

## **BAB IV**

### **HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Profil Rumah Sakit**

##### **1. Sejarah Pendirian RS PKU Muhammadiyah Gamping**

Sejarah pendirian RS PKU Muhammadiyah Gamping pada awalnya merupakan perluasan dari PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang dahulu bernama PKO (Penolong Kesengsaraan Oemoem), penamaan ini didasarkan dengan tujuan membentuk fasilitas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan bagi kaum dhuafa. Pertama kali didirikan atas inisiatif H.M. Sudjak yang didukung sepenuhnya oleh K.H. Ahmad Dahlan dan masih berupa klinik dan poliklinik. Didirikan pada tanggal 15 Februari 1923 dengan lokasi pertama di kampung Jagang Notoprajan No.72 Yogyakarta. Seiring dengan waktu, nama PKO berubah menjadi PKU (Pembina Kesejahteraan Umat). Pada tahun 1928 klinik dan poliklinik PKO Muhammadiyah pindah lokasi ke Jalan Ngabean No.12 B Yogyakarta, yang sekarang menjadi Jalan K.H. Ahmad Dahlan. Pada tahun 1936 lokasinya berpindah kembali ke Jalan K.H. Dahlan No. 20 Yogyakarta hingga saat ini. Dan pada

tahun 1970-an status klinik dan poliklinik kemudian berubah menjadi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta mempunyai misi utama untuk meningkatkan kemampuan masyarakat agar dapat mencapai derajat kesehatan yang lebih baik, sebagai bagian dari upaya menuju terwujudnya kehidupan yang sejahtera dan sakinah sebagaimana dicita-citakan Muhammadiyah. Hal ini diatur dalam Surat Keputusan Pimpinan Pusat Muhammadiyah No 86/SK-PP/IV-B/1.c/1998 tentang Qaidah Amal Usaha Muhammadiyah Bidang Kesehatan. Qaidah inilah yang menjadi dasar utama dalam menjalankan organisasi RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

Dalam rangka memperluas cakupan pelayanan yang pada saat itu tidak mampu lagi di-*cover* oleh RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang berlokasi di Jalan Ahmad Dahlan, maka dikembangkan unit pelayanan baru RS PKU Muhammadiyah Gamping di daerah Gamping, Jalan Wates. RS ini dibuka pada tanggal 15 Februari 2009, dan baru pada tanggal

16 Juni 2010 Rumah Sakit mendapatkan ijin operasional sementara.

Pada bulan Juni tahun 2012, RS PKU Muhammadiyah Gamping berhasil lulus akreditasi 5 Bidang Pelayanan yang dikukuhkan dengan sertifikat akreditasi dari KARS dengan Surat Keputusan No KARS-SERT/600/VI/2012. Pada akhirnya RS PKU Muhammadiyah mendapatkan ijin operasional sebagai RS Tipe C pada tanggal 18 November 2013 melalui SK Menteri Kesehatan No : HK.02.03/I/1976/2013(renstra 2013)

Sejak awal arah dan strategi pengembangan RS PKU Muhammadiyah Gamping dimaksudkan untuk menjadi Rumah Sakit Pendidikan Utama. Hal ini tentu saja membutuhkan rencana strategi yang berbeda dengan RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta.

## **2. Gambaran Umum Pengguna (*Customer*)**

### **a. Kelompok Masyarakat dengan Masalah Kesehatan.**

Kelompok ini merupakan kelompok terbesar dari pengguna saat ini. Jika dilihat kembali dari status pasien maka sebagian besar kelompok *customer* ini adalah pasien

dengan metode pembayaran *out of pocket* atau pasien tanpa jaminan asuransi. Data menunjukkan sebanyak 79,1% penduduk DIY membiayai sendiri biaya kesehatannya sedangkan dengan JAMSOSTEK sebesar 10,4%, ASKESKIN (13,9%), dana sehat 2,2% dan asuransi serta pembiayaan lain sebesar 11,4%. (data Riskesda 2007). Akan tetapi dari waktu ke waktu tampaknya terjadi peningkatan pada pasien dengan jaminan baik jaminan dari asuransi swasta, dana sehat Muhammadiyah dan jaminan pelayanan kesehatan bagi kaum miskin oleh pemerintah.

Menurut hasil Riset Kesehatan Daerah Propinsi DIY tahun 2007, menunjukkan bahwa sebagian besar penduduk DIY yang sakit, berobat rawat jalan pada tempat-tempat pelayanan yang dekat dengan tempat tinggalnya seperti dokter praktek, bidan praktek dan klinik. Sedangkan yang membutuhkan pelayanan rawat inap lebih memilih berobat ke rumah sakit swasta.

#### b. Kelompok Masyarakat Sehat

Kelompok masyarakat ini merupakan sasaran utama dari program kegiatan yang bersifat promotif dan preventif. Selama ini kegiatan ini masih difokuskan pada kelompok masyarakat tertentu dan masih berfokus pada kegiatan luar ruangan seperti pengabdian masyarakat dan penyuluhan kesehatan. Kalaupun ada kegiatan pelayanan yang bersifat *intra hospital* hanya sebagian kecil saja seperti pelayanan vaksinasi dan *medical check up*.

Dengan makin berkembangnya tawaran pelayanan maka ke depan perlu dikembangkan pelayanan *intra hospital* yang beragam berdasarkan masukan dari tenaga spesialis maupun profesional yang lain sesuai dengan kompetensi masing-masing. Inovasi perlu dibuka lebar untuk kelompok masyarakat ini karena pangsa pasarnya yang masih sangat terbuka.

Indonesia saat ini menghadapi *double burden* masalah kesehatan, di mana penyakit infeksi yang umumnya merupakan masalah dunia ketiga masih cukup tinggi insidensi dan prevalensinya. Di lain pihak, penyakit degeneratif yang

umumnya terjadi di negara maju juga mulai merajalela, ditambah dengan kondisi lingkungan yang makin tidak ramah dan kondusif.

Indonesia menduduki urutan ke 92 peringkat *Health Care System* dari 191 negara di dunia (WHO Report, 2000). Data tersebut menunjukkan bahwa kelompok masyarakat sehat di Indonesia rentan terhadap masalah kesehatan. Meningkatnya risiko sakit akibat berbagai faktor juga merupakan ancaman bagi penduduk. Kelompok masyarakat sehat yang rentan sakit inilah yang harus menjadi peluang bagi upaya peningkatan cakupan pelayanan kesehatan melalui inovasi produk layanan.

#### c. Institusi Pendidikan dan Penelitian

Kelompok pengguna institusi pendidikan diprioritaskan pada institusi pendidikan kesehatan terutama di lingkungan amal usaha Muhammadiyah. *Network* atau jejaring yang kuat dan bersifat mutualisme akan mendorong pada peningkatan pertumbuhan jumlah pelanggan dan perkembangan kualitas pelayanan.

Jejaring dengan lembaga pendidikan telah dilakukan dengan beberapa institusi pendidikan seperti fakultas kedokteran, pendidikan keperawatan, fakultas farmasi dan pendidikan tenaga kesehatan lain. Akan tetapi hubungan formal tersebut belum secara optimal diikuti dengan rencana strategis untuk mewujudkan RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai RS Pendidikan. Banyak peluang yang dapat dilakukan dengan status RS Pendidikan, diantaranya kerjasama perawatan khususnya untuk pasien kelas 3 atau pasien jaminan pemerintah. Selain itu *transfer of knowledge* diharapkan akan terjadi dengan lebih baik antara praktisi di RS PKU dengan akademisi di lembaga pendidikan.

#### d. Peserta Didik

Peserta didik yang terdiri dari mahasiswa praktek profesi dokter, dokter gigi, farmasis dan perawat serta mahasiswa dari profesi kesehatan dan non kesehatan termasuk peneliti akan menjadi salah satu *customer*. Akan tetapi jenis *customer* ini sekaligus akan menjadi bagian dari tim *provider* pelayanan. Diperlukan konsep khusus untuk menyeimbangkan antara

fungsi pelayanan administrasi pendidikan dan penanaman tanggung jawab sebagai bagian dari *provider* pelayanan.

#### e. Lembaga Asuransi Kesehatan dan Relasi

Perhatian utama pemberi pelayanan kesehatan, khususnya Rumah Sakit swasta di Indonesia saat ini adalah visi jaminan sosial di Indonesia untuk menuju *universal coverage* yaitu 100% cakupan jaminan pelayanan kesehatan kepada seluruh rakyat Indonesia pada tahun 2019. Kebijakan yang ditetapkan oleh BPJS dan Asuransi kesehatan memiliki pengaruh yang signifikan terhadap pelayanan rumah sakit. Rumah Sakit dirasa perlu melakukan upaya efisiensi dan tata kelola klinis yang lebih baik agar klaim yang diajukan kepada BPJS dan relasi asuransi dapat berjalan dengan lancar

### **3. Visi**

Mewujudkan RS Pendidikan Utama Dengan Keunggulan  
Dalam Pelayanan Kesehatan, Pendidikan dan Riset  
Dengan Sistem Jejaring dan Kemitraan Yang Kuat Pada  
Tahun 2018

#### **4. Misi**

Falsafah tersebut kemudian diterjemahkan menjadi misi RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai berikut:

a. Misi Pelayanan Publik/Sosial

Memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu berdasar pada bukti ilmiah dan teknologi kedokteran terkini

b. Misi Pendidikan

Menyelenggarakan pendidikan bagi tenaga kedokteran dan tenaga kesehatan lain secara profesional melalui pembentukan atmosfer pendidikan dalam pelayanan

c. Misi Penelitian dan Pengembangan

Menyelenggarakan penelitian di bidang ilmu pengetahuan dan teknologi modern bidang kesehatan

d. Misi Dakwah

Menyelenggarakan dakwah amar ma'ruf dan nahi munkar yang terintegrasi dalam proses pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan

## 5. Budaya Rumah Sakit

Budaya Rumah Sakit lebih mudah diimplementasikan dan dilihat dalam dibentuk motto pelayanan sebagai berikut:

### **AMANA** melayani Setulus Hati

**(Antusias, Mutu, Aman, Nyaman, Akurat, Handal)**

Adapun makna dari motto pelayanan AMANAH dapat dijelaskan sebagai berikut :

**Antusias** : pelayanan yang diberikan oleh petugas dilakukan dengan penuh semangat atas dasar ghirah keislaman dan kemuhammadiyah sebagai wujud kecintaan terhadap sesama manusia. Tolok ukurnya adalah respon yang cepat terhadap kebutuhan pelanggan.

**Mutu** : pelayanan yang diberikan bermutu tinggi baik aspek mutu dalam pandangan pasien (ramah, tidak berbelit dll) maupun aspek mutu dalam pandangan teknis (sesuai dengan persyaratan medik dan non medik) yang ditetapkan. Tolok ukurnya adalah kepuasan pelanggan dan kesesuaian terhadap standar dan regulasi.

**Aman** : pelayanan yang dilakukan dalam kerangka sistem yang menjamin keselamatan pasien (patient safety). Tolok ukurnya adalah rendahnya insiden KPRS

**Nyaman** : pelayanan rumah sakit yang didukung oleh suasana fisik yang bersih dan asri. Pelayanan yang memahami kebutuhan pasien sebagai makhluk sosial spiritual sehingga memberikan ketenangan psikologis dan spiritual.

**Akurat** : pelayanan yang diberikan berbasis pada data dan informasi yang akurat, valid dan berbasis bukti (evidence) sehingga memberikan kepercayaan dan kemantapan yang tinggi pada pasien sekaligus memberikan teladan (uswah) bagi peserta didik.

**Handal** : pelayanan diberikan melalui dukungan fasilitas medis dan non medis modern serta dukungan teknologi informasi yang menjawab kebutuhan pelayanan.

Sehingga dengan mengedepankan motto tersebut diharapkan RS dapat mencapai Tujuannya yaitu:

- a. Terwujudnya pertumbuhan dan perkembangan organisasi RS PKU MuhammadiyahGamping.
- b. Terwujudnya pelayanan kesehatan yang berkualitas, menyeluruh dan holistik
- c. Terwujudnya pendidikan kedokteran dan kesehatan yang unggul dan islami dalam rangka menyiapkan insan kesehatan yang berkarakter.
- d. Terwujudnya penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bidang kedokteran dan kesehatan yang berguna bagi pengembangan ilmu kedokteran dan kesehatan
- e. Terwujudnya masyarakat yang sehat dan sejahtera

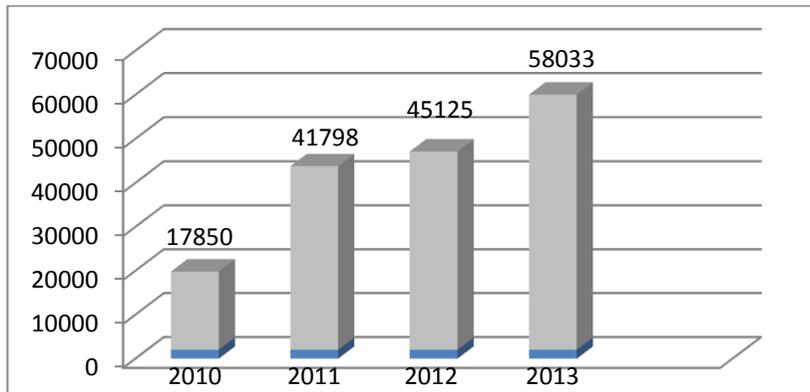
## **6. Kinerja Pelayanan**

### **a. Pelayanan Rawat Jalan**

Pelayanan rawat jalan mengalami peningkatan signifikan selama tahun 2009 hingga tahun 2013 terutama pada pelayanan spesialistik. Pada beberapa bidang spesialistik terjadi penambahan jumlah dokter serta bidang

spesialistik baru. Pengembangan pelayanan spesialistik yang bersifat inovatif belum banyak dikembangkan. Jumlah dokter spesialis dan jam praktek yang cenderung bertambah memiliki kontribusi terhadap kenaikan jumlah kunjungan (renstra 2013)

Pada aspek jumlah pasien yang berkunjung dari tahun 2010 hingga tahun 2013 relatif mengalami peningkatan. Kunjungan tertinggi terjadi pada tahun 2013 dan tahun-tahun berikutnya diprediksikan makin naik. Kenaikan kunjungan pada tahun berikutnya akan didongkrak oleh berlakunya sistem JKN mulai tahun 2014 dan menuju universal *coverage* pada tahun 2019. Artinya kesadaran akan pelayanan kesehatan di sarana pelayanan kesehatan akan meningkat akibat partisipasinya dalam sistem asuransi kesehatan. Gambaran kunjungan pasien rawat jalan dapat dilihat pada Gambar berikut ini:



**gambar 1 Grafik Kunjungan Rawat Jalan Tahun 2010-2013**

Salah satu unggulan pelayanan rawat jalan dari Rumah Sakit ini adalah Pelayanan Hemodialisis yang sudah dimulai sejak tahun 2010. Berdasarkan data dari PT Askes menyebutkan bahwa RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta memberikan pelayanan hemodialisis yang terbanyak di daerah Jawa Tengah dan DIY sedangkan untuk RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagian besar pasien hemodialisa berasal dari Kabupaten Sleman dan Kulonprogo serta rujukan Jateng bagian barat. (renstra 2013) Laporan perkembangannya adalah sbb.:

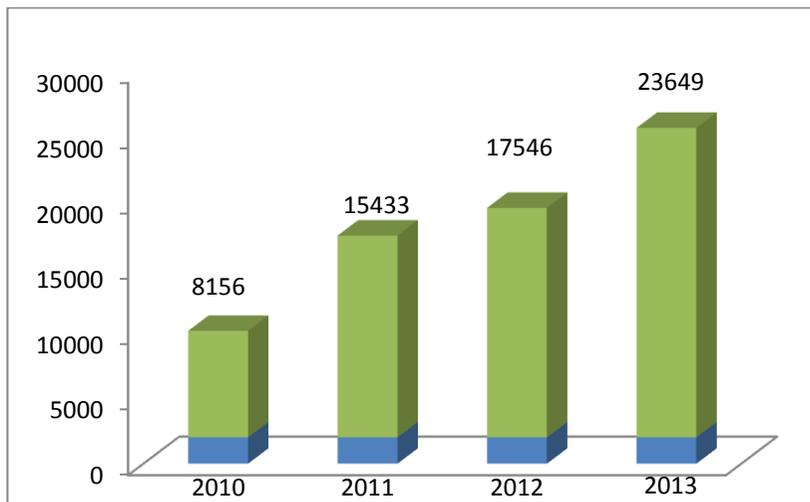
**Tabel 1 Data pelayanan Hemodialisis tahun 2010-2013**

T a h u n	Jumlah mesin	Jumlah tindakan hemodialisis
2010	24	2964
2011	24	11318
2012	24	11426
2013	25	12289

**b. Pelayanan Gawat Darurat**

Pelayanan gawat darurat menunjukkan trend naik dari tahun 2010 sampai dengan 2013. Kunjungan meningkat sekitar dua kali lipat per tahunnya. Hal ini dimungkinkan karena lokasi rumah sakit di pinggir jalan besar yang rawan kecelakaan. Di samping itu rumah sakit juga sudah mulai dikenal oleh warga masyarakat sehingga menjadi rujukan dalam kondisi emergensi. Perlu diketahui juga dimana di lokasi barat DIY tempat RS ini berada belum ada rumah sakit besar lainnya.

Data selengkapnya tentang kunjungan IGD dalam bentuk grafik dapat dilihat pada gambar berikut ini.



**gambar 2 Jumlah kunjungan IGD tahun 2010- 2013 (renstra 2013)**

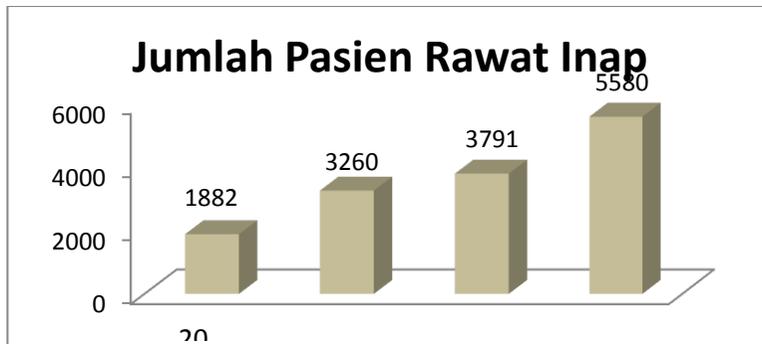
### **c. Pelayanan Rawat Inap**

Kinerja pelayanan rawat inap dapat diukur melalui beberapa parameter diantaranya BOR, LOS dan angka kunjungan rawat inap. Tingkat hunian rumah sakit (BOR) dari tahun 2010 hingga 2013 menunjukkan BOR yang meningkat, namun kemudian cenderung menurun. Hal ini dikarenakan adanya penambahan tempat tidur secara bertahap dari tahun 2010 ke 2013 sehingga meskipun jumlah pasien rawat inap meningkat tetapi BOR cenderung turun. Adapun jumlah tempat tidur dan BOR dari tahun ke tahun berikut ini.

**Tabel 2 Data BOR dan jumlah tempat tidur 2010-2013**

Tahun	Jumlah Tempat tidur	BOR (%)
2010	48	71,05
2011	48	74,83
2012	48	76,16
2013	105	68,28

Untuk mengetahui lebih lanjut analisis tentang perkembangan pelayanan rawat inap tahun 2010-2013 perlu ditambahkan tentang data jumlah pasien rawat inap. Data tersebut dapat dilihat pada grafik berikut ini.



**gambar 3 Jumlah pasien rawat inap tahun 2010-2013(renstra 2013)**

Peningkatan jumlah tempat tidur tersedia yang juga diikuti dengan peningkatan BOR merupakan indikasi bahwa

terjadi peningkatan kebutuhan masyarakat terhadap utilisasi pelayanan rawat inap. Akan tetapi ketika jumlah tempat tidur ditambah dan justru terjadi penurunan BO, hal ini harus diwaspadai. Strategi yang perlu dijalankan adalah melakukan ekspansi pasar atau menambah populasi pelanggan agar dengan penambahan tempat tidur akan menambah tingkat hunian (BOR).

Parameter lain dapat dilihat dari *length of stay* (LOS) dari tahun 2010 – 2013 menunjukkan rata-rata hari rawat sebesar 3,84 hari dan menunjukkan kinerja yang bagus karena masih dalam rentang wajar (3-12 hari). Hal ini menunjukkan bahwa respon dan pelayanan terhadap pasien sudah baik dan perlu dipertahankan. Selanjutnya dapat dilihat pada Tabel berikut ini.

**Tabel 3 Lama hari rawat rata-rata tahun 2010-2013**

<b>Tahun</b>	<b>Lenght of Stay (hari)</b>
<b>2010</b>	3,69
<b>2011</b>	4,02
<b>2012</b>	4,14
<b>2013</b>	3,5

#### **d. Pelayanan Kamar Operasi/Bedah**

Pelayanan kamar operasi berdasarkan data rekam medis tahun 2010-2013 menunjukkan peningkatan sangat signifikan data selengkapnya dapat dilihat dari grafik berikut ini.



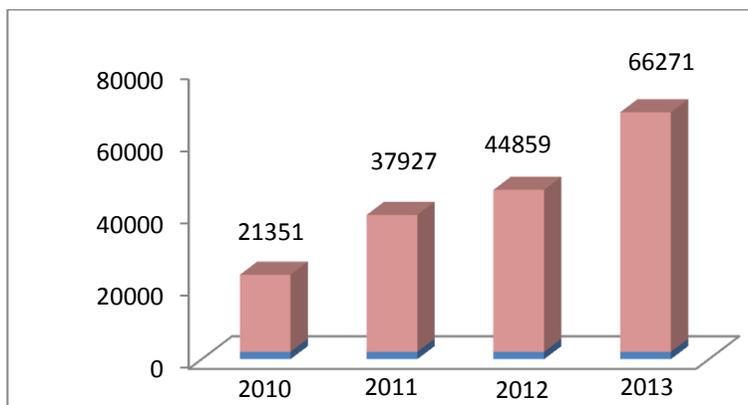
**gambar 4 Jumlah tindakan operasi tahun 2010-2013**

Peningkatan jumlah operasi dari tahun 2010 hingga di tahun 2013 disebabkan oleh berbagai faktor yaitu penambahan jumlah spesialis dan penambahan jumlah kamar operasi

#### **e. Pelayanan Laboratorium**

Laboratorium RS PKU MuhammadiyahGamping mempunyai beberapa jenis pelayanan di antaranya pemeriksaan hematologi, pemeriksaan kimia klinik, pemeriksaan urinalisa dan imunologi. Sedangkan pelayanan lain yang dilakukan secara

eksternal bekerjasama dengan laboratporium klinik luar adalah pemeriksaan sitologi, pemeriksaan mikrobiologi dan patologi klinik. Jumlah pemeriksaan di Laboratorium dapat ditunjukkan pada grafik berikut ini.



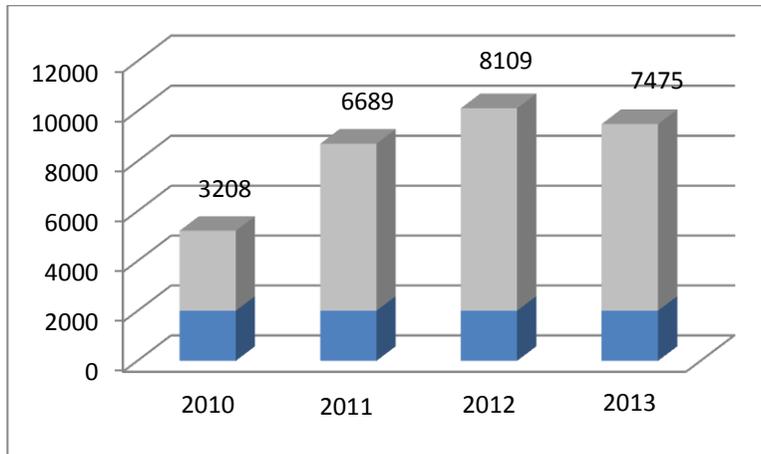
**gambar 5 Jumlah pemeriksaan laboratorium tahun 2010-2013**

Jumlah pemeriksaan laboratorium terus meningkat dari tahun ke tahun. Perlu pemikiran untuk penambahan jenis layanan dan pemeriksaan rujukan dari luar yang merupakan peluang yang masih terbuka dan perlu digarap lebih baik.

#### **f. Pelayanan Radiologi dan Imaging**

Pelayanan radiologi yang tersedia saat ini meliputi pelayanan radiografi dan *CT scan*. Pelayanan radiologi paling banyak adalah

radiografi tanpa bahan kontras, diikuti pemeriksaan pemeriksaan radiografi dengan bahan kontras. Data jumlah pemeriksaan radiologi dapat disajikan dalam grafik berikut ini.

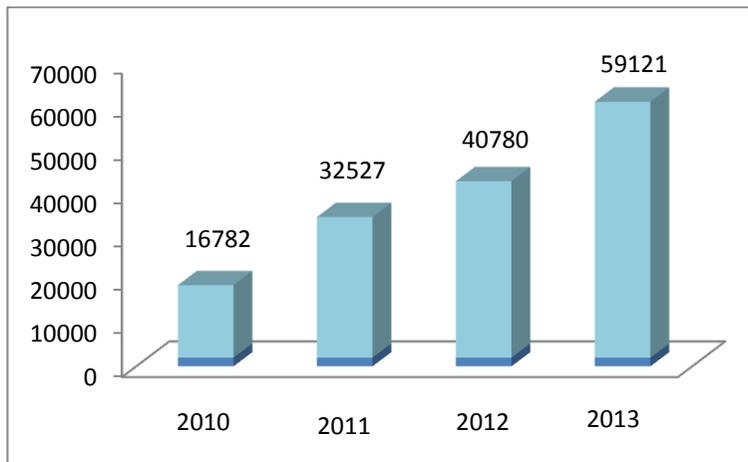


**gambar 6 grafik pemeriksaan radiologi 2010-2013**

#### **g. Pelayanan Farmasi**

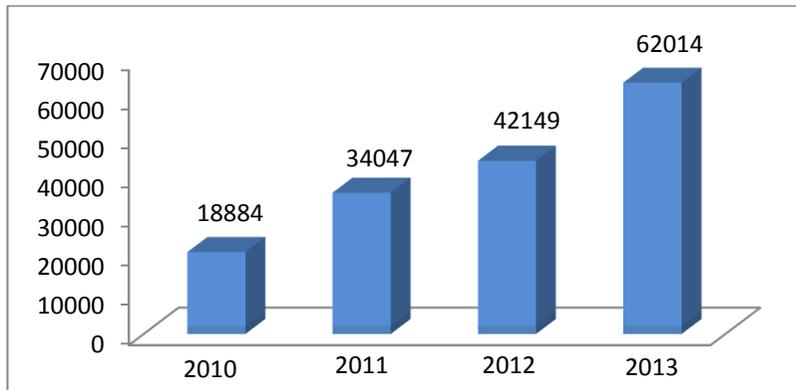
Untuk pelayanan farmasi selama kurun waktu tahun 2010 – 2013 mengalami peningkatan sebagai imbas dari peningkatan pelayanan pasien rawat jalan maupun rawat inap. Kondisi ini perlu diantisipasi karena saat ini pengelolaan perbekalan farmais masih belum mandiri dan belum terpisah antara pelayanan farmasi rawat inap dan rawat jalan. Peningkatan jumlah resep akan meningkatkan kesibukan dan sekaligus meningkatkan

kemungkinan terjadinya *error*. Adapun data selengkapnya dapat dilihat pada gambar berikut ini.



**gambar 7** Grafik pelayanan farmasi rawat jalan tahun 2010-2013

Data jumlah resep pasien rawat inap cenderung lebih tinggi dibanding rawat jalan. Salah satu analisisnya bahwa perencanaan terapi pasien belum dilakukan dengan lebih baik sehingga cenderung untuk lebih sering meresepkan pada pasien rawat inap. Adapun data jumlah resep pasien rawat jalan dan rawat inap tahun 2010-2013 adalah sebagai berikut.



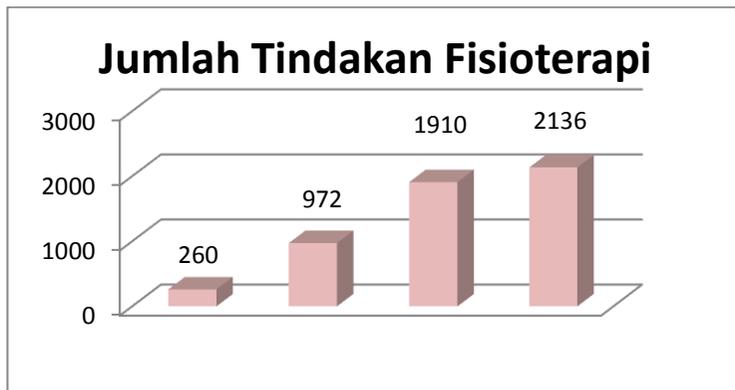
**gambar 8 Grafik pelayanan Farmasi rawat inap tahun 2010-2013**

Melihat data perkembangan pelayanan farmasi maka dapat dipikirkan untuk pengembangan pelayanan farmasi dengan memisahkan antara pelayanan farmasi rawat jalan dan farmasi rawat inap.

#### **h. Pelayanan Rehabilitasi Medik**

Pelayanan rehabilitas medik merupakan pelayanan penunjang medik yang fluktuasi jumlah kunjungan tergantung dari rujukan unit terkait di bidang pelayanan medik. Sampai saat ini pelayanan yang diberikan baru pelayanan fisioterapi saja. Adanya lahan yang cukup memadai di RS PKU Muhammadiyah Gamping merupakan peluang untuk dikembangkan pelayanan yang lain seperti okupasi terapi, senam hamil, pijat bayi dan

senam diabetes dll. Data selengkapnya dapat dilihat pada grafik berikut ini.



**gambar 9 Jumlah tindakan Fisioterapi tahun 2010-2013**

## **7. Pengembangan Sarana dan Prasarana serta Sistem Informasi**

Dalam hal pengembangan sarana dan prasarana, RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah melakukan berbagai program antara lain pembangunan fisik sesuai *block plan* dan *master plan* serta pengadaan alat-alat medik. Tahap pembangunan fisik dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 4 Tahap pembangunan dan utilisasi ruangan**

<b>Tahun</b>	<b>Blok</b>	<b>Ruangan/Utilisasi</b>
<b>2010</b>	A lantai 1 C dan D lantai 1 dan 2	Poliklinik, Farmasi, IGD, Rekam Medik, Laboratorium, Radiologi, Ruang Firdaus dan

	Blok E lantai 1 Blok F lantai 1 Bangunan Penunjang	Ruang Naim Hemodialisa Gizi, Linen, Masjid, Kamar Jenazah Sanitasi, Pemeliharaan, Ruang Diesel, Sentra gas medik, parkir dan taman, garasi ambulan dan kendaraan dinas.
<b>2011</b>	Penyempurnaan Blok 2010	Idem
<b>2012</b>	Penyempurnaan Blok 2010	Idem
<b>2013</b>	Blok C dan D lantai 3 dan 4 Blok E dan F lantai 2, 3 dan 4 OSCE center lantai 1-4	Ruang ICU, Kamar Operasi, Ruang Zaitun, Wardah, Ruang Sidang dan Aula Rawat Inap non kelas, stroke center dan trauma center Ruang OSCE, Ruang Dosen, Ruang Computer Based Test, Convention Hall, Perpustakaan

Pada dekade terakhir posisi SIM menjadi sangat strategis karena banyak proses pelayanan dan administrasi sangat tergantung pada SIM sehingga aplikasi program yang baik serta dukungan *software* dan *hardware* akan menentukan kelancaran proses pelayanan dan administrasi.

Untuk implementasi sistem informasi di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah dilakukan sejak tahun soft opening tahun 2009 dengan SIM berbasis DOS. Sistem ini tidak

dapat mendukung banyak informasi yang dibutuhkan. Di samping itu sistem DOS tidak dapat integratif dengan data yang ada di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta. Kondisi ini cukup menyulitkan dalam penyatuan data dan analisa laporan. Akhirnya pada Mei 2010 sistem informasi rumah sakit beralih ke sistem Windows dengan pengembang dari PT.ICS sebagaimana di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Upaya untuk integrasi data antara PKU Muhammadiyah Yogyakarta dan Gamping pada akhirnya bisa terlaksana meskipun mengalami berbagai kendala. Kedepan integrasi data ini diharapkan tidak hanya dengan sesama RS PKU Muh Yogyakarta tetapi juga dengan jejaring lainnya.

## **8. Analisis lingkungan internal dan eksternal**

### **a. Analisis SWOT**

Analisis lingkungan yang dilakukan oleh pihak RS memperhatikan 4 aspek, yaitu kekuatan dan kelemahan yang merupakan analisis lingkungan internal RS, sedangkan kesempatan dan hambatan yang merupakan analisis lingkungan

eksternal RS, tabel analisis SWOT RS dapat dilihat sebagai berikut:

**Tabel 5 Analisis SWOT kuantitatif pada Renstra RS**

KEKUATAN	BOBOT	SUB BOBOT	RATING	NILAI
1. SDM dan Manajemen.	35%			
a. Tersedianya Dr Spesialis yang lengkap		35%	3	1.05
b. Loyalitas SDM pada RS		30%	4	1.2
c. Tersedia tenaga kesehatan yang qualified		20%	3	0.6
d. Manajemen berjalan dengan baik		15%	3	0.45
Jumlah (1)		100%		3.3
2. Sarana dan Prasarana	25%			
a. Lokasi RS yang strategis		35%	5	1.75
b. Bangunan RS megah dengan fasilitas yang memadai		20%	4	0.8
c. Tersedianya peralatan medik yang memadai		25%	3	0.75
d. Tersedianya ruang perawatan yang memenuhi kehendak pasar		20%	4	0.8
Jumlah (2)		100%		4.1
3. Keuangan	20%			
a. Sistem keuangan berjalan baik		30%	3	0.9
b. Likuiditas dan solvabilitas baik		30%	4	1.2
c. Bad debt rendah		20%	4	0.8
d. Kinerja keuangan baik		20%	4	0.8
Jumlah (3)		100%		3.7
4. Pemasaran	20%			
a. Pola tarif yang bersaing		30%	4	1.2
b. Tersedianya pola tarif dengan paket		30%	2	0.6
c. Tersedianya pelayanan		25%	2	0.5

unggulan				
d. Brand PKU Muhammadiyah sudah lama dikenal		15%	5	0.75
Jumlah (4)		100%		3.05
<b>T O T A L KEKUATAN</b>	100%			14.15
<b>KELEMAHAN</b>				
1. SDM dan Manajemen	35%			
a. Kinerja SDM RS kurang optimal		25%	3	0.75
b. SDM RS belum mempunyai komitmen terhadap pelayanan yang bermutu tinggi		30%	3	0.9
c. Turn over yang cukup tinggi		30%	2	0.6
d. Fungsi organisasi belum berjalan baik		15%	4	0.6
Jumlah (1)		100%		2.85
2. Sarana dan Prasarana	25%			
a. Peralatan medik canggih belum lengkap		30%	4	1.2
b. Fasilitas pelayanan belum memadai		25%	3	0.75
c. Penataan lokasi pelayanan belum optimal		30%	2	0.6
d. Sistem informasi RS belum terpadu		15%	3	0.45
Jumlah (2)		100%		3
3. Keuangan	20%			
a. Sumber pembayaran pasien sangat didominasi dari pasien umum		35%	4	1.4
b. Realisasi anggaran belum sepenuhnya mengacu pada alokasi anggaran		25%	3	0.75
c. RS belum mampu membayar hutang Investasi		40%	2	0.8
Jumlah (3)		100%		2.95
4. Pemasaran	20%			
a. Tarif rekanan RS relatif tinggi		40%	2	0.8
b. Kualitas proses pelayanan pelanggan belum baik		40%	4	1.6
c. Belum dapat memberikan kepuasan				

kepada pelanggan dengan optimal		20%	4	0.8
Jumlah (4)		100%		3.2
<b>T O T A L KELEMAHAN</b>	100%			12
<b>PELUANG</b>				
1. SDM dan Manajemen	35%			
a. Tersedianya SDM berbagai profesi yang dapat direkrut untuk peningkatan kinerja RS		20%	4	0.8
b. Kebijakan dan komitmen BPH untuk mengembangkan dan meningkatkan pelayanan RS		35%	3	1.05
c. Tersedianya lembaga untuk peningkatan kompetensi SDM		10%	4	0.4
d. Rekrutment dokter spesialis / sub spesialis baru		35%	2	0.7
Jumlah (1)		100%		2.95
2. Sarana dan Prasarana	25%			
a. Terbukanya kesempatan untuk KSO peralatan medik dan non medic		30%	4	1.2
b. Kemajuan teknologi dapat digunakan untuk meningkatkan kinerja RS		30%	4	1.2
c. Dengan semakin terbuka pasar, memu dahkan RS dalam mendapatkan Peralatan dengan harga yang lebih kompetitif		40%	4	1.6
Jumlah (2)		100%		4
3. Keuangan	20%			
a. Kerjasama dengan pemasok dapat meringankan beban keuangan RS		20%	4	0.8
b. Adanya kemudahan dalam mendapat kan dana investasi dari Pemilik RS		40%	2	0.8
c. Kemampuan bayar pasien yang cukup tinggi		40%	3	1.2
Jumlah (3)		100%		2.8
4. Pemasaran	20%			
a. Kewajiban asuransi tenaga kerja di perusahaan/institusi		30%	5	1.5

merupakan peluang menjalin kerjasama b. Adanya warga Muhammadiyah di sekitar yang mempunyai ikatan emosional dengan RS		50%	4	2
c. Adanya klinik-klinik dan tempat praktek profesi kesehatan disekitar RS untuk membuat jaringan		20%	4	0.8
Jumlah (4)		100%		4.3
<b>T O T A L PELUANG</b>	100%			14.05
<b>ANCAMAN</b>				
1. SDM dan Manajemen	35%			
a. Adanya ketidakpuasan pasien pada dokter		40%	3	1.2
b. Masih belum solidnya komitmen SDM yang berada di dalam RS		40%	2	0.8
c. Kinerja RS belum optimal sehingga belum dapat memberikan insentif yang memadai untuk meningkatkan motivasi kerja karyawan		20%	3	0.6
Jumlah (1)		100%		2.6
2. Sarana dan Prasarana	25%			
a. Belum lengkapnya fasilitas pelayanan Me nyebabkan dilakukannya rujukan ke RS lain		60%	4	2.4
b. Lokasi dan kelengkapan ruang pelayanan belum optimal		40%	2	0.8
Jumlah (2)		100%		3.2
3. Keuangan	20%			
a. Rekrutmen SDM yang berkompentensi menyebabkan biaya SDM meningkat		40%	2	0.8
b. Penetapan tarif lebih didasarkan pada kompetitor daripada unit cost		40%	3	1.2
c. Tarif yang dipaketkan belum dapat dilaksanakan sepenuhnya		20%	4	0.8
Jumlah (3)		100%		2.8
4. PEMASARAN	20%			

a. Munculnya RS baru dan pengembangan RS lain merupakan kompetitor potensial		40%	3	1.2
b. Tarif RS masih merupakan hambatan bagi kerjasama dengan perusahaan		35%	3	1.05
c. Kemasan pemasaran yang masih monoton		25%	3	0.75
Jumlah (4)		100%		3
T O T A L ANCAMAN	100%			11.6

### Analisis

Analisis Internal		
Bidang	Nilai	
	Kekuatan	Kelemahan
SDM dan Organisasi	3.3	2.85
Sarana dan Prasarana	4.1	3
Keuangan	3.7	2.95
Pemasaran	3.05	3.2
	14.15	12

Analisis external		
Bidang	Nilai	
	Peluang	Ancaman
SDM dan Organisasi	2.95	2.6
Sarana dan Prasarana	4	3.2
Keuangan	2.8	2.8
Pemasaran	4.3	3
	14.05	11.6

Dari tabulasi di atas diperoleh hasil sebagai berikut :

Skor Kekuatan	14,15
Skor Kelemahan	-12
Selisih skor kekuatan dan kelayakan	2,15

Skor Peluang	14,05
Skor Ancaman	-11,6
Selisih skor peluang dan ancaman	2,45

#### **b. Kuadran Rumah Sakit**

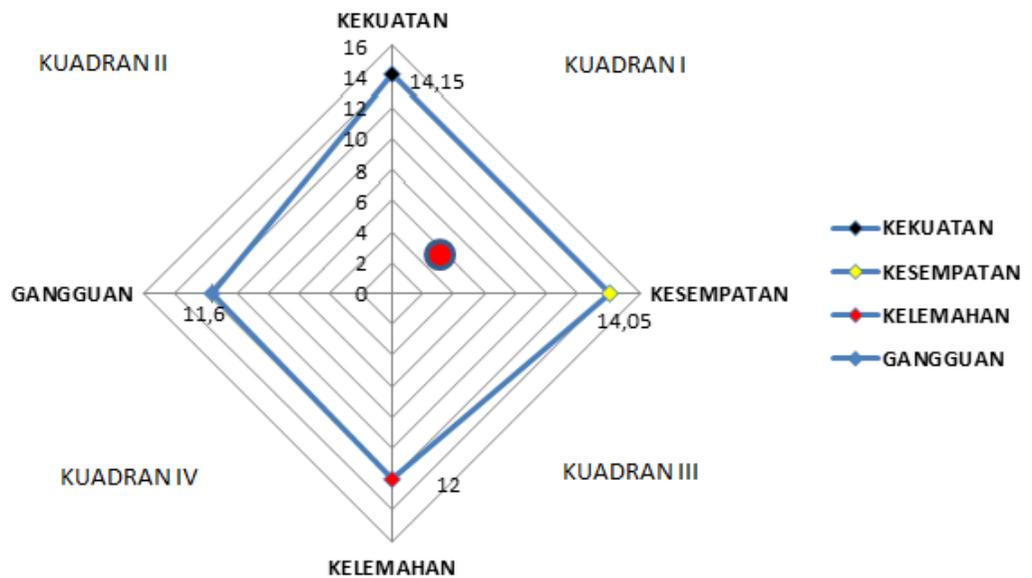
Dari hasil analisis SWOT menurut Renstra RS PKU Muhammadiyah Gamping menunjukkan RS berada pada posisi memiliki kekuatan dan peluang dikategorikan masuk kedalam kuadran I, dimana pada posisi ini RS memiliki posisi strategis yang sempurna.

Dalam kondisi ini, strategi yang sesuai adalah konsentrasi pada pasar (penetrasi pasar dan pengembangan pasar) dan konsentrasi pada produk (pengembangan produk). Apabila RS di Kuadran 1 memiliki sumber daya lebih, maka strategi yang efektif adalah integrasi ke belakang, integrasi ke depan, atau integrasi horizontal. Ketika suatu RS di Kuadran 1 maka perluasan cakupan pelayanan dianggap perlu. Kita contohkan sebagai suatu perusahaan yang terlalu berpatokan dengan satu produk tertentu, diversifikasi terkait produk/ jasa kiranya dapat membantu mengurangi risiko yang berkaitan dengan lemahnya

daya saing produk yang dimiliki, dan lini produk yang sempit. Maka perluasan cakupan pelayanan menjadi solusinya.

RS di Kuadran ini memiliki sumber daya yang memadai untuk mengambil keuntungan dari berbagai peluang eksternal yang muncul di berbagai bidang. Mereka bisa mengambil risiko secara agresif jika perlu karena memiliki kekuatan internal yang cukup.

### ANALISIS SWOT RS PKU MUHAMMADIYAH GAMPING



**gambar 10** Kuadran RS pada Analisis SWOT dari Renstra RS

## **B. Hasil Wawancara**

### **1. Hasil Wawancara**

## Tabel hasil Wawancara

Tabel 6 Hasil Wawancara

No.	Pertanyaan	Informan I	Informan II	Informan III	Informan IV
1.	<p>Apakah RS PKU unit 2 saat ini telah bekerjasama dengan BPJS kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa yang melandasi RS memutuskan untuk mengikuti program JKN?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah mengikuti dan bekerjasama dengan BPJS kesehatan sejak tanggal 1 sept 2014.</li> <li>• Alasannya ada dua, internal dan eksternal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah, baru saja, baru 5 hari berjalan sejak 1 september 2014</li> </ul> <p>Alasan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• modal RS dulu dari para donatur warga Muhammadiyah, dari dana tersebutlah didirikan RS, dengan adanya BPJS ada penjamin lagi yang pasti atas modal, sehingga cita-cita PKU sebagai pelayan kesehatan bisa lebih maksimal.</li> <li>• pengembangan pendidikan profesi membutuhkan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alasannya, yang pertama PKU muhammadiyah sebagai RS dakwah yang tidak lepas dari misi sosialnya.</li> <li>• Kedua wujud realisasi dakwah islam melalui kesehatan ini kita menjangkau kaum2 duafa, karena sebagian besar peserta BPJS adalah kaum duafa,</li> <li>• Ketiga merupakan program nasional shg rs ini harus komitmen mengikutinya</li> <li>• Masyarakat semakin paham,</li> </ul>	<p>Sudah 1 september 2014, sudah 15 hari</p> <p>Pertama, program pemerintah, maka rs PKU harus sudah siap betul, sesuai misi PKU juga sebagai pemberi layanan kesehatan bagi masyarakat, sehingga harus dikawal betul.</p> <p>Kedua dari sisi keuangan sebenarnya, angka tunggak bayar bisa ditekan, karena klaim dibayarkan oleh BPJS, selama ini banyak pasien yang berobat, tpi setelah itu tidak membayar biaya pengobatan,</p>

			<p>tempat praktek, butuh RS pendidikan butuh pasien sebagai wahana belajar dimana terutama pasien kelas 3, dengan BPJS maka hal itu bersinergi,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Harapan PKU bisa berada ditengah masyarakat dengan kerjasama ini RS bisa mewujudkannya.</li> </ul>	<p>bila rs tidak mau mengikuti akan kehilangan pasarnya, sudah bisa dilihat, pasien yg datang cenderung stagnan, ini adalah hal yang tidak baik untuk rs yang sedang berkembang, seharusnya trendnya naik.</p>	
2.	<p>Apa yang anda ketahui tentang kredensial/syarat2 untuk mengikuti program JKN?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudahkah memenuhi syarat2 tersebut?</li> <li>• Bila belum apa saja yang harus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iya, syaratnya ada administrasi dan teknis</li> <li>• Sudah memenuhi, Persyaratan sudah siap semua.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah memenuhi semua, hanya masih ada yang bisa dilengkapi sambil berjalan seperti SIP tenaga medis yang belum lengkap saja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah memenuhi semua, beberapa yang bisa di bargaining tentang teknis saja, seperti negosiasi penggunaan soft</li> </ul>	<p>Sudah semua, syarat2nya sudah dipenuhi semua,</p>

	disiapkan?			file.	
3.	<p>Apa yang anda ketahui tentang sistem INA CBG's?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana penyesuaian tarif dengan tarif pelayanan di RS?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• INA CBG's itu Indonesian Case Based Group's yaitu sistem pembayaran klaim BPJS</li> <li>• sekarang ini harus hitung ulang <i>unit cost</i> untuk penyesuaiannya, sekarang ini baru dalam proses. sekitar 80%.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistem tarif yang dikelompokkan, sekarang semua sudah dijadikan satu harga dalam INA CBG's sehingga mencakup seluruh pelayanan.</li> <li>• Harus disesuaikan dengan menyusun tarif yang baru, sudah dihitung unit cost ulang dan sedang dalam proses.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Untuk itu kita masih menghitung ulang unit cost sebagai penentuan tarif RS</li> </ul>	<p>Menyiasatnya harus dilihat secara menyeluruh, kendali mutu dan kendali biaya harus dikawal betul, sehingga RS harus ada tim BPJS, tiap saat mengkaji masalah ini, kaitannya erat dengan perilaku dokter, bila ada penyimpangan perlu umpan balik.</p> <p>Akan ada pelaporan tindakan dan sekaligus biaya pengelolaan pasien, berapa yang dikeluarkan dan berapa yang di klaim, sehingga dokter yang dilaporkan akan merasa perlu menyesuaikan diri, efisiensi, tanpa perlu menegur dokter maka insyaallah akan mengefisiensikan dengan</p>

					sendirinya.
4.	<p>Apa saja kekuatan dan kelemahan yang dimiliki RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perinci masing2 kekuatan dan kelemahan!</li> </ul>	<p><b>Kekuatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Staf dan karyawan kompak</li> <li>Hubungan dengan Badan Pengurus Harian yang baik, sehingga dukungan modal / dana lancar.</li> <li>Sudah pernah/ pengalaman melayani pasien jaminan</li> <li>PKU Unit 1 sudah bekerjasama dengan BPJS kesehatan, sehingga bisa belajar siasat menghadapinya.</li> <li>Punya fasilitas yang bagus dibanding dengan RS tipe C di sekitar.</li> <li>Tenaga non medis yg</li> </ul>	<p><b>Kekuatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fasilitas RS yang lebih bagus dibanding RS se tipe di daerah sekitar.</li> <li>Komitmen karyawan yang kuat untuk menjalankan program, loyalitas yang tinggi, terutama tenaga non medis.</li> <li>Pengembangan gedung baru masih terbuka luas, luas wilayah masih bisa dimanfaatkan. Rencana akan bangun lagi untuk kelas perawatan vip kelas 1,2 dan</li> </ul>	<p><b>Kekuatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SDM, staf non medis khususnya, semangat dan komitmennya bagus, kompak, dan koordinatif, untuk yg medis memang belum bisa melihat komitmen mereka mengawal BPJS, kalau dari segi jumlah OK</li> <li>Jumlah tenaga medis yang bisa dikatakan cukup</li> <li>Sarana prasarana yang dimiliki cukup bagus</li> <li>Sistem pelayanan yang semi</li> </ul>	<p><b>Kekuatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>SDM cukup baik medis dan non medis</li> <li>Komitmen insyaallah bagus karena masih baru, sehingga semangatnya masih kuat.</li> <li>Sarana fasilitas bagus</li> <li>Lokasi yang strategis</li> <li>Bangunan baru yang megah</li> <li>Kinerja keuangan baik, likuiditasnya</li> <li>Punya tarif yang bersaing dengan RS lain</li> <li>Punya program2 unggulan</li> <li>Brand PKU sudah lama diunggulkan, sehingga pasien yang loyal pun banyak.</li> </ul> <p><b>Kelemahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Komitmen dokter, khusus spesialis sering datang terlambat, sehingga</li> </ul>

		<p>sedikit tapi mampu menjalankan tugas sehingga efisien.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lokasi sekitar minim saingan</li> <li>• Perluasan gedung masih dimungkinkan</li> </ul> <p><b>Kelemahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih berstatus RS tipe C</li> <li>• Cost perawatan alat alat medis dan fasilitas yang tinggi</li> <li>• Fasilitas kelas 3 banyak, bisa jadi 'proyek rugi'</li> <li>• Birokrasi yang cukup panjang dan berjenjang, masih meng'induk' ke PKU unit 1.</li> </ul>	<p>poli eksklusif khusus pasien umum.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modal kuat, dan tenaga medis banyak karena sharing tenaga dengan perguruan tinggi UMY.</li> </ul> <p><b>Kelemahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas yang bagus menyebabkan cost perawatan meningkat, biaya operasional bisa meningkat bila tidak diatur dengan baik.</li> <li>• SDM (tenaga medis) yang kurang loyal, bekerja di luar RS, dan tempat lainnya.</li> <li>• Birokrasi yang berjenjang, membuat rumit.</li> </ul>	<p>paperless, meningkatkan efisiensi.</p> <p><b>Kelemahan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komitmen SDM Medis yang belum terukur apakah semangatnya sama dalam mengawal program BPJS ini</li> <li>• Rumitnya sistem BPJS yang belum dikuasai, sosialisasi ke pelaksana masih kurang.</li> <li>• Tipe RS yang masih C</li> <li>• Maintenance alat2 yang ada cukup mahal.</li> <li>• Birokrasi dalam RS yang masih</li> </ul>	<p>dipertanyakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas yang bagus tapi masih tipe C</li> <li>• Sistem informasi yang belum terpadu di RS</li> </ul>
--	--	---	---	---	---

			Untuk internal harus melalui tahapan yang rumit, sedang untuk urusan eksternal bekerja sendiri. Seharusnya sudah tidak menginduk lagi.	panjang.	
5.	<p>Apa saja gangguan/hambatan dan kesempatan yang dimiliki RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Perinci masing2 hambatan dan kesempatan tersebut!</li> </ul>	<p><b>Gangguan/hambatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Warga sekitar ( bantul ) tidak masuk dalam region pelayanan RS, regionalisasi ini ditentukan oleh BPJS dari rekomendasi dinkes propinsi, dan yang tercover hanya Sleman dan Kulonprogo saja.</li> <li>Perhatian terpecah karena akan mengikuti akreditasi</li> </ul>	<p><b>Gangguan/ hambatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tenaga medis mendapatkan tawaran yang lebih menarik oleh RS sekitar, sehingga tenaga medis sering 'dibajak'.</li> <li>Regio pelayanan, hanya Sleman dan Kulonprogo sehingga menurunkan segmentasi pasar.</li> </ul>	<p><b>Gangguan/ Hambatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regulasi BPJS yang agak memberatkan RS, cenderung belum memperhitungkan beban biaya yang ditanggung RS swasta.</li> <li>Regionalisasi daerah yang dibatasi oleh BPJS, Sleman, Kulonprogo</li> </ul>	<p><b>Gangguan / Hambatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Regionalisasi yang belum luas, belum merata, baru sleman dan kulonprogo.</li> </ul> <p><b>Kesempatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Bisa menjadi media pemasaran bila dibina dengan baik hubungan dengan PPK 1.</li> <li>Kesempatan untuk</li> </ul>

		<p>juga.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Banyak rujukan dari RS tipe D disekitar dengan kasus2 yang memerlukan penanganan ICU, lagi2 ini bisa saja jadi proyek rugi.</li> <li>Banyak fasilitas kesehatan tingkat pertama yang belum tau RS sudah bekerjasama dengan BPJS, dimungkinkan rujukan beralih ke faskes lainnya.</li> </ul> <p><b>Kesempatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dengan adanya jamkesmas ini segmentasi pasar akan meningkat</li> <li>Tidak menutup kemungkinan dengan segmentasi pasar yang meningkat dakwah bisa semakin diperluas dan bisa</li> </ul>	<p><b>Kesempatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kerjasama dengan BPJS bisa menguntungkan bila dapat dikelola dengan baik.</li> <li>Kesempatan menaikkan status menjadi tipe B pendidikan bila kerjasama berjalan lancar.</li> </ul>	<p>masuk daerah yang tercover, sedangkan bantul tidak, padahal daerahnya yg cukup dekat.</p> <p><b>Kesempatan</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>BPJS dapat sebagai media sosialisasi kepada masyarakat luas dan pasien tentang RS PKU Muhammadiyah Gamping.</li> <li>PKU punya pasar/ customer yang setia dan loyal, sehingga jauh lebih mudah mendapatkan pasien.</li> <li>Kebijakan pemerintah merupakan peluang untuk mendapatkan</li> </ul>	<p>menaikkan tipe kelas dari C menjadi B, karena fasilitasnya sudah memenuhi sebenarnya, tinggal syarat2nya dipenuhi kembali.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kesempatan menaikkan status menjadi tipe B pendidikan, dengan makin banyaknya pasien, terutama kelas 3</li> </ul>
--	--	---	---	--	--

		<p>jadi keuntungan diharapkan meningkat pula.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kesempatan menaikkan status RS menjadi tipe B pendidikan, dengan kerjasama ini bisa merintis terwujudnya RS pendidikan.</li> </ul>		<p>pasien/ customer bila diatasi dengan baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempunyai jaringan yang luas antar PKU Muhammadiyah, jejaring di PPK I.</li> <li>• Sharing pengalaman menghadapi BPJS oleh PKU Muhammadiyah yogyakarta, sehingga ada kiat2 atau tips menghadapinya.</li> </ul>	
6.	<p>Bagaimana strategi RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara membangun sistem</li> </ul>	<p>Nanti rencana ada <i>gathering</i> dengan faskes tingkat pertama di daerah sekitar, untuk sosialisasi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosialisasi dengan fasilitas kesehatan pertama, klinik pratama. Rencana jangka panjang membangun PPK I di daerah Tendean, harapannya warga</li> </ul>	<p>Akan lebih gampang, karena BPJS sendiri akan mempromosikan PKU secara tidak langsung dengan memberi tahu layanan kesehatan yang</p>	<p>Harus menjalin kerjasama dengan PPK 1, untuk meningkatkan kemampuan PPK 1, dengan pelatihan</p>

	rujukan?		Muhammadiyah bisa diarahkan untuk ke PPK tersebut, sehingga bisa memberi rujukan pasien ke RS PKU unit 2	mengcover layanan BPJS. Selain itu juga nanti direncanakan ada semacam gathering untuk PPK I jejaring kita.	
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara menjamin kelancaran klaim?</li> </ul>	Melengkapi syarat administrasi, rujukan, supaya klaim bisa diterima, masalahnya verifikasi BPJS itu Cuma 3 hari sekali ke RS, jadi harus hati2 klaim bisa lost atau tidak terklaim, jadi solusi ke depan harus ada setiap hari.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum ada rencana khusus hanya membentuk tim verifikasi internal RS yang mengurus klaim.</li> </ul>	Yang jelas memenuhi persyaratan2 klaim untuk BPJS, sosialisasi ke pelaksana (dokter), supaya lengkap sehingga lancar klaimnya. Beberapa hal sedang di negosiasi untuk pengurusan klaim dengan <i>soft copy</i> , karena sistem RS yang sudah <i>semi paperless</i> , hanya resume medis yang perlu <i>hardcopy</i>	<p>Verifikator dan koder memegang peranan, sehingga perlu dihitung betul, sehingga klaim cepat, kelengkapan dokumen pun disiapkan. Hati hati dengan fraud, Dimensinya luas sekali, jadi jangan sekali sekali melakukan fraud, upcoding, membatasi layanan, merugikan pasien dengan alasan apapun. Tidak barokah.</p> <p>Ada tim sendiri, dari tim BPJS dibagi bagi divisi, ada divisi casemix, Fraud, dan mutu. Sehingga memikirkan betul</p>

				<p>karena butuh tandatangan dokter yang melayani.</p> <p>Kemudian verifikator BPJS belum stay di RS, sehingga mana klaim yang bisa dan tidak sedikit susah mengetahuinya, kenapa belum stay? Karena dari BPJS sendiri mensyaratkan minimal dalam sebulan ada 2 ribu klaim sehingga verifikator BPJS bisa stay di RS, sekarang belum sampai, baru sekitar seribu klaim per bulan, kedepannya saya rasa sanggup, karena dari pasien HD (Hemodialisa) sendiri</p>	<p>masalah masalah ini, salah sedikit bisa di caplok KPK.</p>
--	--	--	--	--	---

				sudah banyak sekali sekitar 900 an per bulan.	
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara mengendalikan mutu dan biaya operasional?</li> </ul>	<p>Mutu → harus ada clinical pathway, supaya seragam, Cuma masih dalam proses, sejak dulu. Ini penting karena tindakan dokter itu seni, tiap dokter itu beda-beda, makanya perlu clinical pathway ini.</p> <p>Operasional → tadi itu hitung ulang unit cost, sehingga tahu nilai real cost nya.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menghitung ulang tarif RS dengan unit cost tadi, sehingga tahu biaya real untuk operasional. Untuk clinical pathway sudah diberitahukan sejak lama, tapi susah kembalinya karena alasannya macam2, sibuk dan lain lain.</li> </ul>	<p>Yang pertama kita membuat tim pemantau BPJS, dari Internal. Yang memonitoring BPJS</p> <p>Kedua membuat aturan internal contohnya alur pelayanan dengan BPJS disesuaikan, seperti harus ada SEP, sehingga harus mengurus SEP dulu</p> <p>Meningkatkan komunikasi dengan pelaksana aturan dilapangan, membuat grup whatsapp BPJS sehingga komunikasi</p>	<p>Mengadakan audit terus menerus tentang program ini, bila bisa tiap minggu sehingga permasalahan bisa cepat diselesaikan</p> <p>Hitung ulang unit cost dlu baru bisa mengukur biaya real RS</p>

				<p>lancar, semalam dilaporkan, pagi hari sudah selesai. Dengan media ini penyelesaian lebih cepat.</p> <p>Untuk sejawat dokter dibuat edaran untuk menyatakan bersedia merawat pasien BPJS, ada klausulnya disitu, satu, harus mampu merawat dengan kendali mutu dan biaya, kemudian melaksanakan pelayanan dengan evidence based contoh pemeriksaan lab harus dengan indikasi, resume medis harus dibuat secara lengkap bila belum jasa medis</p>	
--	--	--	--	--	--

				akan di pending. Sifat ini tidak memaksa, boleh menerima atau tidak.	
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana strategi membangun sistem bridging dengan SIM RS?</li> </ul>	<p>Belum uji coba bridgingnya, karena belum ada ijin dari BPJS, kita sudah punya tim IT internal sendiri, jadi dirasa tidak jadi masalah. Scanner untuk SEP nya sempat bermasalah karena jaringan internet dan sudah coba dibenahi.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah ada tim internal IT dan sepertinya sudah siap kok untuk pelaksanaan bridgingnya.</li> </ul>	<p>Belum dilakukan, belum diujicoba dari BPJS belum ada,</p>	<p>Sudah dibicarakan, cuma belum diuji coba.</p>
10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan SDM yang dimiliki?</li> </ul>	<p>SDM kurang, perlu perekrutan lagi, khususnya untuk</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Masih kurang, terutama coder, Rekam Medis, verifikator,</li> </ul>	<p>Dari tenaga medis cukup, non medis yang masi kurang</p>	<p>Saya rasa cukup bila tenaga medis, kalau non medis saya rasa cukup juga.</p>

		<p>Coder, Penunjang Medis, Rekam Medis dan juga Perawat. Kalau dokter InsyaAllah sudah cukup.</p>	<p>apoteker.</p>	<p>terutama bagian administratif, koder, keuangan, farmasi.</p> <p>Untuk perekrutan masih cukup susah, karena internal satu atap, tapi eksternal beda atap, pengurusannya berjenjang dan cenderung lama, masih menginduk PKU 1</p>	
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan fasilitas yang dimiliki?</li> </ul>	<p>Fasilitas alat-alat setara tipe B, tapi status masih tipe C, kemudian ruang perawatan kelas 3 yang banyak tadi. Rencana dulu ada 115 TT yg mau dibuat jadi kelas 3, itu perlu dikaji ulang dengan</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fasilitas bagus, untuk kelas perawatan, ada penambahan dari 105 TT ditambah lagi 115TT sehingga 220TT. Rencana yang baru mau dijadikan kelas 3, yang 105 TT dibagi kelas 1, 2 dan VIP,</li> </ul>	<p>Fasilitas jelas sudah bagus, Cuma yang jadi masalah bisa jadi ada masalah di maintenance</p> <p>Kelas 1 ada 25, kelas 2 28, kelas 3 155, dengan kondisi ini kelas 3 sangat</p>	<p>Fasilitas cukup bagus, malah bagus sekali saya rasa.</p>

		adanya program ini. Untuk alat alat tadi ya hitung ulang unit cost, dan jangka panjang targetnya menaikkan tipe RS, dengan naik tipe, tarif INA CBG's bakal naik juga.	tapi perlu difikirkan ulang dan dikaji karena bila terlalu banyak kelas 3 bisa tidak cocok/ kurang (tarif pelayanan)	banyak, tidak ideal, sehingga dimungkinkan ada subsidi silang, atau dengan menaikkan kelas, sehingga kelas 3 tidak terlalu banyak.	
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan penyakit2 yang sering terjadi di RS?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Belum bisa dilihat yang sering diklaim apa saja, baru 3 hari, kalau yang dulu-dulu ada di profile RS, saya tidak hapal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Saya kurang paham, ada 10 besar penyakit itu di renstra dan profile RS. Clinical pathway itu juga sudah direncanakan 10 besar penyakit saja yang diutamakan tapi belum terealisasi sampai sekarang. Kendalanya di para dokter sendiri yang</li> </ul>	Kita lihat daftar 10 besar penyakit seperti, ISPA, dll. Harapannya Unit cost segera jadi sehingga bisa melihat yang real dan tarif bpjs, bagaimana cara mem <i>balance</i> kannya.	Semua ada itu di daftar 10 besar penyakit, hiperrtensi, ispa dll,

			mungkin merasa belum perlu		
13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana mengakomodir keluhan / komplain pasien?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan dilayani seperti biasa, tidak ada tim khusus, dilayani oleh petugas ditempat dulu, kalau belum terselesaikan ada unit relasi yg bisa membantu.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Keluhan diatasi seperti biasa karena sudah ada tim nya tidak perlu (belum) membuat tim khusus. Ada unit relasi untuk keluhan pasien yang tidak tertangani di tempat (poli, UGD)</li> </ul>	<p>Belum ada, unit khusus belum ada, keluhan diakomodir dari unit masing2,</p> <p>bila belum selesai naik ke unit relasi, disitu keluhan diakomodir dan dicari solusinya.</p>	<p>Sampai saat ini masih sama, ada kotak saran bagi pengunjung atau pasien, sekecil apapun masalah harus diatasi, kita harus melayani pasien tanpa membedakan status, baik itu pasien BPJS atau umum, walaupun mungkin masih ada oknum2 yang membedakan dalam pelayanan, tapi harus kita merubah mindset semua pelaksana, dokter, tenaga medis, non medis untuk memberikan pelayanan maksimal.</p>
No.	Pertanyaan		Coding		Kategori tema

## 2. Kesimpulan Wawancara

Tabel 7 Kesimpulan wawancara

1.	<p>Apakah RS PKU unit 2 saat ini telah bekerjasama dengan BPJS kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apa yang melandasi RS memutuskan untuk mengikuti program JKN?</li> </ul>	<p>Sudah mengikuti dan bekerjasama dengan BPJS kesehatan sejak tanggal 1 sept 2014.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alasannya: <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Program pemerintah</li> <li>2. Sesuai misi sosial RS</li> <li>3. Sesuai dengan tujuan menjadi RS pendidikan utama</li> <li>4. Angka tunggak bayar bisa ditekan</li> </ol> </li> </ul>	<b>Kesempatan</b>
2.	<p>Apa yang anda ketahui tentang kredensial/ syarat2 untuk mengikuti program JKN?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudahkah memenuhi syarat2 tersebut?</li> <li>• Bila belum apa saja yang harus disiapkan?</li> </ul>	<p>Iya, syaratnya ada administrasi dan teknis</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sudah memenuhi, Persyaratan sudah siap semua.</li> </ul>	<b>Kekuatan</b>
3.	<p>Apa yang anda ketahui tentang sistem INA CBG's?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana penyesuaian tarif dengan tarif pelayanan di RS?</li> </ul>	<p>INA CBG's itu Indonesian Case Based Group's yaitu sistem pembayaran klaim BPJS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hitung ulang unit cost,baru dalam proses. sekitar 80%</li> <li>• Melakukan kendali mutu dan kendali biaya dengan benar.</li> </ul>	<b>Strategi</b>

<p>4.</p>	<p>Apa saja kekuatan dan kelemahan yang dimiliki RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinci masing2 kekuatan dan kelemahan!</li> </ul>	<p><b>Kekuatan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Staf dan karyawan yang kompak</li> <li>2. Jumlah tenaga medis yang mencukupi</li> <li>3. Sarana dan fasilitas yang bagus</li> <li>4. Lokasi yang strategis</li> <li>5. Bangunan baru yang megah dan area yg cukup luas untuk pembangunan gedung</li> <li>6. Pernah melayani / punya pengalaman melayani pasien jaminan.</li> <li>7. Brand PKU yg sudah lama diunggulkan sehingga banyak pasien yang loyal</li> <li>8. Hubungan dengan Badan Pengurus Harian yang baik, sehingga dukungan modal / dana lancar</li> <li>9. PKU unit 1 sudah bekerjasama lebih dulu sehingga bisa sharing tips2 menyiasatinya.</li> <li>10. Punya program2 unggulan</li> </ol> <p><b>Kelemahan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Masih berstatus RS tipe C,</li> </ol>	<p><b>Kekuatan</b></p>
-----------	--	--	------------------------

		<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Komitmen SDM Medis yang belum terukur apakah semangatnya sama dalam mengawal program BPJS</li> <li>3. sistem BPJS yang belum dikuasai, sosialisasi ke pelaksana masih kurang.</li> <li>4. Fasilitas yang bagus menyebabkan cost perawatan meningkat, biaya operasional bisa meningkat.</li> <li>5. Birokrasi yang cukup panjang dan berjenjang, masih meng'induk' ke PKU unit 1.</li> <li>6. Sistem informasi yang belum terpadu di RS</li> <li>7. Fasilitas kelas 3 yang banyak, bisa jadi 'proyek rugi'</li> </ol>	<p><b>Kelemahan</b></p>
--	--	--	-------------------------

5.	<p>Apa saja gangguan/ hambatan dan kesempatan yang dimiliki RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perinci masing2 hambatan dan kesempatan tersebut!</li> </ul>	<p>Gangguan/hambatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Warga sekitar ( bantul ) tidak masuk dalam region pelayanan RS,yang tercover hanya Sleman dan Kulonprogo saja.</li> <li>2. Tenaga medis mendapatkan tawaran yang lebih menarik oleh RS sekitar, sehingga tenaga medis sering 'dibajak'.</li> <li>3. Perhatian terpecah karena akan mengikuti akreditasi juga.</li> <li>4. Banyak rujukan dari RS tipe D disekitar dengan kasus2 yang memerlukan penanganan ICU, lagi2 ini bisa saja jadi proyek rugi.</li> <li>5. Banyak fasilitas kesehatan tingkat pertama yang belum tau RS sudah bekerjasama dengan BPJS, dimungkinkan rujukan bisa beralih ke faskes lainnya</li> </ol>	<p><b>Gangguan</b></p>
----	---	---	------------------------

		<p>Kesempatan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kesempatan untuk menaikkan tipe kelas dari C menjadi B</li> <li>2. Kesempatan menaikkan status menjadi tipe B pendidikan,</li> <li>3. BPJS dapat sebagai media sosialisasi kepada masyarakat luas tentang RS PKU Muhammadiyah Gamping.</li> <li>4. Kesempatan mempunyai jaringan yang luas antar PKU Muhammadiyah, RS lain dan jejaring di PPK I</li> <li>5. segmentasi pasar akan meningkat</li> <li>6. Dakwah bisa semakin diperluas dan bisa jadi keuntungan diharapkan meningkat juga.</li> </ol>	<b>Kesempatan</b>
6.	Bagaimana strategi RS dalam menghadapi program Jaminan Kesehatan Nasional tersebut?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sosialisasi dengan PPK1 dengan mengadakan gathering</li> <li>2. Membangun PPK 1 yang bekerjasama dengan BPJS, sebagai pemberi rujukan ke RS</li> </ol>	<b>strategi</b>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara membangun sistem rujukan?</li> </ul>	3. Mengadakan pelatihan <sup>2</sup> utk meningkatkan kemampuan tenaga medis di PPK1	
7.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara menjamin kelancaran klaim?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melengkapi syarat syarat administrasi dan klaim.</li> <li>2. Membentuk verifikator internal yang terbagi menjadi divisi <i>casemix</i>, <i>Fraud</i> dan mutu.</li> <li>3. Bargaining penggunaan <i>softcopy</i> utk pengajuan klaim, karena sistem RS sdh <i>semi paperless</i>.</li> </ol>	<b>strategi</b>
8.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana cara mengendalikan mutu dan biaya operasional?</li> </ul>	Mutu → harus ada clinical pathway, masih dalam proses, Operasional → hitung ulang unit cost, sehingga tahu nilai real cost nya.	<b>Kelemahan</b> <b>strategi</b>
9.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana strategi membangun sistem bridging dengan SIM RS?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Belum uji coba bridgingnya</li> <li>2. sudah punya tim IT internal sendiri, jadi dirasa tidak jadi masalah.</li> </ol>	<b>Kelemahan</b> <b>Kekuatan</b>

10.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan SDM yang dimiliki?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SDM kurang, perlu perekrutan lagi, khususnya untuk Coder, Penunjang Medis, Rekam Medis dan juga perawat.</li> <li>2. Untuk tenaga dokter sudah cukup</li> </ol>	<p><b>Kelemahan</b></p> <p><b>kekuatan</b></p>
11.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan fasilitas yang dimiliki?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Fasilitas cukup bagus</li> <li>2. Ruang kelas 1,2 dan 3 perlu difikirkan ulang komposisinya (masih terlalu banyak kelas 3)</li> </ol>	<p><b>Kekuatan</b></p> <p><b>Kelemahan</b></p>
12.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana dengan penyakit2 yang sering terjadi di RS?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 10 besar penyakit ada di renstra</li> <li>2. Untuk 10 besar penyakit yang diklaim belum bisa dihitung karena baru saja berjalan.</li> </ol>	<p><b>strategi</b></p>
13.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bagaimana mengakomodir keluhan / komplain pasien?</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tidak ada tim khusus</li> <li>2. Bila terjadi keluhan, masih ditangani oleh unit relasi</li> </ol>	<p><b>strategi</b></p>

### **C. Analisis SWOT Kuantitatif**

Informan pada penelitian diambil dari jajaran direksi dan manajemen RS PKU Muhammadiyah Gamping yang berjumlah 4 orang. Keempat informan diminta untuk mengisi kuesioner yang disediakan. Pengisian dilakukan dengan cara memberi nilai antara 1 (kurang penting) sampai dengan 10 (sangat penting) untuk bobot yang menunjukkan tingkat tingkat kepentingan faktor. Sedangkan pada kolom rating dengan mengisi nilai 1 (kurang berpengaruh) sampai dengan 5 (sangat berpengaruh) untuk menunjukkan tingkat pengaruh faktor. Dalam perhitungannya, bobot setiap faktor akan dibagi dengan jumlah bobot tiap kelompok, sehingga bobot masing-masing kelompok adalah 1. Dan rating akan dinilai oleh keempat informan dan diambil rata-ratanya. Wawancara dilakukan pada bulan September- Oktober 2014.

Setelah dilakukan perhitungan didapatkan nilai total kekuatan adalah 1,8506 sedangkan kelemahan sebesar 1,9215, sehingga dari pengurangan skor kekuatan dengan kelemahan, yaitu -0,0709 Untuk kelompok eksternal, nilai kesempatan sebesar 2,5875 dan gangguan sebesar 1,20089286 sehingga pengurangan nilai kesempatan dengan gangguan, menjadi sebesar 1,38660714. Hasil ini dapat dilihat pada tabel.

**Tabel 8 Hasil analisis SWOT kuantitatif faktor kekuatan**

no.	kekuatan	bobot	rating	bobot x rating
1	Staf dan karyawan yang kompak	0,06640	5,00	0,3319
2	Jumlah tenaga medis yang mencukupi	0,04628	3,50	0,1619
3	Sarana dan fasilitas yang bagus	0,04829	3,50	0,1690
4	Lokasi yang strategis	0,05835	4,00	0,2334
5	Bangunan baru yang megah dan area yg cukup luas untuk pembangunan gedung	0,06036	3,75	0,2263
6	Brand PKU yg sudah lama diunggulkan sehingga banyak pasien yang loyal	0,06036	4,25	0,2565

7	Hubungan dengan Badan Pengurus Harian yang baik, sehingga dukungan modal / dana lancar	0,05433	3,25	0,1765
8	PKU unit 1 sudah bekerjasama lebih dulu sehingga bisa sharing tips2 menyiasatinya.	0,05030	3,00	0,1509
9	Punya program2 unggulan	0,05231	2,75	0,1438
	total	0,496982		1,8506

**Tabel 9 hasil Analisis SWOT kuantitatif faktor Kelemahan**

no	kelemahan	bobot	rating	bobot x rating
1	Masih berstatus RS tipe C, harapannya tipe B karena fasilitas yang dipunyai sudah setara tipe B.	0,04829	4,25	0,20523139
2	Komitmen para dokter yang belum terukur apakah semangatnya sama dalam mengawal program BPJS ini	0,060362	3,75	0,22635815
3	Komitmen paramedis yang belum terukur	0,060362	3,75	0,22635815
4	sistem BPJS yang belum dikuasai, sosialisasi ke pelaksana masih kurang.	0,040241	3,50	0,14084507

5	sosialisasi program dalam sistem BPJS yang kurang ke pelaksana (dokter, perawat dll)	0,040241	3,50	0,14084507
6	biaya pelayanan medis yang lebih tinggi dari tarif INA CBGs	0,052314	4,25	0,222334
7	Fasilitas yang bagus menyebabkan biaya perawatan dan operasional meningkat bila tidak diatur dengan baik.	0,052314	4,25	0,222334
8	Birokrasi yang cukup panjang dan berjenjang, masih meng'induk' ke PKU unit 1.	0,052314	3,75	0,19617706
9	Sistem informasi yang belum terpadu di RS	0,042254	3,25	0,13732394
10	Fasilitas kelas 3 yang banyak, diperkirakan bisa jadi 'proyek rugi'	0,054326	3,75	0,20372233
	total	0,50301811	38,00	1,9215

**Tabel 10 Hasil analisis SWOT kuantitatif faktor Kesempatan**

no.	kesempatan	bobot	rating	total
1	Kesempatan untuk menaikkan tipe kelas dari C menjadi B,	0,10714286	5,0	0,53571429

2	Kesempatan menaikkan status menjadi tipe B pendidikan, dengan makin banyaknya pasien, terutama kelas 3	0,10357143	4,8	0,49196429
3	BPJS dapat sebagai media sosialisasi kepada masyarakat luas	0,1	4,0	0,4
4	Mempunyai jaringan yang luas antar PKU Muhammadiyah dan jejaring di PPK I	0,10357143	3,8	0,38839286
5	segmentasi pasar akan meningkat	0,09642857	4,0	0,38571429
6	dakwah bisa semakin diperluas dan keuntungan diharapkan meningkat pula.	0,09642857	4,0	0,38571429
	total	0,607142857	25,5	2,5875

**Tabel 11 Hasil Analisis SWOT kuantitatif pada faktor Gangguan**

no	gangguan	bobot	rating	total
1	Warga sekitar ( bantul ) tidak masuk dalam region pelayanan RS,yang tercover hanya Sleman dan Kulonprogo saja.	0,09642857	3,25	0,31339286
2	Tenaga medis mendapatkan tawaran yang lebih menarik oleh RS sekitar, sehingga tenaga medis sering 'dibajak'.	0,06428571	2,25	0,14464286

3	Perhatian terpecah karena akan mengikuti akreditasi juga.	0,07142857	2,75	0,19642857
4	Banyak rujukan dari RS tipe D disekitar dengan kasus2 yang memerlukan penanganan ICU, lagi2 ini bisa saja jadi proyek rugi.	0,08571429	3,75	0,32142857
5	Banyak fasilitas kesehatan tingkat pertama yang belum tahu RS sudah bekerjasama dengan BPJS, dimungkinkan rujukan bisa beralih ke faskes lainnya.	0,075	3,00	0,225
total		0,392857143	15,00	1,20089286

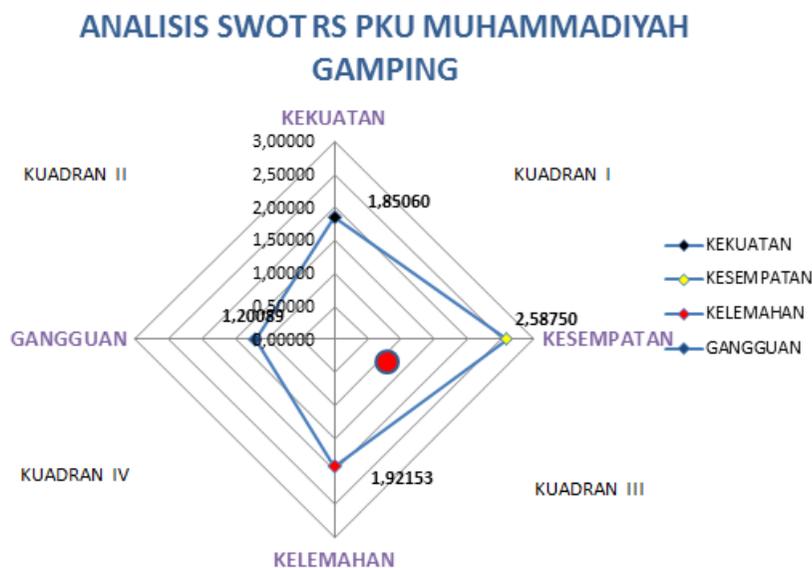
Dari tabulasi di atas diperoleh hasil sebagai berikut :

**Tabel 12 skor selisih masing-masing faktor**

Skor Kekuatan	1,8506
Skor Kelemahan	1,9215
Selisih skor kekuatan dan kelemahan	-0,0709
Skor Peluang	2,5875
Skor Ancaman	1,20089286
Selisih skor peluang dan ancaman	1,38660714

Dari hasil analisis SWOT diatas menunjukkan RS berada pada posisi memiliki kelemahan dan peluang yang mana dapat

dikategorikan masuk kedalam kuadran III, dimana pada posisi ini RS harus merubah strategi untuk mengatasi kelemahan dan memaksimalkan kesempatan / peluang yang masih sangat terbuka.



**gambar 11 Kuadran RS pada analisis SWOT kuantitatif penelitian**

#### **D. Strategi Rumah Sakit**

Analisis SWOT kuantitatif posisi RS PKU Muhammadiyah Gamping yang dilakukan oleh penulis menunjukkan RS berada pada kuadran III, artinya bahwa RS harus merubah strategi untuk mengatasi kelemahan dan memaksimalkan kesempatan yang

masih sangat terbuka. Akan tetapi berdasarkan Renstra RS PKU Muhammadiyah Gamping sendiri, menempatkan RS pada kuadran I, yang berarti RS berada pada posisi sempurna sehingga bisa mengandalkan kekuatan yang dimiliki untuk berkembang dengan pesat.

Analisis SWOT yang dilakukan penulis adalah analisis SWOT yang berkaitan dengan strategi Rumah Sakit menghadapi Jaminan Kesehatan Nasional secara khusus. Sedangkan analisis SWOT yang dilakukan RS PKU Muhammadiyah Gamping adalah analisis secara umum yang tidak berkaitan langsung dengan Jaminan Kesehatan Nasional, dan bukan merupakan analisis khusus untuk menghadapinya, sehingga hasilnya dapat berbeda karena perbedaan fokus utama dalam pembuatan analisis.

Dari data interview dengan informan didapatkan beberapa strategi yang bisa dilakukan oleh RS, yaitu antara lain:

1. Membuat *Clinical Pathway* (CP), minimal untuk 10 kasus yang sering didapat, sehingga terdapat instrumen untuk kendali mutu dan kendali biaya.

2. Menentukan *unit cost* untuk mengetahui biaya *real* dari pelayanan.
3. Pemanfaatan teknologi informasi yang dimiliki RS yang lebih optimal seperti sistem *semipaperless* dan *bridging* dengan sistem klaim BPJS.
4. Rekrutmen SDM baik medis, para medis dan non medis.
5. Membangun PPK 1 jejaring dan melakukan kerja sama dengan PPK primer untuk rujukan berjenjang.
6. Mengatasi alur birokrasi yang masih berjenjang.
7. Melakukan sosialisasi program, pelatihan internal dan sharing pengetahuan ke seluruh tenaga medis di RS.
8. Diferensiasi pelayanan dan perluasan cakupan pelayanan.
9. Pengadaan ruang dan gedung baru sebagai target menaikkan tipe RS.
10. Pengadaan fasilitas dan alat kesehatan untuk menyesuaikan terhadap target menaikkan tipe RS menjadi tipe B.

Sedangkan berdasarkan analisis SWOT kualitatif yang dilakukan, didapatkan beberapa strategi, yang dapat dilihat pada tabel 14. Strategi yang diperoleh adalah sebagai berikut:

1. Hitung ulang *Unit Cost*, untuk mengetahui nilai atau biaya jasa yang diberikan RS.
2. Membuat *Clinical Pathway* , dengan adanya CP, maka instrumen untuk kendali mutu dan biaya didapatkan.
3. Mempersingkat alur birokrasi yang masih berjenjang.
4. Meningkatkan pelatihan internal untuk meningkatkan komitmen tenaga kesehatan di RS dan juga rutin mengadakan *sharing knowledge* di lingkungan internal RS
5. Sosialisasi kepada pelaksana di lapangan tentang sistem BPJS yang akan diikuti.
6. Pengkajian ulang rencana pembangunan ruang kelas 3 dan gedung baru.
7. Pemanfaatan teknologi informasi, sistem *semipaperless*.

Tabel 13 SWOT kualitatif

internal factor	strenght	weakness
	1. Staf dan karyawan yang kompak 2. Jumlah tenaga medis yang mencukupi 3. Sarana dan fasilitas yang bagus 4. Lokasi yang strategis 5. Bangunan baru dan area luas 6. Brand yg unggul, banyak pasien yang loyal 7. dukungan modal / dana lancar 8. sharing tips2 menyiasati pasien jaminan dari PKU 9. Punya program2 unggulan	1. Masih berstatus RS type C 2. Komitmen para dokter yang kurang 3. Komitmen paramedis yang belum terukur 4. sistem BPJS yang belum dikuasai, 5. sosialisasi kurang ke pelaksana (dokter, perawat) 6. biaya pelayanan lebih tinggi dari tarif INA CBGs 7. biaya perawatan dan operasional tinggi 8. Birokrasi yang cukup panjang dan berjenjang, 9. Sistem informasi yang belum terpadu di RS 10. Fasilitas kelas 3 yang banyak, diperkirakan jadi 'proyek rugi'
external factor		
opportunity	strategi <b>SO</b> memanfaatkan seluruh kekuatan untuk merebut peluang sebesar-besarnya. Strategi yang disarankan <b>PROGRESIF</b>	strategi <b>WO</b> pemanfaatan peluang yang ada dengan cara meminimalkan kelemahan yang ada. Strategidisarankan adalah <b>ubah strategi</b>
1. Kesempatan untuk menaikkan type kelas dari C menjadi B, 2. Kesempatan menaikkan status menjadi type B pendidikan, 3. BPJS dapat sebagai media sosialisasi kepada masyarakat luas 4. Mempunyai jaringan yang luas antar PKU Muhammadiyah dan jejaring di PPK I 5. segmentasi pasar akan meningkat 6. dakwah bisa semakin diperluas dan bisa jadi keuntungan diharapkan meningkat pula.	1. Pengadaan gedung dan fasilitas baru untuk menaikkan tipe RS (S <sup>3,4,5</sup> , o <sup>1,2</sup> ) 2. kerjasama dan membangun ppk 1 jejaring dan sekitar (s3,4,o4,5) 3. rekrutmen tenaga medis dan paramedis (s1,2,o1,2) 4. ekspansi atau perluasan pelayanan /diversifikasi pelayanan (subspesialistik) (s2,6,9,05,6)	1. Hitung ulang Unit Cost (w6,7, 06 ) 2. membuat Clinical Pathway (W6,7,10) 3. mempersingkat alur birokrasi (w8,) 4. meningkatkan pelatihan internal dan sosialisasi BPJS (w2,3,4,5 03, 5. pengkajian ulang rencana pembangunan ruang kelas 3 ( w10, o1,2) 6. pemanfaatn teknologi informasi, sistem semipaperless (w 9)
threat	strategi <b>ST</b> menggunakan kekuatan untuk mengatasi ancaman. Rekomendasi strateginya adalah <b>Diversifikasi Strategi</b>	strategi <b>WT</b> defensive meminimalkan kelemahan yang ada, menghindari ancaman. Strategi yang diberikan adalah <b>Bertahan</b>
1. Warga sekitar ( bantu ) tidak masuk dalam region pelayanan RS,yang tercover hanya Sleman dan Kulonprogo saja. 2. Tenaga medis mendapatkan tawaran yang lebih menarik oleh RS sekitar, sehingga tenaga medis sering 'dibajak'. 3. Perhatian terpecah karena akan mengikuti akreditasi 4. Banyak rujukan dari RS type D disekitar dengan kasus2 yang memerlukan penanganan ICU, lagi2 ini bisa saja jadi proyek rugi.	1. meningkatkan gaji karyawan (s1,2,7 t2) 2. ekspansi atau perluasan pelayanan /diversifikasi pelayanan (subspesialistik) (s2,6,9,) 3. rekrutmen tenaga medis dan paramedis (s1,2)	1. pengkajian ulang rencana/ visi RS menjadi RS tipe B pendidikan (w1,10,t4)

Terdapat beberapa perbedaan dari strategi RS dan strategi yang didapat dari analisis SWOT kualitatif, oleh karena itu, penulis akan mencoba membahas beberapa strategi yang sekiranya perlu dipertimbangkan ulang dan strategi yang masih bisa dipertahankan untuk mengatasi permasalahan yang terkait dengan Jaminan Kesehatan Nasional sebagai berikut :

1. Membuat *Clinical Pathway* (CP), minimal untuk 10 kasus yang sering didapat,

Definisi *clinical pathway* menurut Firmanda (2006) adalah suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.(Firmanda 2006)

*Clinical pathway* menggabungkan standar asuhan setiap tenaga kesehatan secara sistematis. Tindakan yang diberikan diseragamkan dalam suatu standar asuhan, namun tetap memperhatikan aspek individu dari pasien.

- Prinsip dalam penyusunan *clinical pathway* harus memenuhi beberapa hal mendasar sebagai berikut :
- a. Seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan harus secara integrasi dan berorientasi fokus terhadap pasien serta berkesinambungan.
  - b. Melibatkan seluruh profesi yang terlibat dalam pelayanan rumah sakit terhadap pasien.
  - c. Dalam batasan waktu yang telah ditentukan sesuai dengan keadaan perjalanan penyakit pasien dan dicatat dalam bentuk periode harian untuk kasus rawat inap atau jam untuk kasus kegawatdaruratan.
  - d. Mencatat seluruh kegiatan pelayanan yang diberikan kepada pasien secara terintegrasi dan berkesinambungan ke dalam dokumen rekam medis.
  - e. Setiap penyimpangan langkah dalam penerapan *clinical pathway* dicatat sebagai varians dan dilakukan kajian analisis dalam bentuk audit.

f. Varians tersebut dapat karena kondisi perjalanan penyakit, penyakit penyerta atau komplikasi maupun kesalahan medis.

g. Varians tersebut dipergunakan sebagai salah satu parameter dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan (Firmanda 2006)

*Clinical Pathway* bukan merupakan *clinical Guidelines* atau *protocol*, karena setiap kasus dalam *clinical pathway* dibuat berdasarkan standar prosedur dari setiap profesi yang mengacu pada standar pelayanan dari profesi masing-masing, disesuaikan dengan strata sarana pelayanan rumah sakit. *Clinical Pathway* dapat digunakan untuk prediksi lama hari dirawat dan biaya pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sehingga dapat mengoptimalkan pemanfaatan sumber daya rumah sakit.

Terdapat empat komponen utama dari *Clinical Pathway*(Feuth & Claes 2008) meliputi :

- a. Kerangka Waktu, menggambarkan tahapan berdasarkan pada hari perawatan atau

- berdasarkan tahapan pelayanan, sep : fase pre, intra dan pasca operasi.
- b. Kerangka Asuhan, berisi aktivitas asuhan seluruh tim kesehatan yang diberikan kepada pasien, dan aktivitas tersebut dikelompokkan berdasarkan jenis tindakan, sep : tindakan medik, pemberian obat, pemeriksaan penunjang medik, nutrisi dan aktivitas pada jangka waktu tertentu.
  - c. Kriteria Hasil, memuat hasil dari standar asuhan yang diberikan, meliputi kriteria jangka panjang (menggambarkan kriteria hasil dari keseluruhan asuhan), dan kriteria jangka pendek (menggambarkan kriteria hasil pada setiap tahapan pelayanan).
  - d. Lembar Pencatatan Varian, mencatat dan menganalisis deviasi dari standar ditetapkan dalam CP, kondisi pasien tidak sesuai dengan standar asuhan atau standar tidak bisa dilakukan, kesemuanya dicatat dalam lembar varian ini.

Dengan adanya CP, maka sudah dapat dipastikan kegiatan/ tindakan yang dilakukan oleh dokter harus sesuai dengan standar operasional prosedur. Maka pelayanan kesehatan terhadap pasien akan lebih ditingkatkan. Menurut sebuah studi oleh Mosadeghrad (2013) di rumah sakit Iran, Kualitas perawatan kesehatan didefinisikan sebagai " secara konsisten memuaskan pasien Dengan menyediakan layanan kesehatan yang manjur, efektif, dan efisien Sesuai pedoman dan standar klinis terbaru, yaitu memenuhi kebutuhan pasien dan memuaskan penyedia layanan. " Kepuasan pasien dan pemenuhan kebutuhan pasien bisa dibilang puncak Prioritas dalam mencapai kualitas pelayanan rumah sakit.".(Mosadeghrad 2013)

Strategi ini masih cocok dilakukan oleh RS dengan harapan akan menghasilkan instrumen untuk kendali mutu dan kendali biaya. Dengan adanya instrumen tersebut tindakan yang dilakukan RS akan lebih efektif dan efisien.

2. Menentukan *unit cost* untuk mengetahui biaya *real* dari pelayanan.

Pengertian secara umum *unit cost* adalah biaya per unit produk atau biaya per pelayanan. Menurut Hansen & Mowen (2005) : *Unit cost* didefinisikan sebagai hasil pembagian antara *total cost* yang dibutuhkan dibagi dengan jumlah unit produk yang dihasilkan barang dan jasa.

Manfaat *unit cost* secara garis besar adalah untuk mengukur kinerja dan tingkat efisiensi serta mutu pelayanan kesehatan, sehingga kendali mutu dan kendali biaya bisa berjalan maksimal. Dengan adanya *unit cost*, RS dapat membandingkan biaya prosedur di rumah sakit dengan tarif pada INA CBG's. Apabila terdapat kesenjangan antara tarif RS dan tarif INA CBG's maka RS bisa menyesuaikan dengan cara efisiensi biaya tanpa mengorbankan pelayanan kepada pasien dan jangan sekalipun melakukan *fraud*. Strategi ini sudah tepat untuk dilakukan RS.

3. Pemanfaatan teknologi informasi yang dimiliki untuk pelayanan yang lebih optimal, menggunakan sistem *semipaperless* dan *bridging* dengan sistem klaim BPJS.

RS sudah memiliki tim IT sendiri, hal ini harus bisa dimanfaatkan untuk memberikan pelayanan optimal kepada pasien. Setiap pelayanan kepada pasien di RS akan diterbitkan SEP yaitu Surat Eligibilitas Peserta. Dengan dikeluarkannya SEP ini, diharapkan dapat memangkas antrian peserta BPJS Kesehatan di fasilitas kesehatan tingkat lanjut seperti rumah sakit umum atau swasta. Dengan pengembangan informasi dan teknologi ini, peserta dapat mendaftar sendiri di mesin SEP di RS, tidak perlu antri di kantor BPJS Kesehatan yang ada di RS.

Sebelumnya diberlakukannya sistem ini, pendaftaran dilakukan oleh peserta secara manual. Peserta harus antri di loket BPJS Kesehatan yang ada di RS. peserta BPJS Kesehatan yang sudah mendapat surat

rujukan dari fasilitas kesehatan tingkat primer (Puskesmas) harus melewati empat tahap antrian.

Antrian pertama di BPJS Kesehatan di RS untuk mendapat SEP. Antrian kedua di loket pendaftaran RS untuk mendapat rekam medis Lalu, antrian ketiga, di poliklinik RS untuk mendapat pelayanan dan pemeriksaan kesehatan yang diinginkan. Dan antrian keempat di apotik setelah pemeriksaan kesehatan untuk memperoleh obat. Dengan adanya sistem yang baru diharapkan lama antrian dapat terpankas.

BPJS Kesehatan juga mengembangkan sistem IT bernama bridging. Sehingga, semua data yang ada di fasilitas kesehatan bisa terhubung secara online. Jika RS sudah menggunakan sistem bridging dan terhubung dengan BPJS Kesehatan, peserta yang sudah mendaftar SEP secara mandiri tidak perlu mengantri di loket pendaftaran RS karena datanya secara otomatis sudah bisa terdaftar dan mendapat rekam medis.

Namun pengembangan IT ini harus dibarengi dengan sosialisasi kepada petugas dan pengguna layanan. Pemahaman petugas di fasilitas kesehatan tingkat pertama mutlak diperlukan sehingga dapat mengedukasi peserta. Sayangnya, saat ini masih ada beberapa petugas di Puskesmas yang malas mengisi data pasien ke dalam sistem. Padahal, data dari fasilitas kesehatan tingkat pertama itu yang utama.

Sistem *semipaperless* yang akan diberlakukan di RS akan memperbaiki kualitas pelayanan terhadap pasien. Dalam sebuah penelitian mengenai penggunaan *shared EMR (Electronic Medical record)*, data dan informasi dalam sistem secara efisien dapat diambil dan dikombinasikan dengan data dan informasi yang baru untuk dibuat *resume* tentang pengetahuan lebih lanjut akan penyakit pasien, riwayat penyakit dan pengobatan. Data yang tersimpan akan terjaga dan tidak gampang hilang, namun data yang tersaji harus bisa diinterpretasikan lebih lanjut oleh para dokter, agar bisa

memahami perjalanan penyakit pasien lebih rinci. Beberapa sistem yang dibuat kadang sering menyulitkan dan membuat dokter bertanya-tanya akan data yang tersaji, karena pembuat program seringkali adalah orang-orang diluar lingkungan medis. Maka dokter harus lebih jeli dan kritis terkait bentuk data yang tersaji dalam *shared ERM* tersebut.(Tully et al. 2013)

Di RS PKU Muhammadiyah Gamping sendiri, penulisan rekam medis sudah menggunakan elektronik/komputer. Banyak kendala yang dihadapi dengan sistem ini. Penulisan Rekam Medis, terutama di poli spesialis, pencatatan sering tidak dilakukan sendiri oleh dokter yang bersangkutan, tetapi dengan bantuan perawat. Hal ini bisa menimbulkan sedikit masalah bila terjadi komunikasi yang kurang baik. Salah penulisan diagnosis, pengobatan dan sebagainya bisa saja terjadi.

Mayoritas dokter yang bertugas dipoli spesialis adalah dokter senior yang sudah tidak terlalu mengikuti kemajuan teknologi, tidak jarang masih kesulitan

menggunakan komputer. Bila hal ini dipaksakan justru pelayanan akan memakan waktu lama karena kesulitan dalam *input* keluhan ataupun diagnosis pasien.

Berbeda dengan di unit gawat darurat, dokter jaga mayoritas masih berusia muda, sehingga tidak bermasalah dalam menggunakan komputer. Hanya saja bila pasien IGD meningkat, waktu yang dibutuhkan untuk memasukkan data-data secara lengkap menjadi tidak cukup dan semakin sempit. Sehingga bisa saja data yang dimasukkan tidak terlalu informatif.

Solusinya beragam, antara lain memberikan pelatihan kepada dokter mengenai sistem shared EMR ini maupun menambah petugas untuk input data rekam medis elektronik. Solusi yang paling cepat adalah menambah petugas yang khusus bertugas mengisi rekam medis elektronik, namun kelemahannya akan memudahkan terjadinya salah *input* bila petugas adalah orang-orang yang berada di luar lingkungan medis.

4. Rekrutmen SDM baik medis, para medis dan non medis.

Sesuai dengan PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, rumah sakit tipe/kelas B mempunyai persyaratan yang harus dipenuhi terkait tenaga kerja baik medis, para medis maupun non medis

Pasal 32

- 1) Sumber daya manusia Rumah Sakit Umum kelas B terdiri atas:
  - a. tenaga medis;
  - b. tenaga kefarmasian;
  - c. tenaga keperawatan;
  - d. tenaga kesehatan lain;
  - e. tenaga nonkesehatan.
- 2) Tenaga medis sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a paling sedikit terdiri atas:

- a. 12 (dua belas) dokter umum untuk pelayanan medik dasar;
  - b. 3 (tiga) dokter gigi umum untuk pelayanan medik gigi mulut;
  - c. 3 (tiga) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis dasar;
  - d. 2 (dua) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis penunjang;
  - e. 1 (satu) dokter spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis lain;
  - f. 1 (satu) dokter subspecialis untuk setiap jenis pelayanan medik subspecialis; dan
  - g. 1 (satu) dokter gigi spesialis untuk setiap jenis pelayanan medik spesialis gigi mulut.
- 3) Tenaga kefarmasian sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b paling sedikit terdiri atas:
- a. 1 (satu) orang apoteker sebagai kepala instalasi farmasi Rumah Sakit;

- b. 4 (empat) apoteker yang bertugas di rawat jalan yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
- c. 4 (empat) orang apoteker di rawat inap yang dibantu oleh paling sedikit 8 (delapan) orang tenaga teknis kefarmasian;
- d. 1 (satu) orang apoteker di instalasi gawat darurat yang dibantu oleh minimal 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- e. 1 (satu) orang apoteker di ruang ICU yang dibantu oleh paling sedikit 2 (dua) orang tenaga teknis kefarmasian;
- f. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator penerimaan dan distribusi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit; dan

g. 1 (satu) orang apoteker sebagai koordinator produksi yang dapat merangkap melakukan pelayanan farmasi klinik di rawat inap atau rawat jalan dan dibantu oleh tenaga teknis kefarmasian yang jumlahnya disesuaikan dengan beban kerja pelayanan kefarmasian Rumah Sakit.

### Pasal 33

- 1) Jumlah kebutuhan tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 32 ayat (1) huruf c sama dengan jumlah tempat tidur pada instalasi rawat inap.
- 2) Kualifikasi dan kompetensi tenaga keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) disesuaikan dengan kebutuhan pelayanan Rumah Sakit.

Dari beberapa pasal diatas, dapat disimpulkan bahwa dengan jumlah Tempat Tidur (TT) di RS sebanyak 105 TT dan akan ditambah lagi menjadi 220 TT dengan dibangunnya gedung dan blok baru, maka tenaga keperawatan saja minimal harus ditambah sejumlah TT yang ada. Hal itu diperlukan sebagai syarat untuk menaikkan kelas RS menjadi kelas B. Bila masih

menjadi Kelas C maka perbandingan perawat dengan TT adalah 1:3 sudah cukup. Hal ini yang perlu ditelaah oleh pihak manajemen lebih lanjut. Apakah menambah tenaga keperawatan lebih *urgent* dibandingkan mencoba untuk melakukan penghematan biaya melalui efisiensi pelayanan.

Belum lagi dengan pemberlakuan INA CBG's maka diperlukan orang yang mengerti *coding* untuk sistem klaim pembayarannya. Hendaknya orang yang akan memasukkan *coding* yaitu koder adalah orang mengerti dan faham mengenai diagnosis penyakit. Seringkali koder adalah orang yang tidak terlalu faham dunia medis atau bahkan sama sekali bukan dari latar belakang medis. Maka ini akan menambah kejadian salah coding, yang berujung pada tidak terklaimnya pembayaran.

Beberapa menyarankan coder adalah seorang dokter juga sehingga bisa memahami *coding* dan apa yang dikerjakan. Namun biaya rekrutmen tenaga medis

pasti akan lebih tinggi dibandingkan bila merekrut tenaga diluar lingkungan medis.

5. Melakukan kerja sama dengan PPK primer untuk rujukan berjenjang.

Kerjasama dengan PPK 1 dan jejaring mutlak dimiliki oleh RS yang mengikuti program JKN, karena PPK 1 merupakan “pemasok” utama pasien-pasien jaminan.

Beberapa waktu yang lalu telah dilakukan inisiasi untuk pendirian PPK 1 yang bekerja sama dengan BPJS, dan akhirnya terlaksana dengan berdirinya PPK jejaring yaitu Klinik Pratama Firdaus yang bertempat di wilayah Wirobrajan. Dengan adanya klinik pratama tersebut, maka pasien rujukan ke tingkat lanjut dapat diarahkan ke RS PKU Muhammadiyah Gamping.

6. Mengatasi alur birokrasi yang masih berjenjang.

Birokrasi pada RS PKU Muhammadiyah Gamping masih cukup rumit dan panjang dahulunya, karena masih menginduk pada RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta,

sedangkan wilayah kerja kedua RS tersebut sudah terpaut dengan lokasi yang jauh dimana PKU Muhammadiyah Yogyakarta berada didalam kota Yogyakarta, sedangkan Gamping sudah masuk wilayah Sleman. Tapi permasalahan ini sudah teratasi karena RS PKU Muhammadiyah Gamping sudah lepas dan berdiri sendiri Maka alur birokrasinya akan lebih singkat dibandingkan sebelumnya. Hal ini membuat keputusan keputusan yang sifatnya *urgent* dapat diambil dengan cepat tanpa birokrasi yang berjenjang.

7. Melakukan sosialisasi program, pelatihan internal dan *sharing* pengetahuan ke seluruh tenaga medis di RS.

Sosialisasi dalah suatu hal yang wajib dilakukan bila sistem baru berjalan, karena sistem baru pasti memerlukan penanganan yang berbeda. Petugas rumah sakit menjadi gardu depan dalam menerima “gempuran” pertanyaan bertubi-tubi dari pasien mengenai hal-hal berkaitan dengan BPJS dan Jaminan Kesehatan Nasional. Disini pihak dari BPJS pun punya kewajiban untuk

mensosialisasikan programnya dan terkait persyaratan klaim pembayaran.

Ternyata sharing pengetahuan di dalam internal Rumah sakit pun punya peranan yang besar dalam peningkatan kualitas perawatan dalam hal akurasi pengkodean diagnosis dalam rumah sakit.(Rangachari 2008). Dengan sharing pengetahuan antar tenaga kesehatan di rumah sakit, maka dapat membantu meminimalisir salah *coding* diagnosis, karena kesalahan ini berujung pada tidak terklaimnya pembayaran sebagaimana mestinya.

Bentuk *sharing knowledge* yang telah dilaksanakan di RS PKU Muhammadiyah Gamping saat ini adalah rutinnnya diadakan laporan pagi. Laporan pagi tidak hanya untuk mengetahui data pasien apa saja yang dirawat di RS, tapi juga menambah pengetahuan kepada tenaga medis yang terkait baik dokter spesialis, dokter jaga bangsal, tenaga keperawatan dan farmasi mengenai terapi yang dilakukan terhadap pasien, diagnosis dan juga

kemungkinan tindakan lanjutan. Selain meningkatkan pengetahuan dan performa pelayanan menjadi lebih baik, salah *coding* bisa terelakkan.

Dengan memastikan keberlangsungan pelatihan baik internal maupun eksternal kepada para karyawan, maka komitmen karyawan akan terbangun, tenaga medis akan merasa keberadaannya diperhatikan. Selain meningkatkan pengetahuan tenaga kesehatan di RS, hal ini meningkatkan motivasi kerja tenaga kesehatan juga. Dengan demikian akan meningkatkan pelayanan kepada pasien juga, sehingga pelayanan yang diberikan lebih efisien. (West et al. 2006). Dengan pelayanan yang lebih efisien, maka kendali mutu dan kendali biaya dapat terlaksana dan biaya dapat ditekan sedemikian rupa sehingga kerugian bisa ditekan, dan kinerja keuangan RS akan baik dalam menghadapi era BPJS ini.

8. Diferensiasi pelayanan dan perluasan cakupan pelayanan.

Dengan target menaikkan tipe/ kelas RS menjadi tipe B pendidikan, maka cakupan pelayanan perlu diperluas sesuai syarat yang tertuang pada PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, juga pada PP no. 93 tahun 2015 tentang Rumah Sakit Pendidikan.

Sesuai Pasal 25 pada PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit, Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit Umum kelas B paling sedikit meliputi:

- a. pelayanan medik;
- b. pelayanan kefarmasian;
- c. pelayanan keperawatan dan kebidanan;
- d. pelayanan penunjang klinik;
- e. pelayanan penunjang nonklinik; dan
- f. pelayanan rawat inap.

Pasal 26

1) Pelayanan medik sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf a,

paling sedikit terdiri dari:

- a. pelayanan gawat darurat;
- b. pelayanan medik spesialis dasar;
- c. pelayanan medik spesialis penunjang;
- d. pelayanan medik spesialis lain;
- e. pelayanan medik subspecialis; dan
- f. pelayanan medik spesialis gigi dan mulut.

2) Pelayanan gawat darurat, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf

- a. harus diselenggarakan 24 (dua puluh empat) jam sehari secara terus menerus.

3) Pelayanan medik spesialis dasar, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b, meliputi pelayanan penyakit dalam, kesehatan anak, bedah, dan obstetri dan ginekologi.

4) Pelayanan medik spesialis penunjang, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c, meliputi pelayanan

anestesiologi, radiologi, patologi klinik, patologi anatomi, dan rehabilitasi medik.

- 5) Pelayanan medik spesialis lain, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d, paling sedikit berjumlah 8 (delapan) pelayanan dari 13 (tigabelas) pelayanan yang meliputi pelayanan mata, telinga hidung tenggorokan, syaraf, jantung dan pembuluh darah, kulit dan kelamin, kedokteran jiwa, paru, orthopedi, urologi, bedah syaraf, bedah plastik, dan kedokteran forensik.
- 6) Pelayanan medik subspecialis, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e, paling sedikit berjumlah 2 (dua) pelayanan subspecialis dari 4 (empat) subspecialis dasar yang meliputi pelayanan subspecialis di bidang spesialisasi bedah, penyakit dalam, kesehatan anak, dan obstetri dan ginekologi.
- 7) Pelayanan medik spesialis gigi dan mulut, sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f, paling sedikit berjumlah 3 (tiga) pelayanan yang meliputi

pelayanan bedah mulut, konservasi/endodonsi, dan orthodonti.

Maka Rumah Sakit harus melengkapi cakupan pelayanannya sesuai dengan PMK diatas. Dengan menambah cakupan pelayanan, maka target pasar semakin luas, hal ini berdampak semakin banyaknya pelayanan yang digunakan masyarakat, maka semakin tinggi pula pendapatan RS, dengan catatan bilapelayanan dapat dilakukan dengan efektif dan efisien.(Djamhuri & Amirya 2015).

Yang perlu dijadikan pertimbangan adalah menambah jenis pelayanan tanpa diimbangi kemampuan menyerap pasar dan keuangan yang kuat rasanya akan menjadi bumerang bagi RS. Maka lebih baik bila RS yang memiliki kelemahan tersebut berfikir ulang dalam mengambil kesempatan ini. Lebih bijak rasanya jika RS mengandalkan pelayanan yang sudah ada terlebih dahulu.

9. Pengkajian ulang untuk pengadaan ruang dan gedung baru.

Tipe rumah sakit sangat ditentukan dengan ketersediaan ruang terutama Tempat Tidur (TT) yang ada di RS, untuk menaikkan kelas / tipe RS, maka harus difikirkan ketersediaannya disesuaikan dengan PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit.

Pengadaan ruang kelas 3 sebaiknya dipertimbangkan betul, karena dengan visi yang dipunyai RS PKU Muhammadiyah Gamping sebagai RS pendidikan, kelas 3 wajib tersedia dan mencukupi, namun jangan sampai berlebihan karena berkaitan juga dengan biaya dan klaim BPJS. Klaim untuk kelas 3 tarifnya lebih rendah dibanding kelas di atasnya. Sedangkan biaya pelayanan cenderung sama, sehingga kalau tidak dikelola dengan baik akan merugikan keuangan RS.

RS harus mengacu pada peraturan sesuai dengan PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit.

#### Pasal 31

Pelayanan rawat inap sebagaimana dimaksud dalam Pasal 25 huruf f harus dilengkapi dengan fasilitas sebagai berikut:

- a. jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 30% (tiga puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah;
- b. jumlah tempat tidur perawatan kelas III paling sedikit 20% (dua puluh persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik swasta;
- c. jumlah tempat tidur perawatan intensif sebanyak 5% (lima persen) dari seluruh tempat tidur untuk Rumah Sakit milik Pemerintah dan Rumah Sakit milik swasta.

10. Pengadaan fasilitas dan alat kesehatan untuk menyesuaikan terhadap target menaikkan kelas RS menjadi tipe B.

Untuk melengkapi fasilitas dan alat kesehatan tersebut, harus mengacu pada peraturan yang tertuang dalam PMK No. 56 tahun 2014 tentang klasifikasi dan perizinan rumah sakit.

#### Pasal 35

- 1) Peralatan Rumah Sakit Umum kelas B harus memenuhi standar sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit terdiri dari peralatan medis untuk instalasi gawat darurat, rawat jalan, rawat inap, rawat intensif, rawat operasi, persalinan, radiologi, laboratorium klinik, pelayanan darah, rehabilitasi medik, farmasi, instalasi gizi, dan kamar jenazah.
- 3) Peralatan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang

merupakan bagian tidak terpisahkan dari Peraturan Menteri ini.

Pengadaan fasilitas ini hendaknya mempertimbangkan kemampuan RS dalam mengelola fasilitas yang ada, jangan semata-mata mengejar syarat untuk menaikkan tipe RS, karena dengan fasilitas yang lebih, maka *cost* perawatan dan *maintenance* barang akan semakin tinggi pula. Yang perlu dipertimbangkan adalah manfaat alat kesehatan tersebut dalam menunjang pelayanan agar lebih baik dan efisien.