler (1999) menjelaskan secara rinci dimensi akuntabilitas. Administrasi dinilai dengan melihat kesesuaian prosedur birokrasi, dimensi akuntabilitas profesi akan menilai kesesuaian dengan etika profesi, seperti secara medis, akademik, dan professionalism judisial. Akuntabilitas keuangan menilai penggunaan dana pemerintah secara efisien dan sesuai dengan standar-standar moral dan etik. Dimensi moral dinilai dengan mengevaluasi tindakan politik berdasarkan aturan normatif atau kebijakan, sedangkan akuntabilitas secara hukum memonitor aturan

legal dan akuntabilitas *constitutional* mengevaluasi apakah tindakan legislatif sesuai dengan aturan konstitusi.

Dengan mengkaji dan membandingkan pendapat para ahli dengan hasil penelitian yang telah dilakukan oleh penulis, maka dapat disimpulkan bahwa dimensi akuntabilitas RS seperti pada gambar di bawah ini :

Gambar 11. Dimensi Akuntabilitas RS



E. Model Pengukuran Akuntabilitas

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan penulis, terdapat tiga variabel laten yaitu moral, kewajiban, *bounded rational decision* yang membentuk konsep *responsibility* dan tiga variabel laten yang membentuk konsep transparansi yaitu *visibility*, dapat dimengerti dan utilisasi. Berikut ini akan dijelaskan hasil analisis pada setiap *variable latent*.

1. Moral

Moral adalah suatu nilai yang dianut oleh RS dan menjadi dasar dalam melaksanakan tugas pokok dan fungsi RS termasuk dalam mengembangkan kebijakan. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan peneliti menunjukkan bahwa sebagian besar indikator moral berkaitan dengan pemenuhan hak asasi pasien, masyarakat dan staff rumah sakit. Hak asasi pasien adalah memperoleh kebenaran tentang hal berhubungan dengan penyakitnya, informasi tentang biaya pengobatan serta penjaminan privasi pasien. Sedang hak masyarakat adalah terlindungi dari dampak pengelolaan RS dengan adanya kegiatan *corporate social responsibility* RS, tersedianya instalasi pembuangan limbah (IPAL) serta program bakti sosial RS. Sesuai dengan definisi RS yaitu fasilitas kesehatan yang memberikan pelayanan paripurna yaitu preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif. Salah satu aspek akuntabilitas menurut Emanuel and Emanuel (1996) adalah manfaat RS terhadap masyarakat disekitarnya.

Selain itu masyarakat yang berkunjung ke RS juga berhak untuk melakukan komplain jika tidak mendapatkan pelayanan yang tidak sesuai standar. Hak asasi staff yang perlu dijamin adalah hak dalam melakukan ibadah, hak untuk mendapatkan keamanan dan kenyamanan selama bekerja serta adanya komisi etik yang dapat menyelesaikan jika terjadi masalah etik di RS dan penjaminan hak klinis dokter dalam melakukan pekerjaannya.

Indikator ini menunjukkan adanya pergeseran dari era sebelum reformasi perumahsakitannya, dimana hak asasi pasien, staff dan masyarakat masih terabaikan, dengan adanya era

reformasi perumhaskitan, maka hak asasi pasien, staff dan masyarakat menjadi perhatian, karena pemenuhan hak asasi ini adalah tanggapan terhadap kebutuhan pasar.

Sehubungan dengan hak pasien, hal ini juga sejalan dengan pengaruh implementasi JKN dimana pada pasal 15 dan 23 PMK Nomor 71 Tahun 2013 dijelaskan bahwa pasien berhak mendapatkan pelayanan medis, obat-obatan, alat kesehatan dan bahan habis pakai (BHP) sesuai indikasi medis. Aturan ini jelas menunjukkan bahwa pasien berhak mendapatkan informasi tentang penyakitnya untuk mengetahui pelayanan medis, obat dan BHP apa yang dibutuhkan dan apa yang ditanggung oleh BPJS dan dapat disediakan oleh RS, karena pasien juga berhak mendapatkan obat, alkes dan BHP yang tidak disediakan di formularium nasional tetapi berdasarkan indikasi medis bahan-bahan tersebut dibutuhkan (Pasal 24 ayat 2 PMK Nomor 71 Tahun 2013).

Pada standar ini dijelaskan bahwa pasien memiliki hak untuk mendapatkan informasi tentang penjelasan mengenai pengobatan dan rencana pengobatan yang akan dilayani hal ini sejalan dengan prinsip *biomedic ethic* yaitu menghargai pasien sebagai individu yang memiliki hak atas dirinya untuk mengetahui segala informasi tentang penyakitnya. Selain itu pasien berhak untuk mendapatkan pelayanan yang *beneficence* dan *non maleficence*. Hal ini sesuai dengan indikator yang dikembangkan bahwa untuk menjelaskan variabel moral di RS maka RS harus mengembangkan prosedur dan kebijakan yang mengacu pada *patient safety*.

Untuk dokter, RS memiliki tanggung jawab moral untuk melindungi hak klinisnya (*Clinical privilege*). Hak klinis ini penting sebagai kendali mutu pelayanan kesehatan di RS yang merupakan salah satu tujuan diterapkannya JKN. Penetapan hak klinis ini akan menjadi dasar pada saat kredensial untuk menentukan kompetensi seorang dokter yang akan bertugas. Sebelum era reformasi perumahsakitannya, kredensial belum penting sehingga *clinical privilege* belum menjadi penekanan, namun dengan adanya reformasi perumahsakitannya, maka terdapat regulasi KMK 631/Menkes/SK/IV/2005 Tentang Pedoman Peraturan Internal Staff Medis (*Medical Staff By laws*) Di rumah sakit dan implementasi JKN kredensial menjadi sangat penting karena akan menentukan efektif dan efisiennya suatu penyajian pelayanan medik. Misalnya, appendektomi dapat dilakukan oleh dokter umum dan dapat juga dilakukan oleh dokter bedah, namun hasil yang dicapai ditinjau dari efektifitas dan efisiensi dapat berbeda. Penetapan hak klinis dokter dapat mencegah terjadinya moral hazard dan fraud, sehingga hal ini akan melindungi pasien dari tindakan yang tidak *beneficence* dan *maleficence* karena melakukan tindakan yang tidak sesuai kompetensinya.

Indikator *monitoring* kesesuaian terapi dan *diagnose* merupakan penjabaran implementasi nilai moral yaitu *non maleficence* yaitu tidak menyebabkan bahaya bagi pasien meskipun bertujuan untuk memperbaiki kesehatan dengan terapi. Diharapkan seorang dokter memiliki tugas moral untuk memberikan terapi rasional kepada pasien. Terapi rasional adalah terapi yang diberikan sesuai dengan *diagnose*

penyakit dengan memilih obat yang efektif dan memiliki efek samping paling sedikit bagi pasien yang berarti menghindarkan pasien dari sesuatu yang dapat merusak fisik dan jiwanya.

Dari Uraian diatas dapat disimpulkan bahwa indikator penerapan moral di RS selain mengacu pada prinsip *bioetic* juga meliputi :

- a) Aspek pembiayaan.
- b) Lamanya perawatan.
- c) Hak untuk meminta tenaga yang dapat memberikan motivasi dan semangat.
- d) Kewajiban terhadap masyarakat, pengunjung dan *staff*.

Ini menunjukkan bahwa penelitian ini menambahkan prinsip *economic beneficence* pada indikator moral yang berdasarkan kajian terdahulu prinsip moral di rumah sakit hanya berdasarkan prinsip *bioethics*.

Pergeseran paradigma pengelolaan rumah sakit yang dipengaruhi oleh era NPM menyebabkan banyak RS atau pelayanan kesehatan dikelola dengan mengacu pada teori ekonomi, sehingga pengelolaan RS cenderung mempertimbangkan *economic beneficence*.

Sejalan dengan itu, salah satu agenda reformasi pelayanan kesehatan adalah meningkatkan kinerja publik sehingga pemerintah menetapkan bahwa RS harus berbentuk Badan Layanan Umum (BLU) yang dituangkan pada pasal 7 UU Nomor 44 Tahun 2009 untuk lebih meningkatkan efesiensi, efektifitas, dan produktifitas pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit, maka tujuan BLU sering disalah artikan karena mengelola organisasi dengan menerapkan

praktek bisnis yang sehat. Tujuan ini sering disalah artikan bahwa RS harus dikelola secara bisnis dengan mencari keuntungan, padahal yang dimaksud dengan prinsip bisnis yang sehat adalah meningkatkan efisiensi dan produktifitas (Peraturan Pemerintah No. 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum).

Penerapan BLU ini akan mempengaruhi pengelolaan RS, kekuasaan yang besar diberikan bagi RS untuk mengelola sumber daya menyebabkan RS harus benar-benar dapat akuntabel berarti RS harus menerapkan prinsip moral.

Selain itu, dalam hal perlindungan privasi RS misalnya dengan membuat kebijakan yang melindungi privasi pasien dan staff. Menghargai pasien dan staff yang bekerja di RS sebagai individu yang memiliki hak asasi untuk dilindungi privasi fisik, spiritual, psikosial, informasi, dan kepribadian. Sehingga secara moral tidak dibenarkan membicarakan kondisi pasien di tempat umum.

Akibat adanya globalisasi, saat ini harapan pasien meningkat, tidak hanya menginginkan perawatan kesehatan tapi juga bagaimana memperoleh pelayanan kesehatan yang terbaik, dengan teknologi terbaik serta peningkatan kesehatan dengan tidak membatasi kebebasan mereka termasuk dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang melindungi privasi mereka (Roberts, Hsiao et al. 2008). Sehingga diharapkan RS membuat kebijakan yang dapat menjamin kerahasiaan pasien.

Pasien mengharapkan pelayanan yang memiliki nilai tambah yaitu pelayanan yang akuntabel. Penerapan nilai-nilai moral dalam penyajian pelayanan kesehatan juga

dalam rangka memberikan nilai tambah bagi Rumah sakit. Sebagaimana yang dijelaskan oleh (Porter and Teisberg 2004; Porter and Teisberg 2006) bahwa akibat pergeseran paradigma pelayanan kesehatan maka terjadi peningkatan biaya, terjadi kompetisi diantara pemberi pelayanan kesehatan, namun kompetisi yang diharapkan disini adalah kompetisi nilai, bagaimana sebuah RS menyajikan pelayanan yang memberikan nilai tambah bagi pasien. Salah satu nilai tambah yang diharapkan adalah penyajian pelayanan kesehatan yang mengacu pada prinsip etik yang sudah bergeser bahkan hilang karena terjadinya tekanan-tekanan akibat globalisasi seperti peningkatan sifat materialism, pengejaran efisiensi oleh rumah sakit sehingga tidak memperhatikan lagi nilai-nilai tradisional bahkan hampir melupakan sumpah hipocrates.

Pada tahun 1992 JCAHO (*Joint Commission Accreditation of Hospital Organization*) telah menetapkan bahwa RS harus memiliki komisi etik untuk menangani masalah etik yang terjadi di RS baik antara petugas RS dan Pasien maupun kasus etik oleh staff RS. Penerapan nilai etik dan moral di RS menunjukkan bahwa RS menjalankan tanggung jawabnya dalam menyajikan pelayanan kesehatan yang tidak melupakan hak-hak asasi manusia dan menegakkan prinsip bioetik. Hal ini menunjukkan pergeseran sebelum reformasi perumahsakitian belum ada regulasi.

Beberapa contoh pergeseran variabel moral dan implikasinya dalam pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakitian. Sebelum reformasi RS tidak menjelaskan perkiraan biaya pelayanan, namun setelah reformasi hal

tersebut harus dilakukan. Sehingga implikasi terhadap pengelolaan RS adalah dengan penerapan *clinical pathway* secara konsisten sehingga RS dapat memberikan perkiraan biaya. Sebelum reformasi lama perawatan tidak menjadi pertimbangan, namun setelah reformasi lama perawatan menjadi pertimbangan karena menyangkut biaya-biaya lainnya (*indirect cost*) dan pengetahuan pasien tentang penyakit sudah meningkat. Sehingga implikasinya dalam pengelolaan RS adalah kembali lagi adalah dengan penerapan Clinical Pathway karena implementasinya secara konsisten dapat memberikan informasi lamanya perawatan. Selain itu, sebelum reformasi informasi tentang perkembangan dan perjalanan penyakit pasien diabaikan, namun setelah reformasi dilakukan pemusatan pada pasien, dimana pasien semakin sadar akan haknya untuk mengetahui informasi tersebut. Sehingga implikasi terhadap pengelolaan RS dengan mengoptimalkan komunikasi terapeutik di RS. Kedua contoh diatas juga semakin memperjelas pentingnya implementasi *clinical pathway* dalam penerapan akuntabilitas RS.

2. Kewajiban

Kewajiban adalah tindakan yang dilakukan terhadap orang lain yang berhubungan dengan tugas pokok dan fungsi organisasi atau orang yang melekat pada organisasi. Pelaksanaan kewajiban organisasi dapat di ukur dengan menggunakan indikator tertentu.

Terdapat dua aspek tentang kewajiban yaitu kewajiban organisasi dan kewajiban individu yang ada di dalam

organisasi tersebut. Sebagai organisasi RS memiliki dua kewajiban yaitu kewajiban organisasi terhadap anggotanya dan kewajiban organisasi terhadap pasien. Sedangkan kewajiban individu adalah kewajiban yang harus dilaksanakan oleh para individu khususnya para professional yang ada di dalam organisasi tersebut.

Meskipun kewajiban RS telah dijelaskan pada UU RS, namun sebagian besar berupa kewajiban bagi pasien, padahal sebuah organisasi juga memiliki kewajiban terhadap anggota organisasinya. Indikator kewajiban yang dikembangkan mengacu pada UU RS serta pada reformasi kesehatan seperti moral (sudah dijelaskan sebelumnya) dan terkait tupoksi RS yaitu menyajikan pelayanan berkualitas, sehingga RS bertanggungjawab terhadap penyediaan input yang berkualitas yaitu sumber daya manusia, peralatan dan sarana, serta proses pelayanan yang sesuai standar mutu.

Kewajiban menyediakan sistem penjaminan mutu adalah tuntutan di era reformasi, khususnya pada era JKN ini, karena rumah sakit yang memiliki sistem penjaminan mutu cenderung akan menghasilkan pelayanan yang aman, tepat waktu, efektif, efisien, dan berkeadilan (Bloom 2002) dengan demikian tujuan penerapan SJSN agar masyarakat dapat memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan dasar dapat tercapai. Oleh karena itu RS sebaiknya menerapkan sistem penjaminan mutu.

Rumah sakit juga berkewajiban dalam menyampaikan hak dan kewajiban pasien selama mengunjungi RS,

memahami biaya pengobatan dan tidak ada biaya di luar ketentuan tarif resmi. memberikan informasi pelayanan kepada pasien. Indikator-indikator ini menjadi penting pada saat penerapan JKN untuk menilai pelaksanaan kewajiban RS. Penyampaian informasi ini akan membantu pasien mengetahui manfaat pelayanan kesehatan yang diterima dan mencegah terjadinya *fraud* dan *abuse* dalam penyajian pelayanan kesehatan di RS. Hal ini sangat berhubungan dengan aturan pada Permenkes Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada JKN pasal 26 ayat 2 bahwa RS wajib menyiapkan obat, bahan habis pakai dan alat kesehatan sesuai indikasi medis. Sebelum implementasi JKN, pemberian informasi tentang biaya pengobatan kepada pasien tidak wajib. Sehingga RS sebaiknya menjalankan edukasi pada pasien.

Selain itu RS juga wajib melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan medis serta. Kewajiban ini berhubungan dengan hak pasien untuk dilibatkan pada setiap tindakan yang berhubungan dengan kesehatan dan keselamatan pasien. Sebelum reformasi, hak pasien belum banyak di akomodir, dengan adanya pergeseran paradigma perumahsakitkan, maka pasien menjadi fokus dalam setiap pengambilan tindakan. Kewajiban RS ini juga diatur dalam standar mutu akreditasi internasional.

Rumah sakit juga memiliki kewajiban terhadap organisasi antara lain: pertama yaitu mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya yang dikeluarkan karena adanya pergeseran pengelolaan rumah sakit. Implementasi BLU pada RS menyebabkan RS tidak lagi menjadi *cost centre* tetapi men-

jadi *revenue centre*. Implikasinya adalah RS wajib menerapkan *cost containment*.

Kedua adalah menjelaskan kepada staff tentang hak dan kewajibanya di RS. Hal ini penting bagi staff karena sebagai pedoman dalam melakukan tugas pokok dan fungsi staff. Sebelum reformasi, hak staff cenderung diabaikan, namun setelah reformasi staff harus atau hak dan kewajibanya agar dapat meningkatkan kinerjanya. Hal ini dilakukan dengan membuat dokumen kontrak dengan seluruh staff yang bekerja di RS termasuk dokter. Selanjutnya ketersediaan dokumen kontrak ini memberikan implikasi bahwa dalam menjalankan fungsinya RS dapat mempertanggung jawabkan seluruh proses yang ada di RS, karena dokumen kontrak sebagai bukti tertulis terhadap semua kerjasama yang dilakukan di RS.

Menurut Roussau dalam Shore and Barksdale (1998) seharusnya terdapat psikologika kontrak yaitu suatu bentuk pertukaran kewajiban bersama antara pemberi kerja dan staff. Hubungan ini penting karena akan mempengaruhi perilaku organisasi (Rousseau, 1990). Oleh karena itu maka RS wajib membuat kontrak dengan para staffnya maupun dengan pihak-pihak yang terkait di RS Hal ini berarti pada era reformasi perumahsakitan pengendalian RS bergeser dari dokter ke manajemen.

Ketiga adalah menciptakan lingkungan RS yang aman dan nyaman bagi staff, pasien dan masyarakat. Bagi staff, bekerja dengan prosedur yang aman akan mempengaruhi kinerja dan kepuasan pegawai sehingga diharapkan dengan RS melaksanakan kewajibannya terhadap staff

akan meningkatkan komitmen dan integritas para staff tersebut untuk menghasilkan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan tuntutan SJSN. Sebelum era reformasi perumahsakit, kebutuhan staff tidak menjadi perhatian, dan belum ada regulasi penjaminan mutu tentang jaminan atas keselamatan staff, setelah era sekarang, adanya standar mutu keselamatan staff (akreditasi JCI) maka RS wajib mendesain prosedur kerja yang aman dan nyaman.

Selain itu, RS memiliki kewajiban untuk menyediakan/memfasilitasi proses pendidikan dan penelitian di RS selain pelayanan kesehatan. Sebelum diterapkannya regulasi tentang tugas pokok dan fungsi rumah sakit maka penyediaan fasilitas pendidikan bukan merupakan kewajiban, namun dengan adanya UU Nomor 40 tahun 2009 tentang RS Pasal 4 dan 5 tugas tersebut menjadi kewajiban.

Indikator kewajiban RS selanjutnya adalah setiap profesional yang bekerja didalamnya wajib bekerja sesuai standar kompetensinya. Bagi profesi dokter, kewajibannya adalah menerapkan *clinical pathway* (CP) pada saat menangani kasus penyakit. CP ini merupakan perencanaan pelayanan kesehatan terpadu dengan merangkum setiap langkah yang dilakukan pada pasien mulai dari masuk sampai keluar rumah sakit.

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa implementasi *clinical pathway* akan menurunkan biaya bagi pasien serta efisiensi pada rumah sakit (Warner, Kulick et al. 1998; Porter, Pisters et al. 2000; Loeb, Carusone et al. 2006). Selain itu *clinical pathway* yang dijadikan dasar dalam pengelolaan

kasus menjadi dasar pertanggungjawaban bagi seorang dokter dalam mempertanggung jawabkan biaya pelayanan kesehatan yang timbul pada pengelolaan kasus. Sehingga menjadi kewajiban dokter dan RS menyiapkan *clinical pathway* sebagai kendali mutu dan kendali biaya dalam implementasi JKN. Pada era sebelum implementasi JKN, penerapan *clinical pathway* tidak wajib bagi seorang dokter. Sehingga implikasinya RS harus menyiapkan CP bagi setiap kasus yang ditangani.

Namun demikian terdapat empat indikator yang memiliki nilai faktor loading <0.30 menunjukkan kontribusinya tidak signifikan membentuk variabel kewajiban yaitu tarif resmi yang berlaku sesuai dengan INA CBGs, jika pasien memilih keputusan yang berbeda dengan saran dokter, maka RS dapat menolak pasien tersebut, terkadang ada situasi yang menyebabkan petugas sulit menerapkan kode etik profesi. Dokter dan perawat seringkali menemui hambatan dalam membangun *teamwork*.

Tarif resmi yang berlaku di RS saat ini belum semua disesuaikan dengan tarif INA CBGs. Belum ada aturan yang mewajibkan RS menerapkan tarif sesuai INA-CBGs khususnya untuk pasien umum.

Kewajiban RS adalah melayani pasien dan tidak dapat menolak pasien hanya karena pasien menolak saran dokter tertentu. Dalam hal penerapan kode etik, dalam hal-hal tertentu para professional mungkin tidak dapat melaksanakan kode etik dengan tepat, seperti *euthanasia* pasif tidak dapat dilakukan, namun terkadang permintaan pasien

dan keluarga untuk menghentikan *life support* tidak dapat dihindari, ini adalah hal yang sulit bagi profesional yang berhubungan langsung dengan pasien, sehingga tidak dapat dijadikan indikator kewajiban, bahwa untuk situasi tertentu, petugas RS dapat melanggar kode etik.

Berdasarkan hasil uraian ini maka secara singkat dapat dijelaskan bahwa kewajiban RS mencakup pengambilan keputusan:

- a) Rasional ekonomi;
- b) Hukum;
- c) Implementasi *human rights* terhadap *prinsip equity*;
- d) Pelaksanaan secara konsisten prosedur keselamatan pasien;
- e) Kendali mutu dan biaya.

Temuan ini menambahkan indikator variabel obligasi dengan faktor: rasional ekonomi, kendali mutu dan biaya pelaksanaan secara konsisten prosedur. Selain itu juga melengkapi pengertian konsep obligasi dengan perluasan implementasi *human right* dalam pelayanan kesehatan serta mengubah konsep obligator dari dokter dan perawat menjadi RS.

Beberapa contoh pergeseran konsep akuntabilitas untuk variabel obligasi dan implikasinya pada pengelolaan RS di era reformasi perumahsakit. Sebelum reformasi, sistem penjaminan mutu yang dikembangkan bersifat sukarela, dan mengalami pergeseran setelah reformasi menjadi bersifat wajib untuk dilaksanakan. Sehingga implikasinya terhadap pengelolaan RS dengan mengembangkan dan menerapkan sistem penjaminan mutu yang lebih baik. Dimensi

obligation yang mempertimbangkan untung rugi dari setiap biaya sebelum reformasi yaitu Cost Center dan mengalami pergeseran setelah reformasi yaitu Revenue Center. Sehingga implikasinya terhadap pengelolaan RS dengan mengembangkan Cost Containment. Penerapan dimesi obligasi yaitu RS wajib menjelaskan kepada pasien tentang hak dan kewajibannya, dimana sebelum reformasi hak pasien belum diakomodasi, namun setelah reformasi hak pasien wajib untuk diakomodasi. Sehingga pemberian edukasi pasien secara teratur menunjukkan RS tersebut menerapkan akuntabilitas.

3. Bounded Rationality Decision

Bounded rationality decision adalah salah satu metode pengambilan keputusan yang bersifat *heuristic* dan tidak mengandalkan pada ketersediaan data dan informasi yang lengkap. Indikator yang paling memberikan kontribusi tertinggi adalah analisis situasi pada data yang terbatas didasarkan pada intuisi para ahli di RS. Hal ini menunjukkan cara pengambilan keputusan yang tidak mengacu pada ketersediaan data secara sempurna. Bahwa pengambilan keputusan yang demikianlah yang disebut *bounded rational decision*.

Ada dua fakta yang dapat disimpulkan oleh penulis, penelitiannya sebagai berikut.

- a) Fakta pertama yaitu bahwa keterbatasan kognitif terkadang menyebabkan pengambilan keputusan dilakukan secara cepat tanpa data. Keputusan yang diambil biasanya berdasarkan *rule of thumb* suatu organisasi

ataupun bersifat *heuristic* yaitu berdasarkan pengalaman dan pengetahuan pengambil keputusan (Robbins 2001). Sehingga temuan ini dianggap mendukung teori *bounded rational decision* di RS.

- b) Fakta kedua adalah meskipun dalam keterbatasan kognitif, *rule of thumb* pengambil keputusan mengutamakan kepentingan masyarakat serta dampak pengambilan keputusan.

Meskipun menurut Simon (1972) keterbatasan kognitif menyebabkan pengambil keputusan mengutamakan pengambilan keputusan yang dapat memuaskan salah satu pihak, bukan keputusan yang optimal maupun maksimal. Hasil penelitian ini memberikan kontribusi dengan menggeser pengukuran *bounded rational decision* dari mengutamakan satu pihak menjadi mengutamakan kepentingan masyarakat. Selanjutnya akan diuraikan penjelasan indikator.

Keputusan yang diambil di RS seyogianya mengacu pada *rule of thumb* yaitu mengacu pada kepentingan pasien dan prinsip biomedik etik. Meskipun keputusan yang diambil tidak berdasarkan data yang lengkap, tapi keputusan harus segera diambil, maka yang perlu menjadi pertimbangan bagaimana keputusan tersebut tidak merugikan pasien. Fokus pada kepentingan pasien merupakan penjabaran dari reformasi dalam sistem pelayanan kesehatan yang dipengaruhi oleh *New Publik Management* dimana keputusan organisasi dipengaruhi oleh kepentingan pengguna di dalam konteks rumah sakit pengguna adalah pasien. Pada model ini peng-

ambil keputusan lebih menggunakan pengalaman dan pengetahuan dalam mengambil keputusan dibanding pada ketersediaan data.

Salah satu aspek yang dapat menunjukkan suatu organisasi bertanggungjawab adalah bagaimana proses pengambilan keputusan dilakukan. Pada BRD terdapat beberapa nilai yang jadi pertimbangan yaitu nilai organisasi, nilai individu, nilai kebijakan, nilai profesi, dan nilai ideologi. Pada organisasi RS nilai-nilai yang menjadi utama dan menjadi *rule of thumb* dalam pengambilan keputusan yaitu mengutamakan kepentingan pasien, sehingga keputusan tidak selalu mengikuti logika organisasi. Terdapat alasan yang dapat dipertanggungjawabkan terhadap kebijakan yang diambil baik tertulis maupun tidak tertulis. Seperti pada indikator yang dikembangkan yaitu keputusan yang diambil lebih mementingkan kepentingan masyarakat, para profesional di RS mengambil keputusan dengan berdasarkan intuisi sebagai profesional yang telah berpengalaman dalam hal mengelola RS, pengambilan keputusan dilakukan secara cepat meski data yang lengkap tidak tersedia. Seperti diketahui RS adalah organisasi kompleks dengan ciri ketidakpastian membutuhkan pengambilan keputusan yang segera, sehingga tidak dapat selalu bergantung pada ketersediaan data, selain itu pengambilan keputusan di rumah sakit selalu dipengaruhi oleh nilai-nilai moral dan etik maka *bounded rational decision* adalah model pengambilan keputusan yang tepat di rumah sakit.

Sehingga untuk menjadi akuntabel RS termasuk didalamnya para professional harus menyajikan pelayanan yang bertanggungjawab yaitu pelayanan yang memiliki nilai moral, melaksanakan kewajiban serta mengambil keputusan berdasarkan *bounded rational decision*. Pelayanan yang bertanggungjawab seyogianya dilakukan oleh dokter, perawat, apoteker, manajerial untuk menyajikan layanan medis, layanan keuangan, layanan obat.

Namun demikian, diperoleh lima indikator yang memiliki nilai faktor *loading* di bawah 0.30 yaitu pengambilan keputusan di RS memperhitungkan aspek rasional ekonomis daripada kepentingan masyarakat, pengambilan keputusan dengan mengandalkan pengetahuan dan pengalaman para ahli, pendapat ahli lebih dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan dibandingkan dengan evaluasi data, pengambilan keputusan di RS lebih mengacu pada kepentingan pihak penjamin pembiayaan kesehatan daripada kepentingan optimalisasi pelayanan kesehatan, RS tidak memiliki fleksibilitas pengambilan keputusan yang berbeda dengan SOP yang ada. Banyaknya faktor yang tidak memberikan kontribusi terhadap variabel BRD dapat disebabkan oleh pemahaman responden terhadap istilah BRD masih sangat awam, karakteristik responden yang hampir sebagian besar memiliki tingkat pendidikan S1 belum mampu memahami apa makna BRD dan pengetahuan manajemen responden masih kurang.

Beberapa contoh pergeseran praktek variabel *bounded rational decision* dalam konsep akuntabilitas dan implikasinya dalam pengelolaan RS. Sebelum reformasi keputusan profesional lebih banyak mengandalkan intuisi, intuisi penting dalam pengambilan keputusan profesional di RS. Namun setelah reformasi keputusan profesional lebih dikendalikan oleh data-data yang tersedia, kebijakan dan SOP professional. Sehingga implikasi dalam pengelolaan RS adalah RS harus berbasis data dan informasi untuk melengkapi intuisi para praktisi kesehatan.

4. *Visibility*

Visibility adalah kemampuan data untuk dapat diakses yang tidak dibatasi oleh jarak dan waktu. Informasi yang disajikan harus dapat diakses tanpa dibatasi jarak dan waktu (*visible*) dan bersifat *real time*. Menurut Garsten and De Montoya (2008) bahwa transparansi dalam organisasi berhubungan dengan *visibility* dan penyajian informasi (keterbukaan). Selain itu Informasi yang disajikan harus mutakhir (Chang, 2007). Selanjutnya, Chang (2007) menemukan bahwa RS mengembangkan website untuk memfasilitasi karyawan agar dapat berkomunikasi dengan pelanggan untuk menyajikan informasi yang lengkap dan komprehensif

Hasil ini menambah indikator tentang aksesibilitas informasi di RS serta mempertajam indikator variabel *visibility* terkait waktu penyajian informasi. Kebutuhan akan informasi yang dapat diakses 24 jam dan tidak dibatasi oleh waktu dan jarak ini dipengaruhi oleh era digital saat

ini dimana perjalanan manusia tidak dibatasi oleh jarak dan waktu, sehingga kebutuhan akan informasi pelayanan kesehatan juga tidak dibatasi oleh jarak dan waktu. Dalam konteks global, pasien memiliki keingin tahuan yang lebih besar tentang pelayanan kesehatan yang memberikan kualitas yang lebih baik dengan harga yang lebih murah, demikian juga dengan peranan warga negara yang semakin meningkat sebagai agen kontrol terhadap organisasi publik, masyarakat ingin mengetahui segala informasi yang dapat menunjukkan suatu RS dijalankan secara efisien dan efektif. Suatu RS disebut transparansi jika informasi yang diberikan bersifat *visible*.

Informasi tersebut tidak hanya dibutuhkan oleh pasien namun juga pengguna jasa RS lainnya seperti supplier serta masyarakat yang peranannya semakin tinggi sebagai alat kendali terhadap organisasi publik. Hak warga negara untuk mengakses informasi dari organisasi publik bukan lagi hal yang “tabu” karena hampir lebih 40 negara telah membuat hukum tentang akses terhadap organisasi publik dan 30 negara lainnya sedang dalam proses. Hal ini dipicu oleh runtuhnya *authoritarianism* dan berkembangnya demokrasi, meskipun demikian beberapa negara membuat peraturan tentang jenis data yang dapat diakses oleh masyarakat (Banisar 2002).

Dalam hal mencari informasi, beberapa penelitian di USA memperoleh data bahwa sekitar 63% pasien melakukan pencarian informasi secara *online* mengenai kesehatan sebelum berkunjung ke RS (Hesse, Nelson et al. 2005; Liszka, Steyer et al. 2006). Hal ini tentu juga akan mempengaruhi

perilaku pasien atau masyarakat dalam mencari informasi tentang rumah sakit yang akan dikunjungi.

Saat ini diasumsikan bahwa pasien memiliki peranan penting dalam kesehatannya, mereka cenderung terlibat pada pengambilan keputusan tentang pelayanan medis yang akan didapatkannya, sehingga mereka akan menjadi aktif untuk mencari informasi tentang penyakitnya maupun informasi tentang tempat pelayanan kesehatan yang akan dikunjunginya (Moen and Brennan 2005; Brennan and Starren 2006; Dart and Gallois 2010) di beberapa negara *e-hospital* bukan lagi barang baru dan telah berkembang sejak 10 tahun yang lalu, bahkan telah diteliti bagaimana peranan *e-hospital* dan meningkatkan efisiensi dan kinerja (Chang 2007).

Pada sektor kesehatan, kajian tentang transparansi lebih banyak yang berfokus pada tarif (Tu and Lauer 2009; Sinaiko and Rosenthal 2011). Permintaan akan transparansi tarif meningkat di AS, sejak tahun 2009, kongres di AS telah menyetujui transparansi tarif sehingga beberapa negara bagian telah meminta RS untuk mengumumkan tingkat *reimbursement* dan secara sukarela mengumumkan tarif yang berlaku di RS (Cutler and Dafny 2011). Transparansi tarif ini meningkat di USA karena terjadinya peningkatan biaya kesehatan. Melalui transparansi tarif, maka masyarakat dapat mengetahui biaya layanan yang diterima serta membandingkan dengan kualitas pelayanan yang didapatkan. Untuk kasus *cost sharing* pada anggota asuransi, sangat dibutuhkan transparansi tarif. Sedangkan dari pihak asuransi dapat melihat RS mana yang efisien mengelola dana. Pihak penjamin kesehatan, dalam hal ini BPJS dapat mengevaluasi

tingkat efisiensi RS dan dapat mengurangi *fraud* and *abuse* dalam penyajian layanan kesehatan.

Terjadi beberapa pergeseran tentang penyajian informasi pada rumah sakit. Pada era sebelum reformasi perumahsakitan, pencarian informasi tentang RS hanya dilakukan pada jam kerja, bahkan jarang masyarakat yang mencari informasi tentang RS. Saat ini, masyarakat dengan pengaruh teknologi dan sudah memiliki kesadaran yang tinggi tentang pentingnya pelayanan RS, maka pencarian informasi ini menjadi 24 jam. Oleh karena itu, diharapkan setiap RS memiliki *website* yang menyajikan data yang mutakhir.

Beberapa contoh pergeseran variabel *visibility* dalam konsep akuntabilitas dan implikasinya dalam pengelolaan RS di era reformasi perumahsakitan. Akses informasi pelayanan RS selama 24 jam, dimana sebelum reformasi pencarian informasi pelayanan *non-emergency* dilakukan pada jam kerja, namun setelah reformasi pencarian informasi pelayanan *non-emergency* tersebut dilakukan 24 jam. Sehingga implikasi terhadap pengelolaan RS adalah dengan pengembangan *website* RS. Akses informasi tentang pelayanan RS tanpa dibatasi oleh jarak, dimana sebelum informasi pencarian informasi RS dilakukan *onsite*, namun setelah reformasi pencarian tersebut dapat dilakukan *offsite* berbasis digital. Sehingga implikasi terhadap pengelolaan RS adalah wajib pengembangan *website* RS. Informasi yang disajikan selalu sesuai dengan kondisi saat ini, dimana sebelum reformasi informasi tersebut belum tersedia berdasarkan kondisi *real time*, namun setelah reformasi informasi disajikan *real time* untuk menghadapi situasi *uncertainty*. Sehingga implikasi

terhadap pengelolaan RS adalah dengan pengembangan sistem informasi RS terintegrasi untuk mendukung *decision support system*.

5. Dapat Dimengerti

Dapat dimengerti adalah kemampuan suatu data/informasi dapat dipahami bagi yang mengakses informasi tersebut. Informasi yang disajikan harus dapat dipahami masyarakat termasuk informasi mutu rumah sakit. Sesuai dengan penelitian sebelumnya bahwa transparansi adalah bentuk komunikasi organisasi dengan *stakeholder* sehingga informasi yang disajikan harus dapat dipahami (Lee 2003). Hal ini disebabkan oleh karena komunikasi merupakan proses dimana orang secara interaktif menciptakan, mempertahankan dan mengelola pemahaman. Komunikasi yang tepat jika memenuhi syarat efektif dan tepat. Sehingga untuk menyampaikan informasi yang efektif, isi bahasanya harus mudah dipahami oleh pembaca atau pendengar (West, Turner et. al. 2010). Ditambahkan oleh Lee (2003) bahwa seluruh partisipan dalam komunikasi harus mengerti *content* dan mengartikulasikan ide yang akan disampaikan dengan baik, sehingga tidak membutuhkan pertanyaan.

Suatu informasi yang di sajikan kepada pasien ataupun *stakeholder* lainnya, baru dapat bermanfaat jika informasi tersebut dapat dimengerti. Tujuan dari *disclosure* informasi kepada masyarakat agar informasi tersebut dapat digunakan untuk mengevaluasi dan memonitor kinerja RS baik dalam efisiensi dan efektifitas penggunaan sumber daya dalam menyajikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. Sehingga

informasi yang di sajikan oleh RS sebaiknya menggunakan bahasa yang mudah dimengerti. Burack, Impellizzeri et al. (1999). Selama ini RS sering menampilkan informasi yang menggunakan bahasa latin atau medis yang kurang dipahami oleh pasien, informasi ini menjadi tidak berguna karena tujuan pemberian informasi tidak tercapai.

Sebelum era reformasi, kebanyakan informasi yang disajikan RS banyak yang tidak dipahami oleh masyarakat karena menggunakan istilah medis, setelah era reformasi maka diharapkan RS menyajikan informasi tersebut dalam bahasa yang awam sehingga mudah dipahami. Saat ini masyarakat semakin sadar dalam hal pencarian informasi tentang RS dan peranan masyarakat sebagai alat kontrol organisasi publik semakin dikembangkan, sehingga makin banyak informasi yang dibutuhkan untuk mengontrol pelaksanaan RS tersebut.

Berdasarkan temuan *empiric*, maka RS perlu lebih mengembangkan aspek komunikasi dan lebih terbuka terhadap penyajian informasi mengenai mutu. Penelitian ini menambahkan indikator transparansi bahwa penyajian informasi harus mempertimbangkan aspek pengguna RS.

Beberapa contoh pergeseran variabel *understandable* pada konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada era reformasi perumahsakitannya. Informasi yang disajikan oleh RS mudah dipahami, dimana sebelum reformasi penyajian informasi banyak menggunakan istilah yang kurang dipahami masyarakat, namun setelah reformasi penyajian reformasi RS sudah dalam bahasa awam yang mudah dipahami. Sehingga implikasi dalam pengelolaan RS adalah

adanya peningkatan komunikasi RS. Informasi yang disediakan RS dapat dimanfaatkan oleh *stakeholder*, dimana sebelum reformasi informasi yang disediakan dapat diakses dan dimanfaatkan oleh *stakeholder* terbatas, namun setelah reformasi informasi dapat diakses dan dimanfaatkan oleh *stakeholder* yang lebih luas. Sehingga implikasi dalam pengelolaan RS adalah adanya pengembangan indikator kinerja RS secara lebih komprehensif. Masyarakat mampu memahami informasi yang disajikan untuk memahami mutu RS, dimana sebelum reformasi mutu RS disajikan dalam istilah yang tidak dimengerti masyarakat, namun setelah reformasi mutu RS sudah dapat dipahami oleh masyarakat. Sehingga implikasi dalam pengelolaan RS adalah adanya keterbukaan informasi mengenai mutu RS.

6. Utilisasi

Informasi yang disajikan pada masyarakat mencakup manajemen, moral, mutu, etika, keuangan, kompetensi SDM, edukasi masyarakat tentang tupoksi RS. Hal ini menunjukkan beberapa pergeseran. Saat sebelum era reformasi perumah sakitan, informasi yang disajikan oleh rumah sakit hanya informasi ke tingkat vertikal, yaitu pemilik (laporan kinerja) dan penelitian terdahulu menunjukkan bahwa informasi yang disajikan RS pada masyarakat lebih fokus pada tarif layanan (Gooch 2008; Cutler and Dafny 2011; Sinaiko and Rosenthal 2011). Mengacu pada hasil penelitian, saat ini informasi harus disajikan untuk *multi stakeholders* sehingga para *stakeholder* tersebut dapat memanfaatkan informasi tersebut. Kondisi ini memberikan implikasi bahwa RS seharusnya menyajikan

informasi yang dapat memenuhi kepentingan *stakeholders*. RS harus menyusun indikator kinerja secara komprehensif, karena informasi yang disajikan dapat digunakan untuk bahan evaluasi kinerja RS. Selain itu RS hendaknya menerapkan pemasaran RS, karena dapat memanfaatkan informasi RS sebagai dasar pemilihan RS. Aspek yang paling penting juga adalah RS harus mengembangkan kapasitas penyusunan dan monitoring implementasi rencana strategi.

Beberapa contoh pergeseran variabel utilisasi dalam konsep akuntabilitas RS dan implikasinya pada pengelolaan RS pada era reformasi perumahsakitannya. Informasi RS untuk menilai pelaksanaan RS yang dapat dipertanggungjawabkan, dimana sebelum reformasi informasi RS untuk pertanggungjawaban vertikal, namun setelah reformasi informasi RS untuk pertanggungjawaban vertikal, horizontal, dan diagonal. Sehingga dalam pengelolaan RS adalah pelaporan dan atau publikasi yang disajikan harus mampu memenuhi kepentingan vertikal, akreditasi, dan masyarakat.

Hasil penelitian yang dilakukan penulis memberikan kontribusi dengan menambahkan indikator variabel utilisasi informasi RS.

Sehingga untuk dikatakan suatu organisasi melakukan Transparansi, maka informasi yang disajikan harus dapat diakses secara aktif tidak dibatasi oleh jarak dan waktu dengan kata lain harus tersedia *website*, informasi yang disajikan harus dapat dimengerti oleh penerima informasi serta dapat dimanfaatkan.

Mengacu pada hasil wawancara dengan informan kunci, maka informasi tentang prosedur layanan di RS yaitu layanan

medik, layanan administrasi, layanan keuangan dan layanan obat harus dapat diakses 24 jam, dimanapun dan kapanpun, dan informasi ini harus dapat dipahami oleh target penerima informasi. Informasi yang disajikan harus menggunakan bahasa sederhana. Hal yang paling penting adalah, informasi tersebut dapat dimanfaatkan oleh para *stakeholder*, misalnya untuk pasien, informasi yang diperoleh dapat dijadikan dasar untuk mengambil keputusan dalam menggunakan layanan RS, sedangkan untuk pemerintah, pihak penjamin kesehatan maupun pemilik dapat menggunakan informasi tersebut untuk mengevaluasi dan memonitoring penyajian layanan kesehatan apakah layanan tersebut memenuhi standar mutu, apakah RS dijalankan dengan efisien dan efektif, apakah tidak terjadi korupsi, kolusi dan nepotisme. Bagi pihak penjamin kesehatan dapat memperoleh informasi tentang implementasi jaminan kesehatan nasional sesuai dengan amanat UU SJSN.

Demikian juga informasi tentang para professional yang bekerja di RS harus dapat dipahami oleh para *stakeholder*, dapat diakses 24 jam, misalnya tentang jadwal poli klinik, jadwal visit, jadwal jaga dokter, kompetensi dokter yang bertugas di RS tersebut, kompetensi perawat, apoteker dan manajerial yang bertugas di RS tersebut, sehingga masyarakat mendapat kepercayaan terhadap RS bahwa mereka dilayani oleh para profesional yang berkompeten, dan pemilik serta penjamin percaya bahwa RS dikelola sesuai standar kompetensi sehingga diharapkan dapat menyajikan pelayanan yang sesuai standar mutu pelayanan kesehatan.

Berdasarkan hasil eksplorasi dan pengembangan model pengukuran akuntabilitas maka dapat dijelaskan bahwa pengertian akuntabilitas mengandung 2 dimensi utama yaitu tanggung jawab dan transparansi. Kedua konstruk ini dibangun oleh enam variabel yaitu moral, kewajiban, *bounded rational decision*, *visibility*, dapat dimengerti dan utilisasi.

Secara empirik, model ini dapat dianggap sesuai fakta karena berdasarkan fakta diperoleh bahwa 93,5% responden yang menjawab moral dan *responsible* serta *akuntabel*, demikian juga untuk variabel obligasi terhadap *responsibel* dan *akuntabel*, terdapat 94,5% responden yang menyatakan bahwa obligasi berhubungan dengan *responsibility* dan *akuntabel* dan pada variabel ke tiga terdapat 125 orang (94%) yang menyatakan *bounded rational decision* berhubungan dengan *responsibility* dan dinyatakan *akuntabel*. Demikian juga dengan model transparansi. Terdapat 140 orang (73,3%) responden yang menyatakan *visibility* juga menyatakan transparansi dan *akuntabel*, sedangkan untuk model yang menyatakan dapat dimengerti juga transparansi dan *akuntabel* terdapat 68,8% (181 orang) dan terakhir terdapat 70% (177 orang) yang menyatakan utilisasi adalah juga transparansi dan *akuntabel*.

Fakta empiris yang menunjukkan bahwa sebagian besar responden menyetujui model yang dikembangkan sehingga dapat dikembangkan suatu dugaan sementara dengan model tersebut. Sehingga hipotesis yang dibangun adalah konstruk akuntabilitas dibentuk oleh konsep *responsibility* dan transparansi. Sedangkan moral, obligasi dan *bounded rational decision* adalah variabel yang menyusun konsep

responsibilitas dan variabel *visibility*, dapat dimengerti dan utilisasi merupakan variabel yang menyusun konsep transparansi, sehingga keenam variabel diatas berpeluang digunakan untuk mengukur akuntabilitas.

Dari sudut pandang *positivist* yang menyatakan bahwa kejadian nyata dapat diobservasi secara *empiric* dan dapat dijelaskan secara rasional. *Positivism* mengadopsi teori Hume (2011) dan Descartes, Haldane et al. (1993), David Hume teori menyatakan bahwa kenyataan terdiri dari atomistic dan terdapat kejadian yang *independent* bahwa dibutuhkan *philosophy* untuk dan alasan yang logis untuk melihat hubungan yang tidak nyata antara kejadian yang terjadi secara bersamaan. Dibutuhkan indera untuk menghasilkan pengetahuan tentang kenyataan. Sehingga fakta empirik yang menemukan bahwa akuntabilitas mengandung dimensi tanggung jawab dan transparansi dianggap pengetahuan tentang realita dimana tanggung jawab disusun oleh variabel moral, kewajiban dan *Bounded Rational Decision* dan konsep transparansi disusun oleh variabel *visibility*, dapat dimengerti (*understandable*) dan utilisasi (ketermanfaatan).

Berdasarkan hasil kajian penelitian diatas maka dapat dijelaskan kesenjangan konseptualisasi akuntabilitas RS di era reformasi pelayanan kesehatan dapat dijawab bahwa kesepakatan dimensi akuntabilitas adalah suatu proses yang didalamnya menjabarkan pelaksanaan tanggung jawab dan transparansi, dimana kedua konsep ini dapat diukur dengan enam variabel. Kesenjangan kedua adalah menjawab aspek yang harus akuntabel di RS adalah aspek administrasi, keuangan, farmasi dan pelayanan medik. Aktor yang harus

akuntabel adalah dokter, perawat, apoteker dan manajerial dan RS harus akuntabel pada masyarakat, pemilik dan pemerintah sehingga akuntabilitas yang menjadi penting adalah akuntabilitas vertikal dan horizontal. Hal ini sesuai dengan definisi akuntabilitas pada era NPM yang melibatkan masyarakat. Kesenjangan ketiga komprehensivitas konsep dan pengukuran akuntabilitas RS telah ditemukan bahwa untuk mengukur akuntabilitas RS maka dapat mengukur enam variabel (Moral: 27 indikator, Obligasi: 29 indikator, BRD; 6 indikator, *Visibility*; 7 indikator, *Understandable*; 3 indikator, Utilisasi: 11 indikator).

Meskipun demikian, penelitian ini masih membutuhkan pembuktian apakah model yang telah dibangun dapat sesuai dengan fakta sehingga diperlukan uji model. Akhir kata bahwa ilmu tidak bertujuan untuk mencari kebenaran absolut melainkan kebenaran yang bermanfaat bagi manusia dalam tahap perkembangannya (Suriasumantri, 2009).

F. Pengukuran Akuntabilitas

Untuk mengukur akuntabilitas, harus mempertahankan tiga poin penting yaitu apa, kepada siapa, dan bagaimana proses akuntabilitas tersebut. Ketiga pertanyaan ini begitu kompleks sehingga pengukuran akuntabilitas menjadi tidak mudah dilaksanakan (Bovens 2007; Bielaand Papadopoulos 2010). Menurut Bovens (2007) terdapat tiga halangan dalam menilai akuntabilitas penata kelolaan di Eropa yaitu 1) Pengertian akuntabilitas sendiri yang bervariasi, 2) Tipe akuntabilitas apa yang terlibat, 3) Bagaimana seharusnya menilai hubungan akuntabilitas, penatalaksanaannya

dan sesuai dengan pemerintahan yang sedang berkuasa. Selanjutnya, Boven, 2007 menyatakan ketiga pertanyaan ini memerlukan kajian lebih lanjut karena konteks akuntabilitas disini adalah konteks pemerintahan Eropa, sangat ditentukan oleh konstitusi yang berlaku di negara tersebut sehingga perlu dilakukan penelitian empirik untuk lebih mengoperasionalisasikan penilaian akuntabilitas ini sesuai dengan pemerintahan yang berkuasa.

Meskipun demikian, pengukuran akuntabilitas telah dikembangkan oleh dua expert. Pertama, Lloyd, Oatham et.al (2009) yang menulis dalam 2007 *Global Accountability Report*. Laporan ini adalah laporan tahunan terhadap kemampuan 30 organisasi untuk akuntabel terhadap masyarakat sipil (*Civil society*) berdasarkan empat dimensi yaitu transparansi, partisipasi, evaluasi, dan mekanisme keluhan serta respons. Indikator akuntabilitas dibagi ke dalam dua kelompok yaitu kebijakan dan sistem (kepemimpinan, pelatihan dan aksesibilitas). Selanjutnya dinilai kapasitas seluruh organisasi tersebut terhadap keempat dimensi diatas.

1. Penilaian kemampuan transparansi menggunakan indikator sebagai berikut :
 - a) Daya tanggap terhadap permintaan informasi dalam kurun waktu tertentu dan memberikan penjelasan terhadap hal-hal yang tidak menyenangkan.
 - b) Mengidentifikasi kondisi yang tidak dapat diinformasikan.
 - c) Mekanisme penanganan permintaan informasi yang *urgent*.

2. Penilaian partisipasi :
 - a) Setiap anggota organisasi terwakili pada pertemuan dan dapat menambahkan ide pada agenda rapat.
 - b) Setiap anggota organisasi dapat dicalonkan menjadi anggota eksekutif.
 - c) Calon eksekutif adalah mayoritas.
 - d) Setiap anggota organisasi memiliki hak suara yang sama.
 - e) Setiap anggota organisasi tidak dapat menghalangi jalannya organisasi.

3. Penilaian Evaluasi :
 - a) Keterlibatan pihak eksternal yang berkepentingan dalam proses evaluasi yang berdampak kepada mereka.
 - b) Menggunakan hasil evaluasi untuk pengambilan keputusan.
 - c) Terbuka dan transparan terhadap hasil evaluasi.
 - d) Mengevaluasi kinerja yang berhubungan dengan rencana strategi, proses internal administrasi, kebijakan manajemen, isu tentang kebijakan spesifik.

4. Penilaian mekanisme keluhan dan respons.
 - a) Menjamin kerahasiaan keluhan pihak eksternal.
 - b) *Guarantee non-retaliation.*
 - c) Menjelaskan bagaimana mekanisme keluhan dan bagaimana menanganinya.
 - d) Memastikan orang-orang yang akan menilai, mengkaji dan respons terhadap keluhan adalah orang yang independen.

- e) Memiliki mekanisme terhadap penerapan hasil pengkajian *complain*.

Expert kedua yang mengkaji pengukuran akuntabilitas adalah Biela dan Papadopoulos (2010). Tahap pertama yang dilakukan oleh kedua *expert* ini adalah mengkaji secara teliti konteks pemerintahan agen yang akan diteliti tingkat akuntabilitasnya, kemudian mengkaji konsep akuntabilitas yang digunakan pada pemerintah tersebut, kemudian mendefinisikan tipe akuntabilitas dan selanjutnya mengukur akuntabilitas. Namun adanya keberagaman kebijakan dari setiap pemerintahan membuat sulit untuk menentukan indikator penilaian akuntabilitas. Misalnya, lembaga audit keuangan ada yang eksis di suatu negara, namun ada yang tidak. Di negara lain mungkin memiliki lembaga ombudsman dan *external auditor*, namun di negara lain tidak ada, namun yang terpenting dalam penilaian ini adalah bagaimana menilai hubungan akuntabilitas dan bagaimana mekanisme sanksi yang akan diberlakukan.

Pengukuran akuntabilitas RS masih memiliki beberapa masalah yaitu adanya hambatan berupa teknis dan prosedur pengukuran akuntabilitas. Menurut Roper and Cutler (1998) hambatan tehnik yang utama adalah sulitnya untuk mengukur dampak dari pelayanan kesehatan, selain itu juga karena data-data yang akan digunakan berhubungan dengan data-data pada rekam medis. Belum terdapat standar terhadap sistem informasi RS serta jaminan akan keakurasian dan kelengkapan data di rekam medis belum dapat dipastikan. Kondisi ini yang menyebabkan perlunya perhatian serius

terhadap kerahasiaan data-data pasien. Di Indonesia, bahkan terdapat aturan hukum yang menjelaskan bahwa isi rekam medik merupakan hak pasien namun dokumennya adalah milik rumah sakit. Tantangan kedua adalah sistem informasi dibidang kesehatan belum berkembang dengan baik sehingga informasi dibidang pelayanan kesehatan sulit untuk diakses.

Adanya etika profesi dan etika dalam pelayanan kesehatan sehingga tidak semua informasi di RS dapat dipublikasi, selain itu RS memiliki keunikan tersendiri yaitu adanya asimetri informasi. Masyarakat cenderung tidak mengetahui jenis pelayanan apa yang harus diterima, dan RS sebagai organisasi penyedia layanan kesehatan memiliki kontrol yang sangat kuat untuk menentukan informasi apa saja yang dapat diterima oleh pasien (Millar and McKeivitt, 2000).

Tantangan kedua menurut Roper and Cutler (1998) adalah hambatan prosedur. Informasi tentang pelayanan kesehatan sangat sensitif karena ini berkaitan dengan kesehatan manusia, sehingga dapat saja mekanisme akuntabilitas ini menjadi isu politik. Adanya keberagaman *stakeholder* dan kompleksitas proses di industri pelayanan kesehatan, menyebabkan permintaan terhadap informasi semakin meningkat dan bervariasi, meskipun sebagian masyarakat dan pengguna layanan kesehatan menilai kinerja rumah sakit dari hasil akreditasi sebagai alat untuk menilai mutu layanan rumah sakit.

BAB V

IMPLEMENTASI

AKUNTABILITAS

A. Pentingnya Akuntabilitas di Sektor Kesehatan

Sektor kesehatan merupakan sektor yang cukup memiliki peranan dalam pembangunan manusia selain sektor pendidikan. Sektor kesehatan, khususnya rumah sakit telah berkembang menjadi sebuah industri jasa yang memiliki kompleksitas dan keunikan tersendiri. Kompleksitas dan keunikan tersebut berupa multiprofesi, padat teknologi, membutuhkan investasi besar, output yang sulit terukur, asimetri informasi, dan *supply induced demand*.

Dibutuhkan sistem pengelolaan RS yang baik agar RS dapat menyediakan pelayanan yang berkualitas dan berkeadilan, memiliki *value added* yang selanjutnya dapat menciptakan *Sustainable Competitive Advantage*. Meski organisasi dan konten pelayanan kesehatan berbeda dari satu negara ke negara lainnya, namun untuk menghasilkan sistem kesehatan yang berfungsi dengan baik maka perlu mempertimbangkan beberapa faktor yaitu: komprehensif,

aksesibilitas, keberlanjutan, berfokus pada manusia, koordinasi, akuntabilitas, dan efisiensi (WHO 2012).

Akuntabilitas menjadi penting di sektor kesehatan karena salah satu tujuan akuntabilitas adalah sebagai mekanisme kontrol terhadap pelaksanaan organisasi pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Hal ini perlu untuk memberikan jaminan bagi masyarakat jika rumah sakit melakukan efisiensi dan efektifitas dalam penyelenggaraannya yang memanfaatkan uang negara, serta seluruh anggaran publik yang dialokasikan harus menjadi transparan bagi masyarakat dan dapat dipertanggungjawabkan. Melalui penciptaan akuntabilitas di rumah sakit maka akan meningkatkan legitimasi demokrasi bagi organisasi publik dan jaminan bagi masyarakat bahwa organisasi publik tidak melakukan *abuse of power*. Selain itu akuntabilitas dibutuhkan sebagai alat untuk meningkatkan kinerja, menjadikan kesalahan sebagai sumber pembelajaran, dan sebagai reward terhadap pengelolaan RS (Brinkerhoff, 2004; Boeker and Wiltbank, 2005; Biela and Papadopoulos, 2010).

B. Implementasi Akuntabilitas pada Berbagai Negara

Embriologi konsep akuntabilitas adalah ilmu administrasi publik, sehingga mengkaji konsep ini sangat erat hubungannya dengan tata kelola pemerintahan. Setiap negara memiliki pengelolaan pemerintahan berbeda tergantung dari sejarah berdirinya negara tersebut, sehingga konsep dan implementasi akuntabilitas akan berbeda berdasarkan rezim institusi tersebut (Biela and Papadopoulos, 2010).

Jabbara and Dwivedi (1989) mengkaji penerapan akuntabilitas di berbagai negara dengan mengkategorikan negara ke dalam tiga kelompok yaitu negara barat, negara berkembang dan negara sosialis. UK adalah tempat dimana awal konsep akuntabilitas berkembang, awalnya adalah konsep akuntabilitas tradisional yaitu institusi atau organisasi harus bertanggungjawab kepada parlemen yang beranggotakan anggota masyarakat yang terpilih untuk mewakili di pemerintahan. Anggota parlemen ini merupakan sumber kekuasaan dari semua tindakan pemerintah (Jabbara and Dwivedi, 1989).

Dalam perkembangannya ternyata parlemen dan pengadilan ini tidak dapat menjamin masyarakat atas ketidakadilan secara administratif yang dialami oleh masyarakatnya akibat birokrasi yang sulit. Sehingga akuntabilitas publik semakin berkembang untuk menghadapi perubahan ini (Humphrey, Miller et al. 1993; Broadbent and Laughlin 2003).

Selanjutnya, sebagai negara demokrasi, Amerika menekankan pentingnya kontrol masyarakat dalam pemerintahannya. Kenyataannya, USA dan negara demokrasi lainnya, pengambilan keputusan dilakukan oleh pegawai pemerintahan yang tidak dapat dikendalikan langsung oleh partai terpilih (*electoral control*). Menurut teori demokrasi, bahwa pemerintahan seharusnya tidak memiliki kekuasaan, sehingga tanggung jawab birokrasi adalah hasil dari pemisahan kekuasaan dan menghasilkan mekanisme kontrol dan keseimbangan. Tidak hanya pegawai pemerintahan yang dipilih harus akuntabel kepada masyarakat, namun pegawai

yang diangkat tidak melalui pemilihan seperti professional training, motivator, tenaga administrasi, seyogianya harus akuntabel (Jabbara and Dwivedi 1989).

Terdapat beberapa mekanisme diterapkan di Amerika untuk menciptakan pemerintahan yang akuntabel yaitu adanya kongres dan sistem pengadilan. Pada tahun 1946 dibentuk *Administrative Procedure Act* (APA) yang bertujuan untuk melibatkan masyarakat untuk memperoleh informasi terhadap pengelolaan pemerintahan. Pada 1960, dibentuk *the Freedom Of Information Act* (FOI) yang bertujuan sama dengan APA. FOI ini membuat masyarakat dapat mengakses dokumen pemerintah termasuk dokumen yang berada pada *Federal Bureau of Investigation* (FBI). Selain itu terdapat aktivitas lain dalam rangka menjamin akuntabilitas pemerintah seperti pertemuan terbuka atau *Sunshine law*. Pada era ini tidak dapat dipungkiri bahwa Amerika adalah negara yang paling mengembangkan mekanisme akuntabilitas (Jabbara and Dwivedi 1989).

Kelompok kedua adalah negara-negara berkembang yaitu Afrika, Amerika Latin, Timur Tengah, dan Asia yang memiliki latar belakang budaya, sosio-ekonomi, ideologi, dan politik yang berbeda dengan kelompok pertama. Latar belakang ini menurut Jabbara and Dwivedi (1989) merupakan halangan dalam implementasi akuntabilitas di negara-negara tersebut. Pada era 1975-an, mekanisme akuntabilitas di Timur Tengah, sebagai contoh di Egypt, Saudi Arabia, dan Lebanon terdapat dua mekanisme kontrol yang berhubungan dengan prinsip akuntabilitas. Pertama adalah struktur birokrasi yang berbentuk piramid yang

mengharuskan bawahan akuntabel terhadap atasan, disebut juga akuntabilitas secara internal. Mekanisme kedua adalah akuntabilitas secara eksternal yaitu pihak yuridis dan *non-official watchdog* yang mengendalikan dan memastikan birokrasi berjalan akuntabel, efisien, dan produktif.

Implementasi akuntabilitas di negara ini memiliki beberapa hambatan akibat dua faktor, yaitu 1) Sistem administratif dan struktural yang terlalu sentralisasi, kekuasaan sangat besar berada pada top birokrasi, 2) Hambatan sosial budaya dan perilaku adanya *confessionalism, nepotism and favoritism, a strong-patron client system*. Sebagian besar perilaku dari birokrasi di negara Timur Tengah merupakan anteseden dari akuntabilitas publik, sehingga untuk menerapkan akuntabilitas publik, seharusnya pemerintah di Timur Tengah berusaha mengikuti arus perubahan yang akan berdampak pada perubahan perilaku. Hal yang sama juga terjadi pada sebagian besar negara Asia.

Kelompok ketiga adalah kelompok negara-negara sosialis seperti Cina dan Uni Soviet. Di China, reformasi akuntabilitas dimulai dari lingkup sistem pemilihan kompetitif yang tidak memihak "akuntabilitas non-pemilihan", yang merupakan kelemahannya dalam sistem pemilihan. China mulai menetapkan kontrol akuntabilitas untuk membuat pemerintah di semua tingkatan agar lebih bertanggungjawab. Implementasi akuntabilitas ini mengubah departemen keuangan menjadi agen anggaran pusat yang mampu mengerahkan kontrol anggaran yang terpusat pada sistem manajemen-pemerintah. Akuntabilitas yang diprakarsai oleh negara, diharapkan untuk dapat

membangun kembali legitimasi pemerintahan. Reformasi akuntabilitas ini dilakukan sebagai upaya untuk membangun kontrol anggaran internal yang seragam dan tersentralisasi dalam pengawasan legislatif yang mulai berkembang untuk meningkatkan akuntabilitasnya (Ma, 2012).

Sementara di Rusia, akuntabilitas lebih mengacu pada mekanisme pelaporan, terutama pemerintah yang mengharapkan laporan formal tentang pengembalian, penggunaan dana yang efisien dan efektifitas keuangan. Pelaporan diperlukan oleh pihak berwenang yang akan dibandingkan dengan permintaan untuk responsif dari publik, artinya akuntabilitas bagi masyarakat adalah kemampuan dan kapasitas untuk bereaksi (Jakobson, L.I., et al., 2012).

C. Mekanisme Penerapan Akuntabilitas di Rumah Sakit

Penerapan akuntabilitas pada pelayanan kesehatan sebagian besar hanya bersifat vertikal dengan menilai akuntabilitas profesi, meski juga terdapat beberapa pelayanan kesehatan yang menerapkan akuntabilitas diagonal misalnya menggunakan lembaga akreditasi, seperti di USA terdapat *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) yang mengembangkan *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS) serta mengembangkan *Foundation for Accountability* (FACCT), bertujuan untuk mereview pengukuran kinerja, memberikan advokasi serta membantu masyarakat untuk memanfaatkan forum ini (Roper and Cutler 1998).

Mekanisme penerapan akuntabilitas berkaitan kepada siapa sebuah organisasi harus akuntabel. Mekanisme ini tergantung pada pengertian akuntabel. Jika pengertian

akuntabel adalah tanggung jawab, maka menurut pandangan *Old Public Management* akuntabel adalah tanggung jawab individu terhadap profesi untuk melakukan tugas sesuai dengan etika serta aturan profesi (Friendrich, 1940 *cite in* (Denhardt and Denhardt, 2007)). Bentuk tanggung jawab ini dikenal sebagai akuntabilitas profesi di sektor kesehatan. Namun selain bertanggungjawab kepada profesi, menurut perspektif politik bahwa individu dalam organisasi adalah orang-orang yang dipilih oleh masyarakat sehingga harus dapat mempertanggungjawabkan kinerjanya pada masyarakat sebagai pengendali eksternal (Finer, 1941 dalam Denhardt and Denhardt, 2007).

Selanjutnya, jika ditinjau dari aspek organisasi, maka sebuah organisasi harus akuntabel terhadap dewan perwakilan rakyat, partai politik, masyarakat dan media, pengadilan, inspektor dan pengendali, teman sejawat (*professional peers*), kelompok pemerhati, pemangku kepentingan lainnya (Bovens, 2007).

D. Pembelajaran Terpetik dari Penerapan Akuntabilitas di Rumah Sakit

Penerapan akuntabilitas selama ini di industri pelayanan kesehatan belum berkembang dengan baik, karena adanya karakteristik unik dari rumah sakit yang menyebabkan adanya hambatan dalam mekanisme pengukuran akuntabilitas. Penilaian akuntabilitas profesi yang menjadi poin utama dalam menilai akuntabilitas pelayanan kesehatan masih berfokus pada akuntabilitas profesi dokter. Akuntabilitas

ini masih bersifat tradisional karena masih merujuk pada pengertian akuntabilitas sebagai bentuk tanggungjawab moral terhadap pelaksanaan etika profesi, padahal di era reformasi kesehatan, masyarakat sudah semakin sadar dan cerdas untuk menentukan jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

Perlu dikembangkan konsep dan dimensi yang lebih komprehensif dalam menilai dan mengukur akuntabilitas pada pelayanan kesehatan khususnya di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Alexander, J. A., S. Y. D. Lee, et al. (2003). "Governance forms in health systems and health networks." *Health Care Management Review*, 28(3): 228.
- Allsop, J., K. Jones, et al. (2004). "Health consumer groups in the UK: a new social movement?" *Sociology of health & illness*, 26(6): 737-756.
- Anechiarico, F. dan J. B. Jacobs (1996). *The pursuit of absolute integrity: How corruption control makes government ineffective*. University of Chicago Press.
- Annas, G. J. (1998). "A National Bill of Patients' Rights." *The New England Journal of Medicine*, 338(10): 695-700.
- Appelbaum, P.S., Lidz, C.W., & Meisel, A., (1987). *Informed Consent*. New York, Oxford University Press.
- Ashmos, D. P. dan R. R. McDaniel Jr (1991). "Physician participation in hospital strategic decision making: the effect of hospital strategy and decision content." *Health services research*, 26(3): 375.
- Bäck, E. dan K. Wikblad (1998). "Privacy in hospital." *Journal of Advanced Nursing*, 27(5): 940-945.

- Banisar, D. (2002). "Freedom of information and access to government records around the world." London (Privacy International).
- Banisar, D. (2006). "Freedom of Information around the World 2006." Privacy International.
- Bank, T. W. (1997). *World Development Report 1997: The state in a changing world*. A World Bank Publication.
- Bauhr, M. and M. Grimes (2012). "What is government transparency?" *QoG Working Paper Series*, 2012(16): 16.
- Barberis, P. (1998). "The new public management and a new accountability." *Public Administration*, 76(3): 451-470.
- Beauchamp, T. L. and J. F. Childress (2001). *Principles of biomedical ethics*. Oxford university press.
- Behn, R. (2001). *Rethinking Democratic Accountability*.
- Biela, J. dan Y. Papadopoulos (2010). Strategies for Assessing and Measuring Agency Accountability. *EGPA Annual Conference*.
- Bignami, F. (2011). "From Expert Administration to Accountability Network: A New Paradigm for Comparative Administrative Law." *American Journal of Comparative Law*, 59(4): 859-908.
- Bivins, T. H. (2006). "Responsibility and accountability." *Ethics in public relations: Responsible advocacy*: 19-38.
- Blackhall, L. J., et al. (1995). "Ethnicity and attitudes toward patient autonomy." *Jama*, 274(10): 820-825.

- Blagescu, M. dan R. Lloyd (2009). "2006 Global Accountability Report: holding power to account."
- Blagescu, M, Casas, L, et al. (2005). *Pathways to Accountability. A short guide to the GAP Framework*. London, One world Trust.
- Boeker, W. dan R. Wiltbank (2005). "New venture evolution and managerial capabilities." *Organization Science*: 123-133
- Boni, C. E. (2001). *Accountability in nurses who practice in three different nursing care delivery models*. Ann Arbor, University of Massachusetts Amherst. 3012116: 97-97 p.
- Bovens, M (2005). *The Oxford Handbook of Public Management*.
- Bovens, M. (2007). "Analysing and Assessing Accountability: A Conceptual Framework1." *European Law Journal*, 13(4): 447-468.
- Bovens, M. (2010). "Two Concepts of Accountability: Accountability as a Virtue and as a Mechanism." *West European Politics*, 33(5): 946-967.
- Brennan, P. F. dan J. B. Starren (2006). Consumer health informatics and telehealth. *Biomedical Informatics, Springer*: 511-536.
- Brinkerhoff, D. W. (2001). "Taking account of accountability: A conceptual overview and strategic options." *Draft Report*, US Agency for International Development, Center for Democracy and Governance, Implementing Policy Change Project, Phase 2.

- Brinkerhoff, D. W. (2003). *Accountability and health systems: Overview, framework, and strategies, Partners for Health Reformplus Project*, Abt Associates.
- Brinkerhoff, D. W. (2004). "Accountability and health systems: toward conceptual clarity and policy relevance." *Health Policy and Planning*, 19(6): 371-379.
- Broadbent, J. dan R. Laughlin (2003). "Control and legitimation in government accountability processes: the private finance initiative in the UK." *Critical Perspectives on Accounting*, 14(1): 23-48
- Brown, T. A. (2012). *Confirmatory factor analysis for applied research*, Guilford Press.
- Burack, J. H., et al. (1999). "Public reporting of surgical mortality: a survey of New York State cardiothoracic surgeons." *The Annals of thoracic surgery*, 68(4): 1195-1200.
- Buetow, S. (1998). "The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients." *Journal of medical ethics*, 24(4): 243-247.
- Buse, K., N. Mays, et al. (2005). "Making health policy." *Recherche*, 67: 02.
- Carter, B. (2014). "Transparency and accountability."
- Chang, C.-C. (2007). "The e-hospital website measure architecture approach: integrating internal and external customers' needs in information delivery services."

- Charles, C., A. Gafni, et al. (1999). "Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model." *Social science & medicine*, 49(5): 651-661.
- Clarke, S. and J. Oakley (2007). *Informed consent and clinician accountability: the ethics of report cards on surgeon performance*, Cambridge University Press.
- Collins, S. R., et al. (2006). *Transparency in health care: the time has come*, Commonwealth Fund.
- Curtin, D. dan A. J. Meijer (2006). "Does transparency strengthen legitimacy?" *Information polity*, 11(2): 109-122.
- Cutler, D. dan L. Dafny (2011). "Designing transparency systems for medical care prices." *New England Journal of Medicine*, 364(10): 894-895.
- Daniels, N. dan J. Sabin (1998). "The ethics of accountability in managed care reform." *Health Affairs*, 17(5): 50-64.
- Dansky, K. H. dan L. S. Gamm (2004). "Accountability framework for managing stakeholders of health programs." *Journal of health organization and management*, 18(4): 290-304.
- Dart, J. M. B. B. A. M. P. and C. B. S. M. A. P. Gallois (2010). "Community desires for an online health information strategy." *Australian Health Review*, 34(4): 467-476.
- David. Hyman dan M. Cannon (2009). "Crucial Issues in Health Care Reform." *Cato Policy Report*,

- Davidson, A. R. (1999). "British Columbia's health reform: "new directions" and accountability." *Canadian journal of public health. Revue canadienne de santé publique*, 90: S35.
- Day, P. dan R. Klein (1987). "Accountability. Five Public Services." London: Tavistock Publications.
- Denhardt, J. V. dan R. B. Denhardt, ed. (2007). *The New Public Service*. New York, ME Sharpe.
- Denzin, N. K. dan Y. S. Lincoln (2011). *The Sage handbook of qualitative research*, Sage Publications, Incorporated.
- Donabedian, A. (1978). "The quality of medical care." *Science* 200(4344): 856.
- Donaldson, L. J. (2001). "Professional accountability in a changing world." *Postgraduate medical journal*, 77(904): 65-67.
- Dubnick, M. J. (2002). *Seeking salvation for accountability*.
- Dunsire, A. (1995). "Administrative theory in the 1980s: a viewpoint." *Public administration*, 73(1): 17-40.
- Eaves-Leanos, A. dan E. J. Dunn (2012). "Open disclosure of adverse events: transparency and safety in health care." *Surgical Clinics of North America*, 92(1): 163-177.
- Editors, I. C. o. M. J. (1995). "Protection of patients' rights to privacy." *BMJ: British Medical Journal*, 311(7015): 1272.
- Emanuel, E. (1996b). "A Professional Responses to demand for accountability :Practical Recommendation

- regarding Ethical Aspects of PatientCare." *Annals of Internal Medicine*, 124.
- Emanuel, E. dan L. Emanuel (1996a). "What is accountability in health care?" *Annals of Internal Medicine*, 124(2): 229.
- Emanuel, E. J. dan S. D. Pearson (2012). "Physician autonomy and health care reform." *Jama*, 307(4): 367-368.
- Entwistle, V. A., et al. (2010). "Supporting Patient Autonomy: The Importance of Clinician-patient Relationships." *Journal of General Internal Medicine*, 25(7): 741-745.
- Erkkila, T. (2007). "Governance and Accountability-A Shift in Conceptualisation." *Public Administration Quarterly*, 31(1/2): 1.
- Ferdinand, A. (2005). *Structural Equation Modeling: Aplikasi model-model rumit dalam penelitian untuk tesis magister dan Disertasi Doktor*. Semarang, BP UNdip.
- Fleurbaey, M. (1995). "Equality and responsibility." *European Economic Review*, 39(3): 683-689.
- Forman, E. N. dan R. E. Ladd (1989). "Telling the truth in the face of medical uncertainty and disagreement." *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 11(4): 463-466.
- Freeman, A. R., et al. (2009). "Health professionals' enactment of their accountability obligations: Doing

- the best they can." *Social Science & Medicine*, 69(7): 1063-1071.
- Frosch, D. L. dan R. M. Kaplan (1999). "Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions." *American journal of preventive medicine*, 17(4): 285-294.
- Frunză, S. (2011). "Ethical responsibility and social responsibility of organizations involved in the public health system." *Revista de cercetare și intervenție socială*, (32): 155-171.
- Gamm, L. D. (1996). "Dimensions of accountability for not-for-profit hospitals and health systems." *Health Care Management Review*, 21(2): 74.
- Garsten, C. dan M. L. De Montoya (2008). *Transparency in a new global order: Unveiling organizational visions*, Edward Elgar Publishing.
- George, J. M., et al. (1996). *Understanding and managing organizational behavior*, Addison-Wesley Reading, MA.
- Gillon, R. (1985). "Primum non nocere" and the principle of non-maleficence." *British medical journal (Clinical research ed.)*, 291(6488): 130.
- Goldstein, J. (1977). "Medical care for the child at risk: on state supervision of parental autonomy." *Yale Law Journal*: 645-670.
- Gooch, A. (2008). "Hospital Pricing Transparency." Hospital.

- Gray, A. dan B. Jenkins (1993). "Codes of accountability in the new public sector." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6(3)
- Hatch, M. J. dan A. L. Cunliffe, Eds. (2006). *Organization Theory*. New York, Oxford University Press.
- Health, D. o. (2010). *Responsibility and accountability*. Health. London, www.dh.gov.uk.
- Helgesson, G., et al. (2005). "How to handle informed consent in longitudinal studies when participants have a limited understanding of the study." *Journal of medical ethics*, 31(11): 670-673.
- Hesse, B. W., et al. (2005). "Trust and sources of health information: the impact of the Internet and its implications for health care providers: findings from the first Health Information National Trends Survey." *Archives of internal medicine*, 165(22): 2618-2624.
- Heywood, P. dan Y. Choi (2010). "Health system performance at the district level in Indonesia after decentralization." *BMC International Health and Human Rights*, 10(1): 3.
- Hoover, K and Donovan, ed. *The Elements of Social Scientific Thinking*. Australia, Thomson Wadsworth.
- Humphrey, C., P. Miller, et al. (1993). "Accountability and accountable management in the UK public sector." *Accounting, Auditing & Accountability Journal*, 6(3).
- Islam, R. (2003). *Do more transparent governments govern better?* World Bank.

- Jabbara, J. G. dan O. Dwivedi (1989). *Public service accountability: a comparative perspective*, Kumarian Press.
- Jakobson, L.I., Mersiyanova, I.V., Efremov, S.V. (2012). "Challenges And New Trends For Nonprofit Accountability In Russia." *National Research University, Higher Scholl of Economics; Public Administration Series*. WP BRP 03/PA/2012.
- Jenkins, R. dan A. M. Goetz (1999). "Accounts and accountability: theoretical implications of the right-to-information movement in India." *Third World Quarterly*, 20(3): 603-622
- Jessop, B. (2000). "1 Governance Failure." *The New Politics of British Local Governance*, (Macmillan©): 11-32.
- Judge, T. A. dan S. P. Robbins (2012). "Essentials of organizational behavior." *Ill. New e. £44 99*.
- Kaen, F.R. (2003). *Ablueprint for corporate governance: strategy, accountability, and the preservation of shareholder value*, Amacom Books.
- Kaifeng, Y. (2008). *Handbook of research method of Public administration*. New York, Taylor and Francis.
- Kaplan, R. S. dan D. P. Norton (1992). "The balanced scorecard—measures that drive performance." *Harvard business review*, 70(1): 71-79.
- Kaufmann, D. dan A. Kraay (2008). "Governance Indicators: Where Are We, Where Should We Be Going?" *The World Bank Research Observer*, 23(1): 1-30.

- Kaufmann, D. and A. Bellver (2005). "Transparencing transparency: Initial empirics and policy applications." Available at SSRN 808664.
- Kerridge, L., e. a. (1998). *Ethics and Law for the Health Professions. Australia*, Social Science Press.
- Kementerian Hukum Dan Hak Asasi Manusia Republik Indonesia. (2009). Undang-Undang No 44 Tentang Rumah Sakit. Jakarta.
- Khalili, H., et al. (2011). "Role of clinical pharmacists' interventions in detection and prevention of medication errors in a medical ward." *International Journal of Clinical Pharmacy*, 33(2): 281-284.
- Koppell, J. G. S. (2005). "Pathologies of accountability: ICANN and the challenge of "multiple accountabilities disorder"." *Public Administration Review*, 65(1): 94-108.
- Kurtzman, E. T. (2010). "A Transparency and Accountability Framework for High-Value Inpatient Nursing Care." *Nursing Economics*, 28(5): 295-306.
- Langebrake, C. dan H. Hilgarth (2010). "Clinical pharmacists' interventions in a German University Hospital." *Pharmacy World & Science*, 32(2): 194-199.
- Lanier, D., et al. (2003). "Doctor performance and public accountability." *The Lancet*, 362(9393): 1404.
- Larmour, P. (2007). "Administrative theory, interpersonal relationship and anticorruption Practice in Papua New Guinea."

- Leape, L., et al. (2009). "Transforming healthcare: a safety imperative." *Quality and Safety in Health Care*, 18(6): 424-428.
- Lee, S. M. (2003). "A review of language and other communication barriers in health care." *Bethesda, MD: US Department of Health and Human Services, Office of Public Health and Science, Office of Minority Health.*
- Leino-Kilpi, H., et al. (2001). "Privacy: a review of the literature." *International journal of nursing studies*, 38(6): 663-671.
- Lindkvist, L. dan S. Llewellyn (2003). "Accountability, responsibility and organization." *Scandinavian Journal of Management*, 19(2): 251-273.
- Liszka, H. A., et al. (2006). "Virtual Medical Care: How Are Our Patients Using Online Health Information?" *Journal of Community Health*, 31(5): 368-378.
- Lloyd, R., J. Oatham, et al. (2009). "2007 Global Accountability Report."
- Ma, Jun. (2012). "The Rise of Social Accountability in China". *AJPA: Australian Journal of Public Administration*. 71(2): 111-121.
- Ma, Jun dan Hou, Yilin. (2009). "Budgeting for Accountability: A Comparative Study of Budget Reforms in the United States during the Progressive Era and in Contemporary China." *Article in Public Administration Review: Economic Development, Public*

Budgeting, and Fiscal Administration, December 2009;
Special Issue.

- Malena, C. dan R. Forster (2004). "Social Accountability An Introduction to the Concept and Emerging Practice."
- Martínez-Torres, M. (2006). "A procedure to design a structural and measurement model of intellectual capital: an exploratory study." *Information & management*, 43(5): 617-626.
- Martínez-Torres, M., F. BarreroGarcia, et al. (2005). "A digital signal processing teaching methodology using concept-mapping techniques." *Education, IEEE Transactions*, on 48(3): 422-429.
- McFeely, S. (2005). "Clinical Governance and the new practice nurse." *Practice Nurse*, 30(4): 44-46.
- McLaughlin, J. A. dan G. B. Jordan (1999). "Logic models: a tool for telling your programs performance story." *Evaluation and program planning*, 22(1): 65-72.
- Milburn, M. (2001). *Informed Choice of Medical Services: Is The Law Just?* Aldershot, Ashgate.
- Millan, J. M. *Moral Theory*.
- Millar, M. dan D. McKevitt (2000). "Accountability and Performance Measurement: An Assessment of the Irish Health Care System." *International Review of Administrative Sciences*, 66(2): 285-296.
- Moen, A. dan P. F. Brennan (2005). "Health@ Home: the work of health information management in the household (HIMH): implications for consumer

- health informatics (CHI) innovations." *Journal of the American Medical Informatics Association*, 12(6): 648-656.
- Moskop, J. C., et al. (2005). "From Hippocrates to HIPAA: privacy and confidentiality in emergency medicine—part I: conceptual, moral, and legal foundations." *Annals of emergency medicine*, 45(1): 53-59.
- Muhadjir, N., Ed. (1996). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Yogyakarta, Rake Sarasin
- Mulgan, R. (2000). "Accountability: An Ever•Expanding Concept?" *Public administration*, 78(3): 555-573.
- Nagel, T. (1959). "Hobbes's Concept of Obligation." *The Philosophical Review*: 68-83.
- Nayeri, N. D. dan M. Aghajani (2010). "Patients" privacy and satisfaction in the emergency department: A descriptive analytical study." *Nursing ethics*, 17(2): 167-177.
- Novak, J. D., et al. (1983). "The use of concept mapping and knowledge vee mapping with junior high school science students." *Science Education*, 67(5): 625-645.
- Novak, J. D. dan A. J. Cañas (2008). "The theory underlying concept maps and how to construct and use them." *Florida Institute for Human and Machine Cognition Pensacola FL*, [www.ihmc.us. \[http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryCmaps/TheoryUnderlyingConceptMaps.htm\]](http://cmap.ihmc.us/Publications/ResearchPapers/TheoryCmaps/TheoryUnderlyingConceptMaps.htm) 284.

- Nunes, R., G. Rego, et al. (2009). "Health care regulation as a tool for public accountability." *Med Health Care and philos*, 12: 257-264
- O'Donnell, G. A. J. (1998). "Horizontal Accountability in New Democracies." *Journal of Democracy*, 9(3).
- Ong, L. M., et al. (1995). "Doctor-patient communication: a review of the literature." *Social Science & Medicine*, 40(7): 903-918.
- Pawlson, L. G. dan M. E. O'Kane (2002). "Professionalism, Regulation, And The Market: Impact On Accountability For Quality Of Care." *Health Aff*, 21(3): 200-207.
- Pawlson, L. G. dan M. E. O'Kane (2002). "Professionalism, Regulation, And The Market: Impact On Accountability For Quality Of Care." *Health Affairs*, 21(3): 200-207.
- Phenomenon, A. E. (2002). "Accountability in New Public Management." *An Interdisciplinary Critical Analysis*: 63.
- Piotrowski, S. J. dan D. H. Rosenbloom (2002). "Nonmission-Based Values in Results-Oriented Public Management: The Case of Freedom of Information." *Public Administration Review*, 62(6): 643-657.
- Porter, M. E. dan E. O. Teisberg (2004). "Redefining competition in health care." *Harvard Business Review*: 64-77.

- Porter, M. E. dan E. O. Teisberg (2006). *Redefining health care: creating value-based competition on results*, Harvard Business Press.
- Rabin, J., et al. (2012). *Handbook of public administration*, CRC Press.
- Robbins, S. P. (2001). *Organizational Behavior*, 14/e, Pearson Education India.
- Robbins, S. P. dan M. Coulter (2002). *Management*, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Roberts, M. J. (2004). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*, Oxford University Press, USA.
- Roberts, M., et al. (2008). *Getting health reform right: a guide to improving performance and equity*, Oxford university press.
- Robinson, J. C. (2001). "The end of managed care." *Jama*, 285(20): 2622-2628.
- Romzek, B. S. (2000). "Dynamics of public sector accountability in an era of reform." *International Review of Administrative Sciences*, 66(1): 21-44
- Rousseau, D. M. (1990). "New hire perceptions of their own and their employer's obligations: A study of psychological contracts." *Journal of Organizational Behavior*, 11(5): 389-400.
- Roper, W. L. dan C. M. Cutler (1998). "Health plan accountability and reporting: issues and challenges." *Health Affairs*, 17(2): 152-155.

- Rowe, J. W. (2006). "Pay-for-Performance and Accountability: Related Themes in Improving Health Care." *Annals of Internal Medicine*, 145(9): 695-699.
- Sade, R. M. (2008). "Foundational ethics of the health care system: The moral and practical superiority of free market reforms." *Journal of Medicine and Philosophy*, 33(5): 461-497.
- Schedler, A. (1999). "Conceptualizing accountability." *The self-restraining state: Power and accountability in new democracies*: 13-28.
- Schillemans, T. (2008). "Accountability in the Shadow of Hierarchy." *Public Organiz Rev* 8: 175-194.
- Segall, M. (2003). "District health systems in a neoliberal world: a review of five key policy areas." *The International journal of health planning and management*, 18(S1): S5-S26.
- Shaw, W. H., et al. (2010). *Moral issues in business*, Wadsworth Cengage Learning Canada.
- Shiloh, S., L. Gerad, et al. (2006). "Patients' information needs and decision-making processes: What can be learned from genetic counselees?" *Health Psychology*, 25(2): 211.
- Shortell dan Kaluzny, ed. (2000). *Health Care Management, Organization Design and Behavior*. USA, Delmar.
- Shortell, S. M. dan L. P. Casalino (2008). "Health Care Reform Requires Accountable Care Systems."

JAMA: The Journal of the American Medical Association,
300(1): 95-97

Shore, L. M. dan K. Barksdale (1998). "Examining degree of balance and level of obligation in the employment relationship: A social exchange approach." *Journal of Organizational Behavior*, 19(s1): 731-744.

Shortell dan Kaluzny, Eds. (2000). *Health Care Management, Organization Design and Behavior*. USA, Delmar.

Shortell, S. M. dan L. P. Casalino (2008). "Health Care Reform Requires Accountable Care Systems." *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 300(1): 95-97.

Simon, H. A. (1972). "Theories of bounded rationality." *Decision and organization*, 1: 161-176.

Simpson, M., et al. (1991). "Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement." *BMJ: British Medical Journal*, 303(6814): 1385.

Sinaiko, A. D. dan M. B. Rosenthal (2011). "Increased price transparency in health care—challenges and potential effects." *New England Journal of Medicine*, 364(10): 891-894.

Sinclair, A. (1995). "The chameleon of accountability: forms and discourses." *Accounting, organizations and Society*, 20(2): 219-237.

Sugiyono, Ed. (2008). *Metode Penelitian Bisnis*. Bandung, Alfabeta.

- Tatham, R. L. dan W. C. Black (1998). "Multivariate data analysis." *Prentice Hall, New Jersey*. Titman, S. and R. Wessels 1(1988): 1-19.
- Taylor, D. W. (2000). "Facts, myths and monsters: understanding the principles of good governance." *International Journal of Public Sector Management*, 13(2): 108-124.
- Tietze, K. J. (2011). *Clinical skills for pharmacists: a patient-focused approach*, Elsevier Health Sciences.
- Timmermans (2005). "From Autonomy to Accountability: the role of clinical practice guidelines in Profesional Power." *Perspectives in Biology and Medicine*; 48(4): 490.
- Toral, S., F. Barrero, et al. (2007). "Analysis of utility and use of a web-based tool for digital signal processing teaching by means of a technological acceptance model." *Computers & Education*, 49(4): 957-975.
- Trisnantoro, L. dan A. Ferdiana (2005). *Desentralisasi Kesehatan di Indonesia dan Perubahan Fungsi Pemerintah: 2001-2003, Apakah merupakan periode Uji Coba? Desentralisasi Kesehatan: Definisi dan Tinjauan Sejarah di Indonesia*. L. Trisnantoro. Jogjakarta, Gadjah Mada University Press.
- Trochim, W. (1993). *Reliability of concept mapping*.
- Tu, H. T. dan J. R. Lauer (2009). "Impact of health care price transparency on price variation: the New Hampshire experience." *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change*, 128: 1-4.

- Von Bertalanffy, L. (1950). "An outline of general system theory." *British Journal for the Philosophy of Science*.
- Wade, G. H. (1999). "Professional nurse autonomy: concept analysis and application to nursing education." *Journal of Advanced Nursing*, 30(2): 310-318.
- Wallace, J. D. dan J. J. Mintzes (1990). "The concept map as a research tool: Exploring conceptual change in biology." *Journal of Research in Science Teaching*, 27(10): 1033-1052.
- Waller, B. N. dan R. A. Repko (2008). "Informed Consent: Good Medicine, Dangerous Side Effects." *Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics*, 17(1): 66-74.
- Wang, X. (2002). "Assessing Administrative Accountability Results from a National Survey." *The American Review of Public Administration*, 32(3): 350-370.
- Watson, J. (2006). "Caring theory as an ethical guide to administrative and clinical practices." *Nursing Administration Quarterly*, 30(1): 48-55.
- WHO (1997) *The Role of Pharmacist in Health Care System*.
- WHO (2012) *Global Health Observatory*. http://www.who.int/gho/service_delivery/en/,
- Wholey, J. S. (1983). *Evaluation and effective public management*, Little, Brown Boston.
- Willging, C. E. (2005). "Power, blame, and accountability: Medicaid managed care for mental health services in New Mexico." *Medical anthropology quarterly*, 19(1): 84-102.

- WorldBank (2008). Investing in Indonesia's Health: Challenges and Opportunities for Future Public Spending. *Health Public Expenditure Review*, World Bank.
- Woogara, J. (2005). "Patients' rights to privacy and dignity in the NHS." *Nursing Standard*, 19(18): 33-37.

BIODATA PENULIS

DR. dr. Hj. Andi Indahwaty Sidin, MHSM lahir di Ujung Pandang, 4 Januari 1973. Beliau menempuh pendidikan S-1 pada tahun 1991-1995 di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Pendidikan S-2 pada tahun 2005-2007 dibidang *Health Service Management* Curtin University Australia. Pada tahun 2010-2014, beliau menempuh pendidikan doktoralnya di Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar. Seorang yang aktif menulis dan memiliki publikasi internasional maupun nasional, seperti *Organizational climate enhance service quality through enhancing OCB in public hospital* dalam jurnal *Biomedical Research An International Journal of Medical Sciences*, Vol. 30/Nomor 5/2019. Pengaruh Budaya Organisasi Terhadap Kinerja Tim Dalam Penerapan Patient Safety dalam Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim, Vol. 2/Nomor 1/2019. Pengaruh Lama Kerja terhadap Tingkat Organizational Citizenship Behavior (OCB) Perawat Suku Bugis di Instalasi Rawat Inap Rumah Sakit Labuang Baji dalam Jurnal Media Kesehatan Masyarakat Indonesia, Vol. 2/Nomor 1/2019. *Exploration of Patients Value as in Accordance with Bugis Philosophy in Public*

Hospital at the Sulawesi Selatan dalam Indonesia Indian Journal of Public Health Research & Development, Vol. 10/Nomor 7/2019. Seorang yang aktif dalam pengabdian masyarakat, seperti *The Fasilitator of The Integrated of Planning and Budgeting at community health center in Bontang City, East Kalimantan Province* di tahun 2019. *Hygiene of Occupational Health*, tahun 2019. Sosialisasi Tata Cara Penilaian Peer Reviewer Karya Ilmiah Untuk Pengusulan Kenaikan Jabatan Akademik/ Pangkat Dosen, tahun 2019. Sosialisasi Pelayanan Prima bagi Tenaga Kesehatan di Puskesmas Pulau Kodingareng, tahun 2019. *Temasek Foundation International Healthcare Executives in Asia Leadership (TFI HEAL) Programme* 2018. Sebagai pengembang Model Akuntabilitas Rumah Sakit di Era Reformasi Pelayanan Kesehatan, tahun 2018. Aktif dalam berbagai pelatihan dan *conferences* nasional maupun internasional, seperti *Basic Life Support and Advanced Life Support Training For General Practitioner in South Sulawesi*, tahun 2019. *Planning and Health Budgeting Comprehensive Training, Magister Administration and Health Policy Program, Public Health Postgraduate Program, Hasanuddin University*, tahun 2019. *Team Based Training, Department of Health, Pinrang*, tahun 2019. *Health Information System Training*, tahun 2019. *Global Multidisciplinary Research Conference (GMRS 2019)*. *International Conference on Hospital Administration (ICHA) 2017-2019*. Penghargaan diperoleh baik dari pemerintah maupun institusi lainnya seperti *Effectiveness of Murottal Therapy on Baby's Weight* oleh *International Conference-Research Forum For Engineers and Researches* pada tahun 2019, satyaencana karya satya 10 tahun oleh Presiden

Republik Indonesia pada tahun 2017, dan ahli pengadaan barang/jasa pemerintah oleh lembaga kebijakan pengadaan barang/jasa pemerintah pada tahun 2016.

Pada tahun 2010-2014, penulis pernah bekerja sebagai Kepala Departemen Manajemen Rumah Sakit Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS. Di tahun 2014, bekerja sebagai Kepala Departemen Perencanaan dan Evaluasi UNHAS. Di tahun 2014, pernah menjabat sebagai Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS dalam hal keuangan, administrasi dan urusan sumber daya manusia. Selain sebagai dosen di Fakultas Kesehatan Masyarakat UNHAS yang memiliki kompetensi manajerial dengan berbagai pengalaman profesional yang dimiliki, saat penulis juga menjabat sebagai Direktur Keuangan, SDM, dan Administrasi Umum Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin Makassar.