



LAPORAN PENELITIAN

FORMULASI STRATEGI
SISTEM CASEMIX DAN REMUNERASI

PROGRAM PASCASARJANA
PROGRAM STUDI MANAJEMEN RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
2017

DAFTAR ISI

BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Fokus Penelitian	6
C. Tujuan Penelitian	7
D. Manfaat Penelitian	
BAB II KAJIAN PUSTAKA	8
A. Universal Health Coverage	8
B. Sistem Casemix	11
C. Sistem Remunerasi	22
D. Formulasi Strategi Menggunakan Analisis SWOT	30
BAB III METODE PENELITIAN	31
A. Desain Penelitian	32
B. Informan	32
C. Metode Pengumpulan dan Pengolahan Data	32
D. Teknik Analisis Data	33
E. Uji Keabsahan Data	39
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	40
A. Hasil Penelitian dan Pembahasan Sistem Casemix	40
B. Hasil Penelitian dan Pembahasan Sistem Remunerasi	71
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	
A. Simpulan	93
B. Saran	96

DAFTAR TABEL

3.1 IFAS (Internal Factor Analysis Summary)	33
3.2 EFAS (External Factor Analysis Summary)	35
3.3 Contoh cara mengisi Matrik EFAS	36
3.4 Contoh cara mengisi Matrik IFAS	37
3.5 Matriks TOWS	38
4.1 Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis	41
4.2 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket Faktor Eksternal	42
4.3 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	47
4.4 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	51
4.5 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	54
4.6 Perbandingan Berpasangan Faktor-Faktor Strategis Eksternal	58
4.7 Hasil Perkalian Matrix Nilai Peluang dan Ancaman dan Bobot Sistem Casemix	59
4.8 Rating Nilai Untuk Tabel EFAS	60
4.9 External Factors Analysis Summary (EFAS)	60
4.10 Perbandingan Faktor Strategis Kekuatan Sistem Casemix	62
4.11 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket Faktor Internal	63
4.12 Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kelemahan	63
4.13 Perbandingan Berpasangan Faktor-Faktor Strategis Internal	64
4.14 Bobot Berdasarkan Hasil Perkalian Matrix Kekuatan dan Kelemahan	65
4.15 Rating Kekuatan dan Kelemahan	66
4.16 Internal Factors Analysis Summary (IFAS)	66
4.17 Metriks TOWS Sistem Casemix	68
4.18 Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis	72
4.19 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	73
4.20 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	77
4.21 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket	80
4.22 Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket Faktor Internal Kelemahan	82
4.23 Kriteria Penilaian, Pembobotan Skor EFAS/IFAS Sistem Remunerasi	83
4.24 Hasil Perkalian Matrix Peluang dan Ancaman, dan Bobotnya	84
4.25 Hasil Perhitungan Rating Faktor Strategis Peluang dan Ancaman	85
4.26 Rangkuman External Faktor Analysis Summary/EFAS	85
4.27 Kriteria Penilaian, Pembobotan Skor EFAS/IFAS Sistem Remunerasi	86
4.28 Hasil Perkalian Matrix Peluang dan Ancaman, dan Bobotnya	87
4.29 Hasil Perhitungan Rating Faktor Strategis Kekuatan dan Kelemahan	87
4.30 Rangkuman External Faktor Analysis Summary/IFAS	88
4.31 Metrix TOWS Sistem Remunerasi Rumah Sakit	89

DAFTAR GAMBAR

2.1 Representasi rantai hasil untuk cakupan kesehatan universal, focus pada hasil	8
2.2 Koding INA CBGs	18
3.1 Contoh posisi Strategis Hasil Perhitungan Analisis SWOT	37
3.2 Jenis Strategi dan Kwadrannya	38
4.1 Posisi Pilihan Strategi Sistem Casemix	67
4.2 Pilihan Strategi Berdasarkan Total Score EFAS dan IFAS	68
4.3 Posisi Pilihan Strategi Sistem Remunerasi	88

DAFTAR PUSTAKA

100

**HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN UNGGULAN PROGRAM STUDI**

Judul : Tantangan Dalam Membangun Sistem Remunerasi di Rumah Sakit
Kode/Nama Rumpun Ilmu : Ilmu Terapan/ Manajemen (Rumah Sakit)

Peneliti

- a. Nama Lengkap : Dr. Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M
b. NIDN : 0311065902
c. Jabatan Fungsional : Lektor
d. Program Studi : S2, Manajemen Rumah Sakit
e. Nomor HP : 08121868736
f. Alamat surel (e-mail) : nurhidayah@pasca.umy.ac.id
g. Nama Mahasiswa : Yovita (Angkatan 12 A)
Judul Tesis : Analisis Kebijakan Penerapan Sistem Remunerasi
2. Nama Mahasiswa : Alhaq Nafsi Setiawan (Angkatan 12 A)
Judul Tesis : Penerapan Sistem Remunerasi di RSJD Soedjarwadi

Yogyakarta, 22 April 2017

Menyetujui
Ketua Program Studi



Dr. Dr. Arlina Dewi, M.Kes, A.A.K

Ketua Peneliti



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

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Dengan adanya aturan baru berupa UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) dan UU NO. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) serta peraturan-peraturan untuk melaksanakan UU tersebut, maka peta persaingan rumah sakit mengalami perubahan. Agar rumah sakit tetap mampu bersaing secara sehat, dapat tumbuh dan berkembang sukses sesuai dengan visi dan misinya, rumah sakit perlu merespon perubahan tersebut dengan cepat dan tepat. Salah satu bentuk respon terhadap perubahan tersebut adalah manajemen rumah sakit memahami sistem casmix dan dapat mengimplementasikannya di rumah sakit.

Sistem Casemix adalah sebuah sistem yang ditawarkan untuk mengatasi masalah efektivitas dan efisiensi pelayanan kesehatan secara umum (istilah *generic*) dari sebuah sistem yang merujuk pada campuran kasus berdasarkan tingkat dan jenis pasien yang dilayani rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya. Sistem casemix memberikan sebuah cara untuk menjelaskan dan membandingkan rumah sakit dan pelayanan kesehatan lainnya, dengan demikian membantu di dalam membuat perencanaan dan manajemen sistem pelayanan kesehatan. Casemix mengklasifikasikan pasien ke dalam kelompok/grup klinis tertentu yang menggunakan sumber daya pelayanan kesehatan yang serupa. Dengan melakukan ini, aktivitas klinik, kualitas dan efisiensi biaya dari rumah sakit yang berbeda dapat dibandingkan (Department of Health, State of Western Australia).

Sistem Casemix ini di Indonesia disebut Indonesian *Case Based Groups* (INA-CBG's). Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Pasal 1 Ayat 3 menetapkan "Tarif Indonesian - *Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur". Selanjutnya, pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur menggunakan kode yang sudah digunakan secara internasional yaitu *International Classification of Diseases version 10* (ICD 10) dan *International Classification of Diseases version 9 Clinical Modification* (ICD 9 CM). Kesalahan dalam pengkodean diagnosis dan prosedur dapat mengakibatkan kerugian yang besar bagi rumah sakit, ketika mengalami *under code*, sebaliknya jika *over code* maka klaim ke BPJS tidak akan diterima, dan ada kemungkinan dianggap *fraud* (kecurangan).

Rumah sakit negeri wajib menerapkan sistem casemis dan bekerjasama dengan BPJS. Rumah sakit swasta juga harus mentaati undang-undang yang menjadi payung dari peraturan-peraturan yang dibuatnya. Rumah Sakit PKU Muhammadiyah yang jumlahnya sekitar 100 rumah sakit di seluruh Indonesia, belum semuanya bekerja sama dengan BPJS. Sedangkan rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS berdasarkan hasil penelitian pendahuluan, belum semuanya berhasil menerapkan sistem casmix secara efektif dan efisien. Sumber daya manusia yang dimiliki rumah sakit sangat besar perannya dalam keberhasilan menjalankan suatu program penting seperti sistem casemix yang sudah diterapkan di berbagai negara baik negara maju maupun negara berkembang.

Sumber Daya Manusia (SDM) rumah sakit yang terdiri dari para profesional yang berasal dari berbagai disiplin ilmu yaitu tenaga medik, perawat klinik, penunjang medik (radiologi, farmasi, laboratorium dan sebagainya), pejabat struktural, tenaga administrasi dan tenaga pekarya merupakan aset yang sangat berharga dari sebuah rumah sakit. Kinerja SDM rumah sakit secara individual membentuk kinerja unit dan kinerja rumah sakit. Untuk meningkatkan kinerja rumah sakit, perlu adanya kompensasi yang seimbang, adil, proporsional sesuai dengan kemampuan rumah sakit dan kondisi eksternal rumah sakit. Remunerasi merupakan bagian dari kompensasi rumah sakit yang diberikan kepada SDM rumah sakit. Sebagaimana dikemukakan oleh Buchan et. al. (2000), remunerasi menjadi strategi yang semakin penting di dalam pelayanan kesehatan di masa yang akan datang untuk memotivasi staf dan memperbaiki efisiensi dan efektivitas organisasi (Buchan, ET. AL. 2000). Pemerintah Republik Indonesia mengeluarkan banyak undang-undang dan peraturan untuk badan layanan umum. Adapun Badan Layanan Umum, yang selanjutnya disebut BLU, adalah instansi di lingkungan Pemerintah yang dibentuk untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat berupa penyediaan barang dan/atau jasa yang dijual tanpa mengutamakan mencari keuntungan dan dalam melakukan kegiatannya didasarkan pada prinsip efisiensi dan produktivitas (PP, No. 23 Tahun 2000). Untuk dapat terus tumbuh dan berkembang rumah sakit swasta juga harus efisien dan produktif, bahkan beberapa rumah sakit swasta dapat lebih efisien dan lebih produktif dari pada rumah sakit pemerintah jika dikelola dengan cerdas. Istilah-istilah dan aturan untuk BLU dapat digunakan juga oleh rumah sakit swasta setelah dilakukan penyesuaian terlebih dahulu sesuai kebutuhan rumah sakit itu. Bagaimana pun rumah sakit swasta juga harus mengikuti peraturan perundang-undangan Republik Indonesia, termasuk peraturan-peraturan

pemerintah dan menteri kesehatan sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional. Di antara peraturan tentang remunerasi disebutkan bahwa: “Pejabat pengelola, dewan pengawas, dan pegawai BLU dapat diberikan remunerasi berdasarkan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan (PP, No. 23 Tahun 2000).

Remunerasi merupakan imbal jasa yang manfaatnya diterima pegawai berupa komponen-komponen untuk penghargaan atas pekerjaan dan penghargaan atas kinerja di samping untuk perlindungan keamanan pegawai dalam bekerja maupun penghargaan atas masa kerja pegawai (PM Kes, No. 18 Tahun 2014). Rumah sakit merupakan rumah kedua, bagi SDM yang bekerja penuh di rumah sakit itu, oleh karena itu manajemen rumah sakit sebaiknya menciptakan kehidupan kerja yang nyaman dengan memberikan penghargaan yang sesuai dengan kontribusi SDM dalam membangun dan meningkatkan kinerja rumah sakit, selain itu SDM yang bersangkutan merasa aman dalam bekerja karena ada program perlindungan keamanan bagi pegawainya.

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

Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 30 disebutkan bahwa Setiap Rumah Sakit mempunyai hak: a. menentukan jumlah, jenis, dan kualifikasi SDM sesuai dengan klasifikasi, b. Rumah Sakit menerima imbalan jasa pelayanan serta menentukan remunerasi, insentif, dan penghargaan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Untuk dapat menentukan remunerasi di rumah sakit secara tepat, perlu dilakukan evaluasi jabatan yang ada di rumah sakit itu. Badan Kepegawaian Negara Republik Indonesia (BKN) Telah Membuat Peraturan BKN No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil. Rumah Sakit sebagai institusi di bawah Kementerian Kesehatan juga menggunakan pedoman tersebut dalam menyusun sistem remunasinya, khususnya untuk Rumah Sakit yang berbentuk Badan Layanan Umum. Rumah sakit swasta dapat mengadopsi pedoman tersebut dengan melakukan adaptasi seperlunya sesuai dengan kualifikasi dan kemampuan rumah sakit.

Perubahan paradigma penyusunan remunerasi rumah sakit, ditinjau dari UU No. 44 Tahun 2009 pasal 36 (penjelasan) bahwa tata kelola rumah sakit yang baik adalah penerapan fungsi-fungsi manajemen rumah sakit yang berdasarkan prinsip-prinsip transparansi, akuntabilitas, independensi dan responsibilitas, kesetaraan dan kewajaran. Tata kelola klinis yang baik adalah penerapan fungsi manajemen klinis yang meliputi kepemimpinan klinik, audit klinis, data klinis, risiko klinis berbasis bukti, peningkatan kinerja, pengelolaan keluhan, mekanisme monitor hasil pelayanan, pengembangan profesional, dan akreditasi rumah sakit. Dengan demikian rumah sakit harus profesional dan mengubah paradigma lama menjadi paradigma baru bahwa hal-hal yang telah ditetapkan dalam UU RS diikuti oleh peraturan-peraturan pelaksanaannya, oleh karena itu

manajer rumah sakit perlu belajar tentang manajemen rumah sakit sebagaimana diatur oleh UU RS dan peraturan pelaksanaannya, termasuk peraturan tentang penetapan remunerasi rumah sakit.

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

Perubahan lingkungan eksternal yang sangat dinamis merupakan peluang, tantangan, atau ancaman tergantung kekuatan dan kelemahan internalnya. Indonesia sebagai anggota dari World Health Organization sudah mempunyai komitmen bersama negara-negara lain sesama WHO untuk mencapai *Universal Health Coverage*. Target pencapaian UHC di Indonesia ditargetkan pada tahun 2019. Rumah sakit-rumah sakit tinggal mempunyai

waktu dua setengah tahun lagi untuk menyambut UHC, apakah akan berhasil atau gagal tergantung pada strategi yang digunakannya.

B. Fokus Penelitian

Perumusan masalah dalam penelitian kualitatif disebut fokus penelitian yang berisi pokok masalah yang sifatnya umum (Sugiono, 2009, 376). Berdasarkan latar belakang masalah, teridentifikasi bahwa masalah penerapan sistem casemix dan remunerasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah belum efektif dan efisien, maka fokus penelitian ini adalah: "Bagaimana Strategi Sistem Casemix dan Remunerasi di RS PKU Muhammadiyah, Studi Kasus di RS PKU Muhammadiyah Gamping".

C. Tujuan Penelitian

Tujuan umum dari penelitian ini adalah menganalisis strategi sistem casemix dan remunerasi di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

Tujuan khusus dari penelitian ini adalah untuk:

1. Menganalisis Peluang dan Ancaman dari lingkungan eksternal, Kekuatan dan Kelemahan dari lingkungan internal **Sistem Casemix** di RS PKU Muhammadiyah Gamping.
2. Menganalisis Peluang dan Ancaman dari lingkungan eksternal, Kekuatan dan Kelemahan dari lingkungan internal **Sistem remunerasi** di RS PKU Muhammadiyah Gamping
3. Merumuskan strategi sistem casemix dan remunerasi di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

D. Manfaat Penelitian

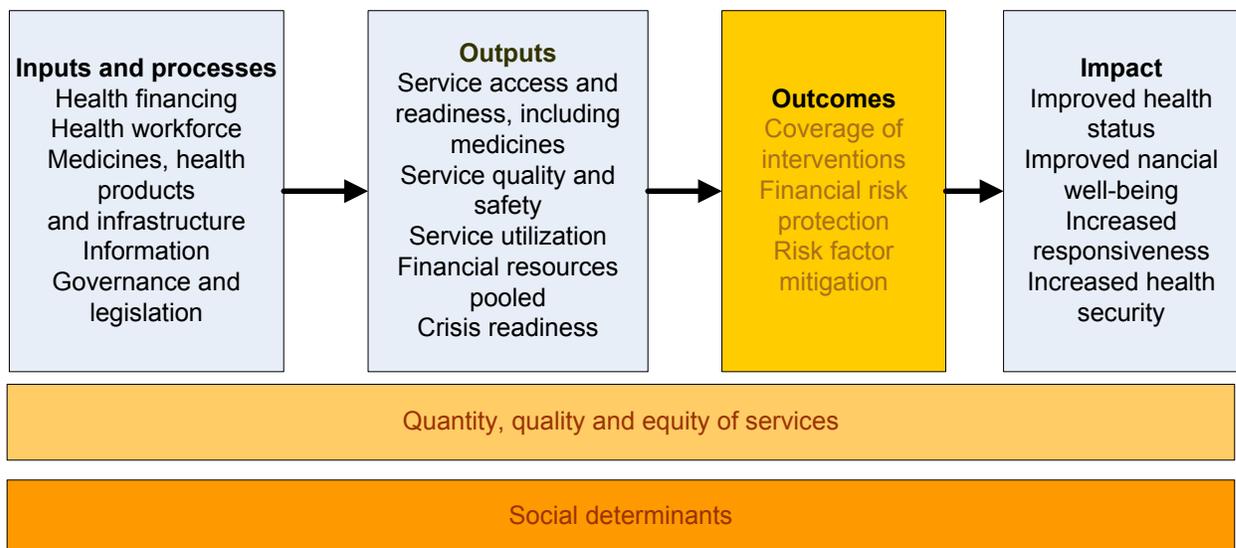
Manfaat Teoretis dari hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu manajemen strategik rumah sakit dan menjadi referensi bagi penelitian dengan topik yang serupa. Adapun manfaat praktisnya adalah untuk memberikan masukan bagi RS PKU Muhammadiyah Gamping dalam menyusun strategi sistem casemix dan remunerasi dan bagi peneliti sebagai penanggungjawab Blok Elektif Sistem Casemix dan Remunerasi dapat memberikan masukan untuk menyusun buku Sistem Casemix dan Remunerasi. Selain itu, diharapkan hasil penelitian ini dapat menjadi *benchmark* bagi rumah sakit sejenis dengan karakteristik serupa.

BAB II

KAJIAN PUSTAKA

A. *Universal Health Coverage*

Semua anggota WHO (*World Health Organization*) pada tahun 2005 membuat komitmen untuk mencapai *Universal Health Coverage* (UHC) atau cakupan semesta. Komitmen tersebut menunjukkan secara kolektif kepercayaan bahwa semua orang seharusnya mempunyai akses terhadap pelayanan kesehatan yang mereka butuhkan tanpa menanggung resiko kehancuran secara financial atau pemiskinan. Bekerja untuk mencapai cakupan semesta adalah mekanisme yang kuat untuk mencapai kesehatan dan kesejahteraan yang lebih baik serta peningkatan pembangunan manusia (WHO, 2013). Rangkaian input proses, output, *outcome* dan impact dari *Universal Health Coverage*



Gambar: Sebuah representasi dari rantai hasil untuk cakupan kesehatan universal, dengan focus pada hasil

Indonesia sebagai salah satu anggota WHO sudah menetapkan hak-hak warga negaranya di Undang-Undang Dasar 1945 dan undang-undang serta peraturan turunan lainnya yang mengatur tentang hak azasi manusia seperti hak setiap orang sebagai warga negara untuk memenuhi kebutuhan dasarnya yang di antaranya adalah kesejahteraan lahir dan batin, bertempat tinggal di lingkungan hidup yang baik dan sehat, dan mendapatkan pelayanan kesehatan. Selain itu juga hak untuk mendapatkan jaminan sosial, yang memungkinkan setiap orang mempunyai kesempatan untuk berkembang menjadi manusia seutuhnya dan bermartabat (UUD 1945, Pasal 28 F).

Dalam rangka memberikan perlindungan hukum dan jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia untuk mencapai kesejahteraan, maka ditetapkanlah UU No. 40 tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sebagai program Pemerintah. Selanjutnya dibentuk Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) berdasarkan UU No. 24 Tahun 2011. BPJS menghimpun dana jaminan sosial dari peserta, maka dana jaminan sosial tersebut merupakan dana amanat milik seluruh peserta BPJS untuk pembayaran manfaat kepada peserta dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial. Dasar penyelenggaraan BPJS sebagai penyelenggara SJSN adalah prinsip-prinsip: 1) kegotongroyongan; 2) nirlaba; 3) keterbukaan; 4) kehati-hatian; 5) akuntabilitas; 6) portabilitas; 7) kepesertaan bersifat wajib; 8) dana amanat; 9) hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan Peserta. BPJS terdiri dari BPJS kesehatan dan ketenaga kerjaan (jaminan kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian). BPJS diberi wewenang untuk membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh Pemerintah; Untuk dapat

menyalurkan dana jaminan sosial, khususnya jaminan kesehatan, BPJS diberi wewenang untuk melakukan kerjasama dengan fasilitas kesehatan, membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan. (UU No. 24 Tahun 2011). Setelah peserta membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah, peserta mendapatkan jaminan kesehatan berupa perlindungan kesehatan yang meliputi manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan (Perpres No.12 tahun 2013).

Direktur Jenderal WHO, Margaret Chan, menggambarkan UHC sebagai "konsep yang paling kuat bahwa kesehatan masyarakat harus ditawarkan". Mengingat bahwa 150 juta orang setiap tahun mengalami bencana keuangan karena membayar untuk kesehatan, ini adalah tidak berlebihan ([www. theguardian.com](http://www.theguardian.com)). Pemerintah Indonesia telah membuat komitmen pada tahun 2004 bahwa seluruh masyarakat Indonesia wajib menjadi peserta jaminan asuransi kesehatan, melalui suatu sistem asuransi kesehatan public yang disediakan oleh pemerintah. Sekitar 76,4 juta warga miskin dan hampir miskin telah disediakan anggaran biaya oleh Pemerintah untuk jaminan asuransi kesehatan mereka. Hal ini merupakan langkah-langkah yang berani dari pemerintah. Meskipun demikian, jumlah penduduk yang belum memiliki jaminan asuransi kesehatan masih lebih dari lima puluh persen dan dampak fiskal dari program pemerintah itu untuk kaum miskin ini belum sepenuhnya ditelaah atau dirasakan. Selain itu, efisiensi dan pemerataan sistem kesehatan yang ada sekarang masih banyak kelemahan yang signifikan dan jika tidak ditangani akan berakibat pada semakin meningkatkan tekanan biaya, dapat mengganggu penerapan Cakupan Semesta (*Universal Coverage*) secara efektif. Masalah lainnya adalah

tidak tercapainya peningkatan status kesehatan masyarakat dan perlindungan keuangan yang diinginkan (Rokx, et. al., 2009).

Sri Lanka dan Malaysia sudah menyediakan Layanan Kesehatan Nasional (LKN) dengan program Jamkesmas yang semula warga miskin dan hampir miskin kemudian dikembangkan untuk seluruh penduduk dibiayai dari dana pendapatan umum. LKN di kedua negara tersebut dapat dijadikan sebagai opsi pendekatan untuk mencapai cakupan kesehatan semesta (*Universal Coverage/UC*), opsi pendekatan lainnya adalah asuransi kesehatan wajib (AKW) yang dananya diambil dari gaji pegawai pemerintah, pegawai swasta, pensiunan, dan warga miskin dan kelompok lain yang tidak mampu membayar dibayar oleh pemerintah (Rokx, et. al., 2009), serta peserta mandiri yang membayar iuran wajib asuransi kesehatan. UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), Pasal 3 menyebutkan “BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap Peserta dan/atau anggota keluarganya”. Pasal 5 ayat (1) terdiri dari a. BPJS Kesehatan; dan b. BPJS Ketenagakerjaan (meliputi jaminan kecelakaan kerja; jaminan hari tua; jaminan pensiun; dan jaminan kematian).

Rumah sakit swasta menyediakan pelayanan kesehatan mencapai 80 persen di banyak negara berkembang. Tidak ada bukti bahwa kontrol pemerintah adalah satu-satunya cara untuk mencapai UHC. Sebaliknya, bukti menunjukkan bahwa banyak cara untuk mencapai UHC (Dominic Montagu, [www. theguardia](http://www.theguardian.com)). Melibatkan pihak swasta untuk mencapai UHC menjadi sesuatu yang harus dilakukan oleh pemerintah, karena rumah sakit pemerintah terbatas jumlahnya.

B. Sistem Casemix

1. Pengertian Sistem Casemix

Menurut *Department of Health, State of Western Australia* (2011), Casemix dapat merujuk pada campuran kasus (*mix of cases*) yang meliputi rentang dan jenis kasus dari pasien yang dilayani oleh rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya. Sistem Casemix membantu perencanaan dan manajemen dari sistem pelayanan kesehatan (Department of Health, State of Western Australia, 2011).

Adapun definisi dari Sistem casemix menurut Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 tahun 2014 adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper* (Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014). Menurut *Department of Health, State of Western Australia*: “*Casemix classifications put patients into clinically meaningful groups that use similar health-care resources. By doing so, the clinical activity, quality and cost- efficiency of different hospitals can be compared*” (Department of Health, State of Western Australia, 2011). Kedua pengertian tersebut mempunyai makna yang sama.

Di Indonesia, Casemix (*case based payment*) dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas), yaitu metode pembayaran prospektif. Sistem casemix saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan

sedang dikembangkan di negara-negara berkembang (Department of Health, State of Western Australia, 2011).

2. Perkembangan Sistem Casemix

Ide tentang Sistem Casemix berawal dari ketika seorang ahli bedah Amerika Serikat bernama Ernest A Codman mengusulkan beberapa metode untuk menstandarisasi sistem *outputs* dan *outcomes* dari rumah sakit, untuk dapat membandingkan lamanya tinggal di rumah sakit dari beberapa rumah sakit. Buku yang ditulisnya berjudul “The Product of Hospital” dipublikasikan pertama kali pada tahun 1914. Pada tahun 1913, Ernest A Codman di the Philadelphia County Medical Society in 1913 mengatakan bahwa masalah sebenarnya dari seluruh rumah sakit adalah menjawab sebuah pertanyaan “apa yang terjadi pada kasus-kasus?..... kita harus menformulasikan metode pelaporan rumah sakit yang menunjukkan sedekat mungkin hasil-hasil dari pengobatan yang diberikan pada institusi-institusi yang berbeda. Laporan ini harus dibuat dan dipublikasikan oleh setiap rumah sakit dengan cara yang seragam, sehingga memungkinkan untuk dibandingkan antara hasil rumah sakit yang satu dengan rumah sakit lainnya. Dengan laporan seperti itu sebagai titik awal untuk mulai menanyakan tentang manajemen dan efisiensinya. Pemikiran yang serupa secara implisit terjadi pada sebuah studi di pembiayaan rumah sakit United Kingdom Inggris dari pertengahan tahun 1960-an dengan pertanyaan, mengapa rumah sakit dengan lamanya tinggal di rumah sakit atau jumlah pasien yang sangat berbeda menghasilkan pengeluaran yang serupa. Studi ini kemudian dilakukan oleh seorang ahli ekonomi Amerika Serikat, Martin Feldstein, dengan masalah yang sama kemudian

dikembangkan secara signifikan Diagnosis Related Group (DRGs), oleh Professors Robert Fetter, John Thompson, and colleagues at Yale University. Hal ini berkembang dari persyaratan registrasi perawatan medis sampai kepada ketergantungan yang sangat pada perkembangan teknologi informasi (IT) selama tahun 1960-an - 1970-an dalam kaitannya dengan penemuan cara untuk mengukur dan menentukan biaya output rumah sakit. Beberapa versi dari sistem DRGs dikembangkan, pertama pada tahun 1973 terdiri dari 54 Major Diagnostic Categories (MDCs) comprising 333 DRGs. Versi original yang terakhir pada rangkaian ini dikembangkan oleh Universitas Yale adalah Health Systems Management Group dan diharapkan untuk menunjukkan sistem klasifikasi inpatient yang membedakan jumlah sumber daya rumah sakit yang dibutuhkan untuk memberikan perawatan dan secara klinis koheren dalam arti kelompok itu menyebabkan timbulnya serangkaian respon klinis yang dihasilkan dari pola sumber daya yang serupa. Klasifikasi tersebut akhirnya ditangani oleh the Health Care Financing Administration (HCFA) di AS yang mempunyai 470 DRGs terdiri dari 23 Major Diagnostic Categories (MDCs) (The New Zealand Casemix Project Group, 2015). Di New Zealand mulai dikembangkan tahun 1990-an dengan didirikannya the Health Funding Authority (HFA) yang ditugasi menyatukan pendekatan 4 regional menjadi satu sistem pendanaan dan pembelian. Pada masa transisi New Zealand mengadopsi sistem DRGs dari Australia's state of Victoria. Model pendanaan ini meliputi beberapa struktur dan kebijakan tentang length of stay (LOS) yang sesuai dengan sektor kesehatan di New Zealand's health sector. Pada tahun 1999, New Zealand pertama kali menggunakan kerangka kerja Casemix secara nasional, yang juga

ditetapkan a national Casemix (Cost Weights) Project Group yang berlanjut sampai sekarang (The New Zealand Casemix Project Group. 2015).

Di Indonesia perkembangan Sistem Casemix ini diawali dengan ditetapkannya UU No. 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Sistem casemix pertama kali dikembangkan di Indonesia pada Tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*). Implementasi pembayaran dengan INA-DRG dimulai pada 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan pada 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk program Jamkesmas. Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesia Case Based Group*) seiring dengan perubahan grouper dari 3M Grouper ke UNU (United Nation University) Grouper. Dengan demikian, sejak bulan Oktober 2010 sampai Desember 2013, pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) Lanjutan dalam Jaminan kesehatan masyarakat (Jamkesmas) menggunakan INA-CBG. Sejak diimplementasikannya sistem casemix di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif INA-DRG Tahun 2008, tarif INA-CBG Tahun 2013 dan tarif INA-CBG Tahun 2014. Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/kelompok rawat inap dan 288 kode grup/kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan grouper UNU (UNU Grouper). UNU- Grouper adalah Grouper casemix yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU). Pada tahun 2011

ditetapkan UU No. 24 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS), disusul dengan berbagai peraturan untuk melaksanakan UU tersebut, seperti:

- Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam penyelenggaraan Jaminan Kesehatan;
- Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional;. Sejak 1 Januari 2014, mulai diberlakukan sistem pembayaran pelayanan kesehatan melalui BPJS. INA CBG (*Indonesia Case Base Group*) adalah sistem caemix yang khusus dikembangkan oleh United Nations University-International Institute for Global Health (UNU-IIGH), bagi Kementerian Republik Indonesia. UNU-IIGH adalah pusat penelitian dan pelatihan dari UNU, salah satu lembaga di bawah naungan PBB (United Nations) (Aljunid, Syed Mohamed, et al. 2014). RS di Indonesia menggunakan *software* INA CBGs untuk melakukan pengkodean (koding) untuk mendapatkan tarif INA CBGs yang kemudian diklaim pembayarannya ke BPJS Kesehatan.
- Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA- CBGs).

3. Clinical Pathway

a. Pengertian Clinical Pathway

Clinical Pathway (CP atau jalur klinis) adalah perencanaan pelayanan multidisiplin yang terstruktur yang digunakan untuk pelayanan kesehatan untuk memerinci langkah-langkah penting secara detail di dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan sebuah masalah klinis tertentu. Tujuannya adalah untuk menghubungkan antara bukti dan pelaksanaan tindakan klinis untuk mengoptimalkan *outcomes* klinis dan memaksimalkan efisiensinya (Rotter T, et. al, 2010). Jadi semua tindakan pelayanan yang diberikan kepada pasien, langkah-langkahnya secara detail dicatat secara sistematis dan terstruktur sebagai bukti dalam bentuk dokumentasi klinis mulai dari pasien masuk di rumah sakit sampai pasien ke luar rumah sakit. CP ini focus pada kesehatan dan keselamatan pasien.

b. Tujuan Implementasi Clinical Pathway

Tujuan dari implementasi CP memberikan pelayanan kepada pasien yang memuaskan dengan melakukan efektivitas dan efisiensi pelayanan kepada pasien. Efektif dalam arti masalah pasien dapat diatasi dengan optimal, staf klinis dan professional lebih mudah dalam melaksanakan tindakan karena langkah-langkahnya sudah disusun secara rinci untuk setiap masalah pasien tertentu, terhindar dari kesalahan tindakan dan komplikasi, perkembangan kondisi pasien dan pelayanan yang diberikan kepada pasien diobservasi dan dicatat. (Robert T, et al., 2010) menyatakan bahwa CP menyediakan rekomendasi, proses, waktu, kondisi dan intervensi medis. Perbaikan terhadap dokumentasi medis dalam CP dapat menghindari efek negative pada pasien

yang berupa pasien harus dirawat di rumah sakit lebih lama, tentu saja dengan tambahan biaya perawatan (Robert T, et al., 2010). Dengan demikian pelayanan pasien menjadi tidak efisien yang dapat mengakibatkan ketidakpuasan pasien dan keluarganya.

c. Manfaat Implementasi Clinical Pathway

Beberapa manfaat dengan mengimplementasikan Clinical Pathway (CP) adalah sebagai berikut (Aljunid, 2014).

- 1) Memperbaiki kualitas perawatan pasien melalui manajemen yang konsisten dan keterlibatan pasien
- 2) Hasil yang akan dicapai dapat diukur
- 3) Dapat memperbaiki efisiensi pemakaian sumberdaya dengan menghilangkan dokumentasi yang tidak diperlukan dan tumpang-tindihnya manajemen pasien.
- 4) Waktu rawat inap menjadi berkurang
- 5) Mengidentifikasi dan mengklarifikasi proses-proses klinis, menjamin kontinuitas perawatan tanpa variasi yang tidak dibutuhkan.
- 6) Mendukung efektifitas klinis, audit klinis dan mengoptimalkan manajemen resiko, dengan penyesuaian klinis menurut panduan-panduan yang terbaik dalam melakukan praktek klinis pada pasien.
- 7) Menyediakan kerangka kerja yang sesuai, meliputi praktek berdasarkan bukti-bukti, audit klinis, focus pada pasien, pendekatan tim multidisipliner dan multi-profesional yang bekerja untuk mencapai praktek terbaik untuk perawatan pasien.

d. Dokumentasi Klinis

Semua data dan informasi dari pasien sejak pasien masuk hingga diperbolehkan pulang harus didokumentasikan dengan baik, demikian juga dengan jalur klinisnya. Manfaat utama dokumentasi yang baik mendukung kelengkapan perawatan pasien yang berkualitas dan aman, sehingga pada saat diperlukan semua staf klinis dapat mengakses dokumen pasien tersebut untuk saat ini atau untuk masa yang akan datang. Dokumentasi klinis yang baik juga merupakan informasi yang dapat dipercaya dan dapat digunakan untuk tujuan lain seperti penelitian, perencanaan, dan memberikan informasi yang dibutuhkan untuk memproduksi data pengkodean klinis yang berkualitas untuk digunakan di dalam penyusunan dana berbasis aktivitas aktivitas. Oleh karena itu *medical record* perawatan pasien setiap episode perawatan (sejak pasien datang-hingga pulang) yang didokumentasikan secara lengkap dan akurat sangat penting bagi pasien itu sendiri maupun untuk manajemen rumah sakit.

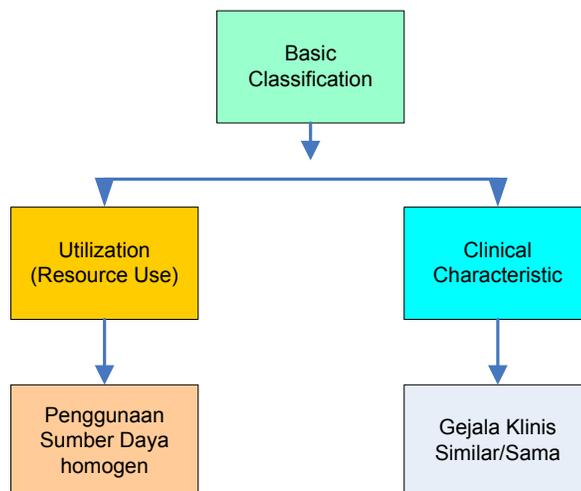
Semua dokumen harus akurat dan lengkap; mencerminkan episode perawatan pasien; penulisan diagnosis & Prosedur tidak boleh disingkat (Resume Medis & IC); harus jelas dan rinci; catatan harus dapat dibaca dan tidak boleh dihapus.

4. Koding INA CBGs

a. Pengertian Koding INA CBGs

Koding INA CBGs merupakan suatu sistem pengklasifikasian penyakit yang mengkombinasikan antara sekelompok penyakit dengan karakteristik klinis serupa dengan biaya perawatan disuatu rumah sakit. Penyakit dengan karakteristik klinik

serupa biasanya membutuhkan sumber daya yang hampir sama sehingga biaya perawatan juga sama (Tim Coding NCC).



Gambar 3.1 Koding INA CBGs
Sumber: Tim Coding National Case-Mix Center (NCC)

Secara teknis, koding adalah kegiatan memberikan kode diagnosis utama dan diagnosis sekunder sesuai dengan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* disingkat ICD– 10 serta memberikan kode prosedur sesuai dengan *International Classification of Diseases Revision Clinical Modification* disingkat ICD – 9 CM. Koding sangat menentukan dalam sistem pembiayaan prospektif yang akan menentukan besarnya biaya yang dibayarkan ke Rumah Sakit (Permenkes, No. 27Tahun 2014).

Dasar Pengelompokan dengan menggunakan ICD– 10 jumlahnya 14.500 kode, dan ICD – 9 CM jumlahnys 8.500 kode. Untuk mengkombinasikan kode diagnosa dan prosedur tidak mungkin dilakukan secara manual, maka diperlukan yang namanya “Grouper“. Koding diagnosis dan prosedur adalah proses pengklasifikasian data

(*diagnoses* dan *prosedures*) & penentuan code (sandi) nomor/ alfabet/ atau alfanumerik untuk mewakilinya (Tim Coding NCC). Data untuk mengkodekan berasal dari rekam medis yaitu data diagnosis dan tindakan/prosedur yang terdapat pada resume medis pasien.

b. Tujuan Koding

Koding mempunyai beberapa tujuan, yaitu (Tim Coding NCC):

- 1). Untuk memudahkan pencatatan, pengumpulan dan pengambilan kembali informasi sesuai diagnose ataupun tindakan medis-operasi yang diperlukan (uniformitas sebutan istilah/medical terms).
- 2) Memudahkan entry data ke database komputer yang tersedia (satu code bisa mewakili beberapa terminologi yang digunakan para dokter)
- 3). Menyediakan data yang diperlukan oleh sistem pembayaran/penagihan biaya yang dijalankan/diaplikasi. Contoh: Di USA, Australia, Singapore dll. ada DRGs (Diagnosis Related Group System) di Indonesia saat ini juga ada INA-CBG
- 4). Memaparkan indikasi alasan mengapa pasien memperoleh asuhan/perawatan/pelayanan (justifikasi runtunan kejadian)
- 5). Menyediakan informasi diagnoses dan tindakan (medis/operasi) bagi: - riset, - edukasi dan - kajian asesment kualitas keluaran/outcome (legal dan otentik).

c. Pemanfaatan Koding INA CBGs

Koding INA CBGs dapat dimanfaatkan untuk (Tim Coding NCC):

- 1) Sistem Pelaporan (SIMRS)

- 2) Sitem pembayaran DRGs/CBGs
- 3) Registrasi kanker
- 4) Sertifikasi medis penyebab kematian
- 5) Data base RS (Penelitian)

d. Sumber Data Koding (Tim Coding NCC)

- 1) Data demografi pasien
- 2) Resume medis
- 3) Laporan operasi
- 4) Hasil pemeriksaan penunjang (P.A, Patklin,Radiologi)
- 5) Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi

5. Tarif INA-CBGs

Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang disebut Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur (PM Kes, No. 59 Tahun 2014). Tarif INA-CBGs yang digunakan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (PM Kes, No. 27Tahun 2014).

Sebagian besar penjelasan tentang tarif INA-CBGs ini mengambil dari Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis INA-CBGs, dengan beberapa prinsip sebagai berikut:

a. Pengelompokan Tarif 7 kluster rumah sakit, yaitu :

- 1) Tarif Rumah Sakit Kelas A
- 2) Tarif Rumah Sakit Kelas B
- 3) Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan
- 4) Tarif Rumah Sakit Kelas C
- 5) Tarif Rumah Sakit Kelas D
- 6) Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional
- 7) Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate* (HBR) sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*. Kode INA-CBGs dan deskripsinya tidak selalu menggambarkan diagnosis tunggal tetapi bisa merupakan hasil satu diagnosis atau kumpulan diagnosis dan prosedur.

b. Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 Regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan

c. Terdapat pembayaran tambahan (Top Up) dalam sistem INA-CBGs versi 4.0 untuk kasus – kasus tertentu yang masuk dalam special *casemix main group* (CMG), meliputi :

- 1) *Special Procedure*
- 2) *Special Drugs*
- 3) *Special Investigation*

4) *Special Prosthesis*

5) *Special Groups Subacute dan Kronis*

Top up pada *special CMG* tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif INA-CBGs yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif RS. Penjelasan lebih rinci tentang Top Up dapat dilihat pada poin D.

- d. Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI.
- e. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif INA-CBGs yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing. Penghitungan tarif INA CBGs berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Presiden Nomor 111 Tahun 2013, mengamanatkan tarif ditinjau sekurang-kurangnya setiap 2 (dua) tahun. Upaya peninjauan tarif dimaksudkan untuk mendorong agar tarif makin merefleksikan *actual cost* dari pelayanan yang telah diberikan rumah sakit. Selain itu untuk meningkatkan keberlangsungan sistem pentarifan yang berlaku, mampu mendukung kebutuhan medis yang diperlukan dan dapat memberikan *reward* terhadap rumah sakit yang memberikan pelayanan dengan *outcome* yang baik. Untuk itu keterlibatan rumah sakit dalam pengumpulan data coding dan data costing yang lengkap dan akurat sangat diperlukan dalam proses updating tarif.

C. Sistem Remunerasi

1. Pengertian Remunerasi

Sistem remunerasi adalah sistem balas jasa yang diberikan oleh suatu organisasi kepada pegawai sebagai penghargaan atas kontribusi yang diberikan pegawai kepada organisasi tersebut. Remunerasi diberikan kepada pejabat pengelola, dewan pengawas, dan pegawai BLU berdasarkan tingkat tanggung jawab dan tuntutan profesionalisme yang diperlukan sebagaimana tercantum dalam Peraturan Pemerintah Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan BLU sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Pemerintah Nomor 74 Tahun 2012. Remunerasi juga disebutkan di dalam Undang-Undang No 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit Pasal 30. b. sebagai salah satu hak rumah sakit untuk menentukannya. Penjelasan tentang remunerasi sebagaimana dimaksud pada ayat (36) ini adalah imbalan kerja yang dapat berupa gaji, tunjangan tetap, honorarium, insentif, bonus atas prestasi, pesangon, dan/atau pensiun. Penetapan

remunerasi dalam peraturan itu harus mempertimbangkan prinsip proporsionalitas, kesetaraan, dan kepatutan. Jadi remunerasi adalah kompensasi langsung yang berbentuk finansial yang dihitung secara proporsional sesuai dengan berat ringanya tugas dan besar kecilnya resiko, dengan mempertimbangkan kesetaraan, yaitu untuk pekerjaan yang setara dihitung nilainya dijadikan patokan di dalam menentukan *job grading*. Pemberian remunerasi juga perlu memperhatikan kepatutan, untuk menghindari kesenjangan yang terlalu besar dibuat harmonisasi dalam menetapkan nilai pekerjaan. Selain itu, perhitungan remunerasi juga memperhatikan kondisi lingkungan tempat rumah sakit itu beroperasi (contohnya memperhatikan upah minimum regional). Di dalam Kepmenkes No. 625 Tahun 2010 dinyatakan bahwa BLU Rumah Sakit wajib menyusun dan menetapkan sistem remunerasi berdasarkan kerangka berpikir, prinsip-prinsip dan ketentuan dasar sebagaimana dalam pedoman ini, dengan menyesuaikan kondisi dan kemampuan keuangan masing-masing rumah sakit.

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

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

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

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

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

2. Langkah-langkah Dalam Menentukan Remunerasi

Menurut Tim Pembina Remunerasi Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI BUK Kemenkes) langkah-langkah dalam menentukan remunerasi adalah sebagai berikut:

- a. Menginventarisir seluruh jabatan yang ada berdasarkan pada Struktur Organisasi dan Tata Kelola (SOTK).
- b. Pengisian Formulir Kuisisioner Seluruh Jabatan
- c. Melakukan Analisis Jabatan & Evaluasi Jabatan
- d. Menentukan Nilai Jabatan / Harga Jabatan
- e. Melakukan Pengelompokan Jabatan
- f. Menetapkan *Corporate Grade*, *Pay for Position*, *Pay for Performance*, dan *Pay for People*

Jika dianalisis antara *internal equity*, *individual equity* dan *procedural equity* (Dessler, 2008) dengan *Corporate Grade* *Pay for Position*, *Pay for Performance* (Tim Pembina Remunerasi BUK Kemenkes)

3. Komponen Remunerasi

Komponen Remunerasi wajib meliputi 3 (tiga) komponen utama, yaitu (modifikasi dari PM Kes No. 18 Tahun 2014):

- a. *Pay for Position* adalah komponen remunerasi yang berupa pembayaran tunai yang diberikan kepada pegawai berdasarkan jabatan atau pekerjaan yang ditugaskan kepada pegawai tersebut. Komponen *pay for position* terdiri dari gaji pokok, dan tunjangan pekerjaan yang diberikan secara tetap setiap bulan sebagai penghargaan atas kesediaan dan komitmennya dalam menjalankan pekerjaan dan mematuhi ketentuan yang sudah ditetapkan.
- b. *Pay for Performance* adalah komponen remunerasi yang berupa pembayaran tunai dan langsung diberikan kepada pegawai berdasarkan capaian kinerja pegawai dari target yang telah ditetapkan. *Pay for Performance* ini berupa insentif dan atau bonus yang diberikan sebagai penghargaan kepada pegawai terhadap pencapaian total kinerja individu, yang dikaitkan dengan kinerja unit kerja. Besaran *Pay for Performance* tergantung pada tingkat pencapaian total target kinerja individu dan sesuai dengan kondisi dan kemampuan keuangan rumah sakit.
- c. *Pay for People* adalah komponen remunerasi berupa pembayaran untuk Perorangan/Individu berdasarkan pada kondisi-kondisi perorangan/individu yang dianggap perlu untuk diberikan penghargaan, tentu saja disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan keuangan rumah sakit. Tujuan *Pay for People* bervariasi, antara lain berupa bantuan dan atau premi asuransi, uang jasa masa kerja, uang pensiun dan lainnya sebagai penghargaan, perhatian, perlindungan dan pembangunan citra rumah sakit.

Sistem remunerasi adalah sebuah rangkaian *inputs*, *proses*, *outputs* dan *outcomes*. Input sistem remunerasi dari fungsi SDM yang meliputi data-data hasil analisis jabatan dan evaluasi jabatan, perencanaan SDM, penilaian kinerja, dan pengembangan karir

yang diproses untuk menghasilkan *outputs* dan *outcomes* terkait dengan sebuah pekerjaan/jabatan. *Outputs* nya berupa daftar gaji, insentif, bonus dan tunjangan-tunjangan. *Outcomes*-nya berupa peningkatan kinerja individu dan unit yang akhirnya kinerja organisasi. Organisasi yang berkinerja tinggi terus tumbuh dan berkembang, kesejahteraan pegawai meningkat dan kehidupan kerja nyaman dan aman, pasien safety, kepuasan pelanggan internal dan eksternal serta investor.

4. Evaluasi Jabatan

a. Pengertian Evaluasi Jabatan

Untuk PNS, telah ditetapkan Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara (PERKA BKN) No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil termasuk PNS yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah. Rumah sakit swasta pun perlu melaksanakan evaluasi jabatan dalam rangka menentukan harga setiap jabatan sebagai salah satu bahan dalam penyusunan remunerasi. Pelatihan-pelatihan tentang penyusunan remunerasi juga telah banyak dilakukan oleh rumah sakit negeri maupun swasta, tetapi masih banyak rumah sakit yang belum menerapkan sistem remunerasi secara total. Remunerasi secara parsial diberlakukan untuk pegawai, sedangkan untuk dokter spesialis masih banyak rumah sakit yang tetap menerapkan *fee for service* dan remunerasi.

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

logis. Evaluasi jabatan juga mengukur kepatasan pembayaran untuk suatu jabatan secara administratif dari pada secara ekonomis. Hasil survey kompensasi di institusi/perusahaan lain hanya menentukan tarif pasar secara ekonomis. Namun demikian banyak perusahaan masih terus menggunakan evaluasi jabatan untuk tujuan: 1) mengidentifikasi struktur jabatan dari organisasinya; 2) untuk menghilangkan ketidakadilan pembayaran dan membawa pada suatu hubungan antar jabatan; 3) untuk mengembangkan hirarkhi dari nilai jabatan untuk menciptakan struktur pembayaran. Departemen sumber daya manusia bertanggungjawab untuk mengadministrasikan evaluasi jabatan (Wayne, 2008). Menurut PERKA BKN No. 21 Tahun 2011, Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil adalah suatu proses untuk menilai suatu jabatan secara sistematis dengan menggunakan kriteria-kriteria yang disebut sebagai faktor jabatan. Informasi faktor jabatan digunakan untuk menentukan nilai jabatan dan kelas jabatan. Nilai Jabatan adalah nilai kumulatif dari faktor jabatan yang mempengaruhi tinggi rendahnya jenjang jabatan. Nilai jabatan menjadi dasar dari penentuan dan pengelompokan tingkat jabatan menjadi kelas jabatan. Adapun Faktor Jabatan adalah komponen-komponen pekerjaan dalam suatu jabatan yang terdiri dari level-level.

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

- 1) Obyek yang dievaluasi adalah tugas pokok dan fungsi jabatan yang diuraikan dalam informasi jabatan, bukan pegawai yang menduduki jabatan tersebut.
- 2) Jabatan yang dievaluasi adalah jabatan yang telah ditetapkan oleh masing-masing instansi.

- 3) Evaluasi jabatan bukanlah suatu proses matematis. Evaluasi jabatan pada dasarnya adalah suatu proses pertimbangan intelektual (*intellectual judgement*) untuk menentukan nilai jabatan sebagai dasar penentuan kelas jabatan.
- 4) Penetapan nilai jabatan harus dicapai melalui proses pembahasan dan kesepakatan tim, yang selanjutnya dituangkan dalam berita acara dan ditetapkan dengan peraturan perundang-undangan.

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

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

d. Metode Evaluasi Jabatan

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

- 1) Metode evaluasi jabatan dengan ranking adalah metode yang paling sederhana, deskripsi setiap jabatan dievaluasi dan diatur urutannya berdasarkan nilai jabatan di perusahaan.
- 2) Metode klasifikasi yang digunakan untuk melakukan evaluasi jabatan adalah dengan mendefinisikan sejumlah klas atau grade untuk mendeskripsikan sebuah kelompok jabatan dan membandingkan deskripsi jabatan dengan deskripsi kelas. Deskripsi kelas mencerminkan perbedaan antara kelompok jabatan pada level kesulitan yang bervariasi. Deskripsi kelas yang paling sesuai dengan deskripsi pekerjaan menentukan klasifikasi dari untuk pekerjaan itu.
- 3) Metode perbandingan faktor berasumsi ada lima faktor universal yang terdiri dari persyaratan mental (intelegensia, *reasoning*, dan imajinasi), keterampilan, persyaratan fisik, tanggung jawab, dan kondisi pekerjaan, dan evaluator membuat keputusan pada faktor-faktor ini secara independen.
- 4) Dalam metode point digunakan nilai numerik untuk faktor jabatan tertentu, seperti pengetahuan yang diperlukan, dan jumlah dari nilai-nilai ini memberikan penilaian kuantitatif dari sebuah jabatan yang relatif pantas. Secara historis, beberapa variasi dari rencana point adalah pilihan yang paling populer.

Metode point memerlukan pemilihan dari faktor jabatan berdasarkan sifat dari kelompok tertentu dari jabatan yang dievaluasi. Secara normal, organisasi mengembangkan rencana terpisah untuk setiap kelompok dari jabatan yang serupa (klaster jabatan) di dalam perusahaan. Jabatan produksi, jabatan administratif, dan jabatan sales adalah contoh dari klaster jabatan (Wayne, 2008). Untuk rumah sakit klaster jabatan ini disebut sebagai *professional grade* yaitu kelompok dokter spesialis, dokter umum,

dokter gigi, perawat, dan tenaga pendukung (profesi apoteker, ahli laboratorium, ahli radiologi, ahli gizi, dan sebagainya). Di dalam rumah sakit banyak terdapat kelompok profesional yang secara keseluruhan membentuk *corporate grade*.

e. Peringkat Jabatan

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

1. *Corporate Grade* adalah susunan peringkat pengelompokan kompleksitas pekerjaan untuk seluruh pekerjaan dalam organisasi.
2. *Professional Grade* adalah susunan peringkat kompleksitas pekerjaan di suatu kelompok pekerjaan atau profesi yang memiliki ciri-ciri yang sama. *Professional Grade* di rumah sakit terdiri dari jabatan structural mulai dari jabatan untuk level manajemen puncak, manajemen menengah, dan manajemen tingkat bawah, dan jabatan fungsional terdiri dari dokter spesialis, dokter umum, dokter gigi, perawat, dan profesi penunjang.
3. Ruang Tumbuh Peringkat Pekerjaan, yaitu ruang kenaikan peringkat suatu pekerjaan yang dapat dicapai pemegang pekerjaan sepanjang memenuhi kenaikan persyaratan kompetensi yang ditetapkan dan melaksanakan tuntutan tugas pokok, peran dan fungsi di tingkat peringkat tersebut. Ruang tumbuh peringkat pekerjaan ini memungkinkan

pemegang pekerjaan meningkatkan jenjang karir selama bekerja, yang merupakan kebutuhan penting yang harus diperhatikan oleh manajemen sumber daya manusia, agar pada jabatan tertentu pemegang pekerjaan dapat mengaktualisasikan dirinya.

C. Formulasi Strategi Menggunakan Analisis SWOT

Jumlah rumah sakit yang semakin banyak mengakibatkan persaingan antar rumah sakit sebagai industri penyedia jasa layanan kesehatan semakin tajam. Untuk mencapai keunggulan dalam bersaing diperlukan strategi yang tepat. Pengertian tentang strategi menurut Porter (2008) adalah kreasi untuk menciptakan posisi yang unik dan bernilai, melibatkan serangkaian aktivitas, inti dari strategi positioning adalah untuk memilih aktivitas yang berbeda dari pesaing. Memilih aktivitas yang tidak perlu dilakukan juga termasuk inti dari strategi, dan memilih aktivitas yang sesuai. Keberhasilan strategi tergantung pada *“doing many things well – not just a few – and integrating among them”*. Rumah sakit mempunyai stakeholders, bagaimana menciptakan nilai yang seimbang (*balance*) antara semua stakeholder, terutama stakeholders utama dari rumah sakit.

Formulasi strategi sering disebut perencanaan strategi atau rencana jangka panjang, meliputi menetapkan misi, sasaran, strategi dan kebijakan yang dimulai dengan analisis situasi, yaitu proses menemukan strategi yang paling cocok dengan peluang eksternal dan kekuatan internal, sambil mengatasi ancaman eksternal dan kelemahan perusahaan. Hal tersebut dikenal dengan analisis SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Weaknesses*). Selama bertahun-tahun Analisis SWOT adalah teknis analisis yang paling banyak digunakan di dalam manajemen strategik. Contohnya di tahun 2007 McKinsey & Company melakukan survei secara global dari 2.700 eksekutif, 82 %

menyatakan aktivitas yang paling relevan untuk menformulasikan strategi dengan mengevaluasi kekuatan dan kelemahan organisasi dan mengidentifikasi trend yang paling berpengaruh terhadap kinerja unit bisnis untuk 3 - 5 tahun ke depan (J. Choi, D. Lovallo, and A. Tarasova, 2007: Wheelen and Hunger 2013, 176). Sebuah survey pada tahun 2005 profesional competitive intelligence menemukan bahwa analisis SWOT digunakan oleh 82,7% dari responden, teknik yang paling sering digunakan kedua adalah analisis kompetitor D. Fehring, 2007: p.54, Wheelen and Hunger 2013, 176).

Analisis SWOT

<p>Kekuatan (<i>Strengths</i>) adalah sumber daya, keterampilan atau keunggulan lain relatif thd pesaing dan kebutuhan pasar yg dilayani.</p>	<p>Peluang (<i>Opportunities</i>) adalah situasi penting yg menguntungkan dlm lingkungan perusahaan.</p>
<p>Kelemahan (<i>Weaknesses</i>) adalah keterbatasan dlm sumber daya, keterampilan & kapabilitas yg secara serius menghambat kinerja efektif perusahaan</p>	<p>Ancaman (<i>Threats</i>) adalah situasi penting yg tdk menguntungkan dlm lingkungan perusahaan.</p>

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain penelitian deskriptif kualitatif dengan metode studi kasus (Sugiono, 2009). Tempat penelitian sebagai unit analisisnya adalah RS PKU Muhammadiyah Gamping, penelitian akan dilakukan pada bulan Juni - Juli 2016.

B. Informan

Dalam penelitian ini, peneliti akan menggunakan informan kunci yaitu pimpinan rumah sakit dan manajer pelaksana. Peneliti juga akan mewawancarai beberapa pegawai RS PKU Muhammadiyah Gamping yang terkait langsung dengan sistem casemix dan remunerasi sesuai dengan kebutuhan data. Penelitian ini menggunakan analisis SWOT dengan teknik penghitungan bobot dan rating menggunakan keputusan para ahli di bidang sistem casemix dan remunerasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping, yaitu Direktur Sumber Daya Insani, Al Islam dan Kemuhammadiyah, Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan, Manajer Sumber Daya Insani, Manajer Pelayanan Keperawatan, Manajer Keuangan, dan Bagian Pengendali Mutu Internal.

C. Metode Pengumpulan dan Pengolahan Data

Dalam pengumpulan data kualitatif, peneliti sendiri sebagai instrumennya yang menentukan data apa saja yang diperlukan, dan dari siapa saja data tersebut dapat diperoleh dengan melakukan wawancara dan studi dokumentasi. Teknik pengumpulan data dalam penelitian kualitatif tidak cukup sekali datang ke tempat penelitian atau unit analisis, tetapi berulang kali sampai diperoleh semua data yang diperlukan. Proses pengolahan data tidak menunggu data terkumpul semuanya, tetapi data yang diperoleh setiap selesai melakukan wawancara, studi dokumentasi, dan studi dokumentasi langsung diolah, direduksi, dicari makna dari data yang terkumpul, sambil terus mengidentifikasi data apa yang kurang dan perlu dikumpulkan. Teori dalam penelitian kualitatif sebagai pemandu dalam menemukan masalah dan mengumpulkan data dalam rangka untuk menyelesaikan masalah, jika masalahnya sudah ditemukan. Ada kalanya penelitian kualitatif, ketika berangkat untuk melakukan penelitian masalahnya masih belum begitu jelas.

D. Teknik Analisis Data

Dalam rangka menyusun formulasi strategi untuk implementasi Sistem Casemix dan Remunerasi di RS PKU Muhammadiyah Gamping, peneliti menggunakan Analisis SWOT dan perhitungan Hasil *expert Judgement*.

Contoh tabel analisis SWOT adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1

Internal Factor Analysis Summary (IFAS Table):.....

Strengths	Weaknesses
1. Kinerja keuangan	1. Biaya relatif lebih mahal
2. Reputasi (<i>Market leader</i>)	2. Data pesaing kurang
3. Kompetensi SDM	3. Sistem Informasi Manajemen
4. Budaya dan keteladanan	4. Kompetensi manajerial kurang
5. Lokasi Strategis	5. Area parkir kurang
6. Jaringan luas	6. Antri menunggu dokter lama
7. Keunggulan kompetitif	7. Ruang perawatan sering penuh
8. Loyalitas pelanggan	8. Jumlah SDM kurang
9. Terakreditasi	

Notes for EFAS (untuk IFAS caranya sama):

1. List opportunities and threats (8–10) in Column 1.
2. Weight each factor from 1.0 (Most Important) to 0.0 (Not Important) in Column 2 based on that factor's probable impact on the hospital's strategic position. The total weights must sum to 1.00.
3. Rate each factor from 5.0 (Outstanding) to 1.0 (Poor) in Column 3 based on the hospital's response to that factor.
4. Multiply each factor's weight times its rating to obtain each factor's weighted score in Column 4.
5. Use Column 5 (comments) for rationale used for each factor.
6. Add the individual weighted scores to obtain the total weighted score for the company in Column 4. This tells how well the hospital is responding to the factors in its external environment.

(adaptation from Wheelen and Hunger, 2012)

Tabel 3.2

External Factor Analysis Summary (EFAS Table):.....

External Factors	Weight	Rating	Weighten Scors	Comments
Opportunities				
1.				
2.				
3.				
4.				
Threats				
1.				
2.				
3.				
4.				

Tabel 3.3
Contoh Cara Mengisi

MATRIX EXTERNAL FACTORS ANALYSIS SUMMARY/EFAS

EFAS		Bobot	Rating	Skor	Ket
Peluang					
O.1	Perubahan Gaya Hidup	0.23	4	0.92	
O.2	Meningkatnya SDM profesional	0.14	3	0.42	
O.3	Meningkatnya Peran RS	0.16	3	0.47	
O.4	Potensi Pasar yang besar	0.06	3	0.17	
Sub Total Kekuatan		0.58		1.98	
Ancaman					
T.1	Banyak pengobatan alternatif	0.17	2	0.34	
T.2	Mahalnya peralatan medis	0.09	2	0.18	
T.3	Banyak RS/Klinik baru	0.08	1	0.08	
T.4	UMR tinggi	0.07	2	0.15	
Sub Total Kelemahan		0.42		0.75	
Total		1		2.73	

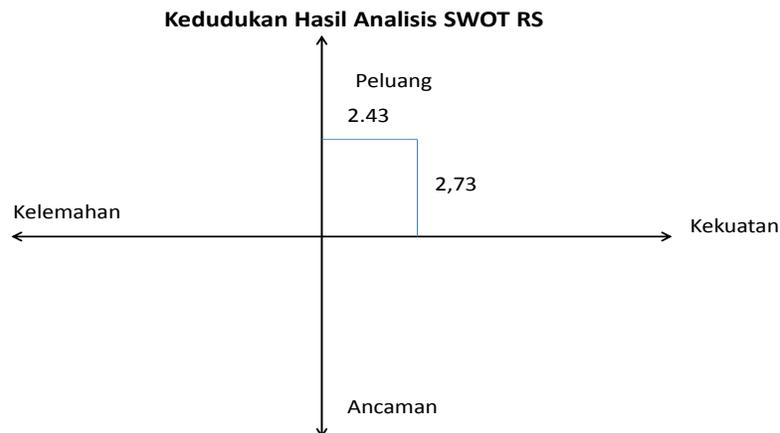
Sumber: Agus Sasono Adi, 2012

Tabel 3.4
Contoh Cara Mengisi

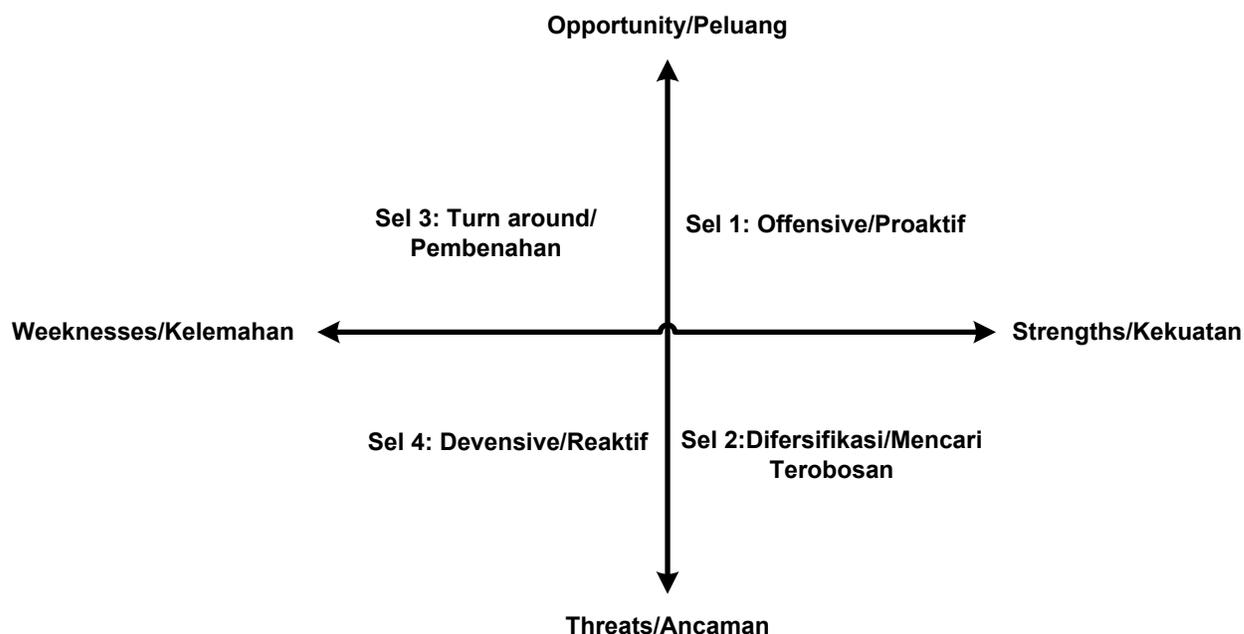
INTERNAL FACTOR ANALYSIS SUMMARY (IFAS)

IFAS		Bobot	Rating	Skor	Keterangan
Kekuatan					
S.1	Reputasi/Market Leader	0.07	3	0.21	
S.2	Budaya Kerja & Keteladanan	0.25	4	1.02	
S.3	Lokasi Strategis	0.07	3	0.20	
S.4	Differensiasi Produk	0.13	3	0.39	
Sub Total Kekuatan		0.52		1.81	
Kelemahan					
W.1	Biaya relatif lebih mahal	0.22	1	0.22	
W.2	Jumlah SDM kurang	0.08	2	0.16	
W.3	Kompetensi manajerial kurang	0.12	1	0.12	
W.4	Area parkir kurang	0.06	2	0.12	
Sub Total Kelemahan		0.48		0.62	
Total		1		2.43	

Sumber: Agus Sasono Adi, 2012



Gambar 3.1. Contoh posisi Strategis Hasil Perhitungan Analisis SWOT
Sumber: Agus Sasono Adi, 2012



Gambar 3.2: Jenis Strategi dan Kwadrannya
 Sumber: Agus Sasono Adi, 2012

Tabel 3.5 Metriks TOWS

	IFAS	Pilih 5-10 Kekuatan Internal (S)	Pilih 5-10 Kelemahan Internal (W)
EFAS			
Pilih 5-10 Kesempatan (O)		Strategi SO: Gunakan kekuatan internal untuk menangkap peluang	Strategi WO: Perbaiki kelemahan internal untuk dapat menangkap peluang
Pilih 5-10 Ancaman (T)		Strategi ST: Gunakan kekuatan internal untuk menghadapi ancaman	Strategi WT: Perbaiki kelemahan internal untuk menghadapi ancaman

Sumber: Wheelen and Hunger, 2012

E. Uji Keabsahan Data

Uji keabsahan data dalam penelitian kualitatif dilakukan dengan (Burhan Bungin, 2009):

1. Perpanjangan keikutsertaan peneliti di tempat penelitian

2. Menemukan siklus kesamaan data
3. Ketekunan pengamatan
4. Trianggulasi Peneliti, Metode, Teori dan Sumber Data
5. Pengecekan melalui diskusi
6. Kajian kasus negatif
7. Pengecekan anggota tim
8. Kecukupan referensi
9. Uraian rinci dan auditing

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Hasil Penelitian dan Pembahasan Sistem Casemix

Sebelum menyusun perencanaan program sistem casemix ke depan, perlu terlebih dahulu dilakukan analisis terhadap lingkungan eksternal dan internal. Wawancara terstruktur dengan direktur Sumber Daya Insani/SDI, Al Islam dan Kemuhammadiyah, dan Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan, Manajer SDI, Manajer Pelayanan Keperawatan, dan Manajer Keuangan, dengan cara setiap responden diminta untuk memberikan masukan terhadap beberapa isu strategis yang

sebagian telah ditulis oleh peneliti, maka diperoleh kesimpulan bahwa Isu-isu/faktor strategis Peluang, Ancaman, Kekuatan dan Kelemahan Sistem Casemix di Rumah Sakit PKU Gamping. Untuk menghasilkan rangkuman dari hasil analisis faktor eksternal (*External Factors Analysis Summary*) dan internal (*Internal Factors Analysis Summary/EFAS*) diperlukan langkah-langkah sebagai berikut.

a. Langkah-langkah EFAS Sistem Casemix

Faktor Strategis Peluang Sistem Casemix

- 1) Berpartisipasi dalam pencapaian *Universal Health Coverage*
- 2) Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 3) Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang
- 4) Mendapatkan keuntungan dari UHC tahun 2019
- 5) Banyak investor yang tertarik menanamkan modal di RS
- 6) Perubahan gaya hidup masyarakat
- 7) Membangun citra positif untuk rumah sakit
- 8) Meningkatkan jumlah pasien rumah sakit
- 9) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes

Dari sekelompok faktor strategis tersebut yang terdiri dari sembilan atau delapan diambil lima faktor strategis dengan cara responden memberikan pilihan jawaban, mana yang lebih penting antara satu isu strategis dibandingkan isu strategis lainnya. Teknik ini disebut: “Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis: Faktor Strategi dan Pembobotannya”. Tekniknya sama untuk peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahan organisasi rumah sakit. Dalam pembahasan ini peneliti hanya menyajikan salah satu teknik tersebut (Tabel 4.1), selebihnya dapat dilihat di lampiran. Pada Tabel 4.1, jumlah tanda X secara horizontal dihitung, kemudian hasilnya dijumlah dengan jumlah O secara vertikal, dan total nilai hasil penjumlahan tersebut dipindahkan ke Tabel 4.2.

Tabel 4.1

Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis

Jika Faktor A lebih penting dari faktor B, diberi tanda (X)

Jika faktor A tidak lebih penting dari faktor B, diberi tanda (O)

Responden 1

Faktor Kunci Sukses		B										
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9		
A	A1	Berpartisipasi dalam pencapaian <i>Universal Healt Coverage</i>		O	O	X	X	O	O	O	O	2
	A2	Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh yankes			X	X	X	O	X	X	X	6
	A3	Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang				X	X	O	X	X	X	5
	A4	Mendapatkan keuntungan dari UHC tahun 2019					X	O	O	X	O	2
	A5	Banyak investor yang tertarik menanamkan modal di RS						O	O	O	O	0
	A6	Perubahan gaya hidup masyarakat							O	X	O	1
	A7	Membangun citra positif untuk rumah sakit								X	O	1

A8	Meningkatkan jumlah pasien rumah sakit									0	0
A9	Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes										0
Vertical Blank		0	1	1	0	0	5	4	2	6	
Horizontal Cross		2	6	5	2	0	1	1	0	0	
Total		2	7	6	2	0	6	5	2	6	

Tabel 4.2

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Eksternal
Direktur dan Para Manajer

Faktor Strategis Peluang		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
A1	Berpartisipasi dalam pencapaian <i>Universal Health Coverage</i>	2	4	2	1	9	VII
A2	Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh yankes	7	5	8	3	23	I
A3	Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang	6	7	6	3	22	III
A4	Mendapatkan keuntungan dari UHC tahun 2019	2	0	4	3	9	VIII
A5	Banyak investor yang tertarik menanamkan modal di RS	0	1	0	1	2	IX
A6	Perubahan gaya hidup masyarakat	6	8	1	5	20	IV
A7	Membangun citra positif untuk rumah sakit	5	2	6	5	18	V
A8	Meningkatkan jumlah pasien rumah sakit	2	3	6	7	18	VI

A9	Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes	6	6	3	8	23	II
		36	36	36	36	144	

Faktor Strategis Eksternal yang dipilih sebagai Peluang adalah:

- 1) Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 2) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan
- 3) Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang
- 4) Perubahan gaya hidup masyarakat
- 5) Membangun citra positif untuk rumah sakit

Dari faktor strategis peluang Sistem Casemix yang terpilih tersebut dibuat pembahasannya sebagai berikut.

1) Memenuhi Hak Setiap Orang Untuk Memperoleh Pelayanan Kesehatan

Hak memperoleh pelayanan kesehatan adalah salah satu hak kebutuhan dasar yang termasuk hak azasi manusia sebagai warga negara dan dilindungi oleh Undang-Undang Dasar 1945. Dengan bekerja sama dengan BPJS selaku Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, berarti rumah sakit ikut serta dalam memenuhi hak setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan bagi peserta BPJS. Pada tahun 2019 semua warga negara Republik Indonesia diwajibkan menjadi anggota JKN melalui BPJS.

2) Meningkatkan Kesejahteraan Masyarakat Melalui Pelayanan Kesehatan

Orang yang sakit, apalagi sakit parah, maka orang tersebut tidak dapat beraktivitas secara normal. Banyak penyakit yang membutuhkan biaya besar untuk pengobatannya seperti cuci darah, operasi jantung, kemo terapi dan sebagainya. Banyak penyakit yang sebenarnya dapat dicegah atau dikurangi resikonya dengan menjalankan cara hidup sehat seperti mengatur pola makan, olah raga, istirahat yang cukup, dan mengelola stress. Orang sakit yang mengeluarkan biaya besar untuk pengobatannya, sementara kemampuan secara

ekonomi pun menurun, kecuali orang-orang tertentu yang dikaruniai berkelimpahan harta dan bisnis yang sukses. Rumah sakit mempunyai peluang yang besar untuk memberikan pelayanan kepada pasien, bukan hanya mengobati pasien tetapi juga memberikan pelayanan pendidikan pola hidup sehat dan pengenalan terhadap berbagai penyakit yang dapat dicegah dengan pola hidup sehat tersebut kepada pasien dan keluarganya yang datang ke rumah sakit. Sebagaimana disebutkan di UU No. 44 Tahun 2009, Pasal 1, Ayat 1: “Rumah Sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat”. Adapun yang dimaksud dengan Pelayanan Kesehatan Paripurna adalah: “Pelayanan kesehatan yang meliputi promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative”. Semakin sedikit orang yang sakit di masyarakat, diharapkan masyarakat tersebut lebih produktif, kegiatan ekonomi meningkat, secara sosial juga lebih baik sehingga dapat dikatakan kesejahteraan masyarakat meningkat. Dengan demikian, rumah sakit mempunyai peluang untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan.

3) Memenuhi Hak Atas Jaminan Sosial Bagi Setiap Orang

Setiap warga negara Republik Indonesia juga mempunyai hak untuk mendapatkan jaminan sosial, yang memungkinkan setiap orang mempunyai kesempatan untuk berkembang menjadi manusia seutuhnya dan bermartabat (UUD 1945, Pasal 28 F). Antara Pemerintah, rumah sakit, dan masyarakat adalah tiga unsur yang perlu melakukan kerjasama yang saling menguntungkan dalam rangka mencapai masyarakat yang sejahtera. Sila ke lima dari Pancasila berbunyi: “Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia”, hal ini membuktikan bahwa para pendiri bangsa berpikir jauh ke depan, bukan hanya orang yang

mampu membayar pelayanan kesehatan saja yang berhak untuk memperoleh pelayanan kesehatan, tetapi seluruh rakyat Indonesia. Bagi yang tidak mampu membayar iuran jaminan sosial kesehatan dibayarkan oleh pemerintah. Dengan demikian cita-cita bangsa Indonesia yang tertuang dalam pembukaan UUD 1945, keadilan bagi seluruh rakyat Indonesia dapat diwujudkan. Rumah sakit mendapatkan peluang untuk ikut serta memberikan hak setiap orang untuk memperoleh jaminan sosial dalam bentuk pelayanan kesehatan, bagi pasien peserta BPJS.

4) Perubahan Gaya Hidup Masyarakat

Perubahan gaya hidup, seperti perubahan pola makan yang semula masak sendiri, sehingga dapat mengatur menu makanan sesuai dengan kebutuhan gizi dan jenis makanan dan cara memasaknya, menjadi makanan cepat saji atau makanan jadi yang nilai gizinya kurang, mengandung banyak kolesterol, kurang serat dan mengandung purin yang tinggi. Perubahan pola makanan tersebut akibat kesibukan yang tinggi atau karena lebih mudah dan lebih murah. Selain itu, pekerjaan yang mengharuskan banyak duduk di depan laptop, kurang gerak, apalagi olah raga, ditambah lagi banyak pekerjaan yang dengan konflik dan stress yang tinggi. Istirahat kurang karena harus mencapai target yang telah ditetapkan yang juga mengakibatkan stress, lebih lanjut hal itu kemungkinan membuat susah tidur. Berbagai masalah yang terkait dengan perubahan gaya hidup tersebut mengakibatkan pada berbagai macam gangguan kesehatan sampai pada menimbulkan penyakit yang tidak menular.

Rumah sakit sebagai pemberi pelayanan jasa kesehatan perorangan paripurna, mempunyai peluang untuk memberikan pelayanan kesehatan dari promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pertemuan petugas kesehatan dengan pasien dan keluarganya

dapat dimanfaatkan untuk mensosialisasikan program kegiatan rumah sakit fokus pada keselamatan pasien. Petugas kesehatan juga dapat membuat kegiatan penyuluhan kesehatan, pendidikan pasien dan keluarganya. Contohnya untuk mencegah terjadinya infeksi, setiap ruang disediakan cairan desinfektan untuk mencuci tangan ketika akan masuk dan setelah keluar dari ruang perawatan pasien. Dibuat poster-poster dan ditempatkan di tempat-tempat yang mudah dilihat oleh pasien dan keluarganya, misalnya bagaimana cara mencuci tangan, bagaimana cara batuk yang benar agar tidak menularkan penyakit.

5) Membangun Citra Positif Untuk Rumah Sakit

Setiap pertemuan dengan pasien dan keluarganya dapat dijadikan sebagai peluang untuk membangun citra rumah sakit. Pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan yang memuaskan dan membuat pasien dan keluarganya merasa nyaman atau senang dengan pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit, akan menceritakan pengalamannya kepada orang lain dan menjadi pengajur yang menganjurkan orang lain untuk datang ke rumah sakit tersebut jika memerlukan pelayanan kesehatan. Demikian juga dengan pegawai rumah sakit yang puas dan loyal kepada rumah sakit, akan bekerja sebaik-baiknya dan mempunyai komitmen yang tinggi terhadap rumah sakit. Pasien dan keluarganya yang loyal menjadi alat promosi gratis tanpa diminta. Promosi melalui pasien dan keluarganya lebih efektif dan efisien untuk meningkatkan citra rumah sakit. Sebaliknya, jika pasien dan keluarganya kecewa, dan kekecewaan tersebut tidak direspon oleh rumah sakit dengan cepat dan tepat, maka kekecewaan tersebut akan menyebar lebih cepat berupa cerita buruk tentang rumah sakit yang akan menurunkan citra rumah sakit. Jika pegawai yang kecewa, dan kekecewaan tersebut tidak terobati, maka akan menurunkan motivasi kerjanya, efeknya turunya kualitas pelayanan

kepada pasien. Jika kekecewaan pegawai semakin parah maka pegawai akan keluar. Rumah sakit yang angka *turn over*-nya tinggi, citranya akan menurun.

Faktor Strategis Ancaman Sistem Casemix

- 1) Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dengan BPJS
- 2) Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah
- 3) Menurunnya pangsa pasar
- 4) Masyarakat bukan pekerja belum banyak mjd peserta BPJS
- 5) Tuntutan ketepatan klaim BPJS
- 6) Peraturan BPJS sering berubah-ubah
- 7) Banyak peserta bukan pekerja tidak teratur membayar iuran
- 8) Banyak klaim BPJS yang tertunda pembayarannya

Tabel 4.3
Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Eksternal
Direktur dan Para Manajer

Faktor Strategis Ancaman		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
B1	Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS	3	1	4	2	10	V
B2	Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah	2	4	1	3	10	IV
B3	Menurunnya pangsa pasar	1	2	2	4	9	VI
B4	Masyarakat bukan pekerja belum banyak mjd peserta BPJS	4	2	2	0	8	VII
B5	Tuntutan ketepatan klaim BPJS	6	7	6	5	24	II
B6	Peraturan BPJS sering berubah-ubah	7	6	7	6	26	I
B7	Banyak peserta bukan pekerja tidak teratur membayar iuran	0	1	1	1	3	VIII

B8	Banyak klaim BPJS yang tertuda pembayarannya	5	5	5	7	22	III
		28	28	28	28	112	

Faktor Strategis Eksternal yang dipilih sebagai Ancaman adalah:

- 1) Peraturan BPJS sering berubah-ubah
- 2) Tuntutan ketepatan klaim BPJS
- 3) Banyak klaim BPJS yang tertuda pembayarannya
- 4) Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah
- 5) Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS

Lima faktor strategis ancaman tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Peraturan BPJS sering berubah-ubah

Peraturan tentang JKN yang diselenggarakan oleh BPJS seperti Permenkes No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan telah diubah dengan Permenkes No. 52 Tahun 2016, kemudian diubah lagi dengan Permenkes No. 64 Tahun 2016. Perpres No.12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. telah diubah 3 kali, yaitu dengan Perpres No. 111 Tahun 2013, Perpres No. 19 Tahun 2016, dan Perpres no. 28 Tahun 2016. Peraturan yang berubah-ubah terus ini menjadi ancaman bagi rumah sakit, apalagi rumah sakit yang sudah besar. Rumah sakit perlu membuat rencana strategis yaitu rencana jangka panjang. Setiap tahun rumah sakit menyusun kegiatan dan anggaran tahunan. Ketika anggaran sudah direalisasikan, kemudian tiba-tiba ada perubahan tarif INA-CBG's maka rumah sakit harus melakukan penyesuaian-penyesuaian tarif juga agar rumah sakit tidak merugi. Ketika terjadi perubahan besarnya iuran peserta BPJS, ada perubahan pada hak dan kewajiban peserta BPJS, maka rumah sakit juga harus mengadakan penyesuaian mana pelayanan yang dapat

diajukan klaim ke BPJS dan mana pelayanan yang tidak dapat diklaim ke BPJS. Penyesuaian-penyesuaian tersebut memakan waktu dan energi, sehingga pekerjaan penyesuaian ini tidak efisien.

2) Tuntutan ketepatan klaim BPJS

Dalam sistem JKN, peserta JKN membayar iuran ke BPJS Kesehatan, dan pasien PBI iuran tersebut dibayarkan oleh Pemerintah. Iuran tersebut terakumulasi di BPPJS Kesehatan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan peserta ketika sakit dan berobat di FKTP (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan FKTL (Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut). Rumah sakit adalah FKTL yang menerima pasien rujukan dari FKTP. Pasien diberikan pelayanan kesehatan di FKTP dulu, baru ketika FKTP memutuskan bahwa pasien harus dirujuk ke rumah sakit secara berjenjang ke RS Tipe D, RS Tipe C, RS Tipe B, dan RS Tipe A sesuai dengan kondisi kesehatan pasien, kebutuhan pelayanan pasien dan syarat-syarat tertentu yang harus dipenuhi.

Untuk setiap pasien peserta BPJS yang datang berobat ke rumah sakit mendapatkan pelayanan kesehatan sesuai dengan penyakitnya. Biaya pelayanan kesehatan setelah pasien pulang diajukan klaimnya ke BPJS. Tarif yang digunakan untuk pasien BPJS adalah tarif paket INA-CBG's. Sebelum klaim dibayar, terlebih dahulu dilakukan verifikasi oleh verifikator dari BPJS. Klaim BPJS harus tepat, jika terjadi klaim di atas tarif INA-CBG's maka klaim tersebut tidak diterima oleh BPJS, di kembalikan ke rumah sakit untuk diperbaiki, artinya pembayaran klaim tertunda. Jika klaim di bawah tarif INA-CBG's rumah sakit mesti menutupi kekurangannya, artinya kerugian di pihak rumah sakit. Agar klaim tepat, maka *clinical pathway*-nya harus tepat, demikian juga *coding* untuk diagnose dan prosedurnya. Dokter spesialis dan coder harus tepat menuliskan kode diagnose dan

kode prosedur. Dari pihak rumah juga sebaiknya mempunyai verifikator internal sebelum diserahkan ke verifikator BPJS, dengan demikian diharapkan klaim BPJS lebih lancar.

3) Banyak klaim BPJS yang tertunda pembayarannya

Verifikasi klaim BPJS terdiri dari empat macam, yaitu veri administrasi kepesertaan, verifikasi administrasi pelayanan, verifikasi pelayanan, dan verifikasi menggunakan software verifikasi. Verifikasi administrasi kepesertaan meliputi Surat Eligibilitas Peserta (SEP) dan Bukti Pelayanan yang mencantumkan diagnosis dan prosedur yang ditandatangani DPJP (Dokter Penanggung Jawab Pasien).

Pada verifikasi administrasi pelayanan berkas klaim dengan berkas yang dipersyaratkan harus sesuai dan berkas harus lengkap serta sudah disahkan dengan ditandatangani oleh DPJP. Jika berkas ada yang kurang lengkap dan belum ditandatangani DPJP, maka berkas dikembalikan untuk dilengkapi dan ditandatangani DPJP. Tindakan operasi harus sesuai dengan kewenangan medis operator yang diberikan oleh direktur rumah sakit. Hal ini juga perlu dikonfirmasi kesesuaiannya oleh verifikator.

Verifikasi pelayanan kesehatan untuk memastikan kesesuai diagnosis dan prosedur pada tagihan dengan menggunakan Software INA-CBG's

4) Pengetahuan Masyarakat Tentang JKN Masih Rendah

Sosialisasi JKN kepada masyarakat belum dapat mencakup seluruh masyarakat, akibatnya pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah. Pasien peserta BPJS yang berobat ke rumah sakit banyak yang belum tahu pelayanan apa saja yang ditanggung oleh BPJS, prosedur pelayanan rujukan yang berjenjang, dan regionalisasi rujukan dari PPK 1 (Pemberi Pelayanan Kesehatan Tingkat 1), ke PPK 2 dan PPK 3. Semua peserta BPJS yang berobat harus ditangani oleh PPK 1, baru kemudian apabila ada pelayanan yang tidak

dapat diberikan oleh PPK 1, baik karena wewenang PPK 1 maupun fasilitas PPK 1 yang terbatas, maka baru dirujuk ke PPK2, demikian halnya dari PPK 2 ke PPK 3. Ketika pasien mendapatkan pelayanan kesehatan sebagai peserta BPJS, belum tahu adanya sistem tarif INA-CBGs. Hanya pemeriksaan-pemeriksaan (prosedur) tertentu yang sudah ditetapkan dalam paket yang dapat dilakukan oleh rumah sakit sesuai dengan *clinical pathway*-nya. Tidak seperti *fee for service*, pasien atau dokter bisa meminta pemeriksaan apa saja yang menurut mereka diperlukan, jika pemeriksaan tersebut tidak termasuk dalam paket INA-CBGs maka rumah sakit tidak dapat melakukan klaim ke BPJS. Peraturan tentang tarif INA-CBGs juga sudah beberapa kali mengalami perubahan, yang tidak serta-merta pasien mengetahuinya, sehingga ketika berobat sebagai peserta BPJS, misalnya saja ketika naik kelas ke kelas yang lebih tinggi, berapa yang harus dibayar pasien terkait dengan selisih tarif berdasarkan kelas. Hal ini rawan terhadap konflik antara pasien dengan rumah sakit pemberi pelayanan kesehatan peserta BPJS.

5) Banyak Rumah Sakit Di Yogyakarta Yang Kerjasama Dengan BPJS

Dengan banyaknya rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS, menjadi tantangan bagi rumah sakit untuk terus meningkatkan kualitasnya dalam berbagai hal, termasuk pengendalian infeksi dan tingkat keselamatan pasien. Rumah sakit yang kalah bersaing, maka pangsa pasarnya akan menurun, pasien pindah ke pesaing (rumah sakit lain) yang sama-sama bekerjasama dengan BPJS, yang pelayanannya lebih baik dan mampu memberikan tingkat kepuasan yang lebih tinggi. Dengan demikian banyaknya rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS tersebut, dapat menjadi ancaman bagi rumah sakit yang tidak siap menghadapi perubahan dan menyesuaikan dengan perubahan yang terjadi.

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Internal
Direktur dan Para Manajer

	Faktor Strategis Kekuatan	Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
C1	Kinerja Keuangan Sistem Casemix	2	4	3	0	9	VIII
C2	Reputasi Rumah Sakit	5	3	1	2	11	VII
C3	Kompetensi SDM profesional	7	7	8	2	24	III
C4	Budaya Kerja & Keteladanan	7	8	7	3	25	I
C5	Lokasi Strategis	1	0	1	3	5	IX
C6	Jaringan luas	0	3	4	5	12	VI
C7	Diferensiasi produk	4	3	1	6	14	V
C8	Loyalitas Pelanggan	7	5	6	7	25	II
C9	Mempunyai Tim Casemix yang solid	3	3	5	8	19	IV

Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kekuatan adalah:

- 1) Budaya Kerja & Keteladanan
- 2) Loyalitas Pelanggan
- 3) Kompetensi SDM profesional
- 4) Mempunyai Kapasitas Tim Casemix yang solid
- 5) Diferensiasi produk

Dari kelima faktor strategis kekuatan internal rumah sakit tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut.

1) Budaya kerja dan keteladanan

Budaya kerja dan keteladanan menjadi kekuatan yang paling utama, karena dari hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa budaya kerja berpengaruh terhadap motivasi kerja dan kinerja sumber daya insani. Budaya kerja dan keteladanan ini merupakan salah satu sarana dalam mencapai Visi dan Misi rumah sakit. Misi rumah sakit yaitu Pelayanan Publik/Sosial, Pendidikan, Penelitian dan Pengembangan, dan Dakwah. Budaya yang sudah tertanam pada sumber daya insani rumah sakit bahwa kerja adalah ibadah dengan

penerapan nilai-nilai Islam dalam memberikan pelayanan kepada publik disertai dengan misi dakwah menjadi kekuatan yang paling utama (nomor satu). Dengan bekerja sebagai ibadah, SDI bekerja bukan semata-mata mencari nafkah tetapi untuk menjalankan tugas mulia dalam rangka mencari ridho Allah SWT untuk kebahagiaan dunia dan akhirat. Misi memberikan pelayanan kepada publik, pendidikan, penelitian dan pengembangan, serta dakwah untuk mencapai visi yaitu keunggulan dalam bidang pelayanan, pendidikan, dan riset dengan sistem jejaring kemitraan yang kuat, syarat dengan nilai-nilai luhur yang perlu terus dipertahankan sebagai salah satu aset organisasi rumah sakit untuk membangun komitmen yang kuat dari SDI rumah sakit dalam mewujudkan visi dan misi rumah sakit tersebut.

2) Loyalitas Pelanggan

Rumah sakit mempunyai banyak pelanggan yang loyal juga menjadi aset yang bernilai tinggi karena pelanggan yang loyal akan menurunkan biaya promosi, sehingga rumah sakit menjadi lebih efisien dalam segi pemasarannya. Untuk memiliki pelanggan yang loyal perlu waktu lama, yang telah dilakukan sejak berdirinya rumah sakit dan mulai memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Pelanggan yang loyal akan selalu kembali lagi apabila memerlukan pelayanan kesehatan, dan menganjurkan atau mengajak orang lain untuk ikut serta merasakan dan menikmati pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit saat diperlukan. Pelanggan yang loyal adalah pelanggan sudah beberapa kali menerima pelayanan kesehatan yang diberikan oleh rumah sakit dan mereka merasa puas. Selain kepuasan yang dirasakan oleh pelanggan, ada ikatan batin yang terjalin antara pelanggan dengan rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan. Setiap moment pertemuan dengan pelanggan dapat dijadikan sebagai moment yang sangat berharga dalam

membangun ikatan emosional dengan rumah sakit. Perhatian, empati, kesopanan dan keramah-tamahan dokter dan semua jajaran yang memberikan pelayanan kepada pelanggan sejak masuk rumah sakit, hingga mereka keluar dari rumah sakit setelah selesai menjalani proses pelayanan kesehatan. Rumah sakit tidak mungkin untuk membuat semua pelanggannya menjadi loyal, karena ada hal-hal tertentu yang kadang-kadang sulit untuk menghindarinya, atau butuh usaha yang luar biasa. Hal ini karena rumah sakit juga mempunyai kelemahan-kelemahan yang perlu terus diperbaiki dengan kekuatan yang dimilikinya.

3) Kompetensi SDM yang Profesional

Sumber daya manusia di rumah sakit, terdiri dari banyak profesi yaitu dokter umum dan dokter spesialis, perawat umum dan perawat spesialis, dokter gigi umum dan dokter gigi spesialis, apoteker dan asisten apoteker, serta profesi penunjang medis. Setiap profesi sudah melalui uji kompetensi dari asosiasi profesinya. Pelatihan-pelatihan yang diberikan oleh rumah sakit baik pelatihan di dalam rumah sakit berupa *on the job training* atau *off the job training*, maupun rumah sakit mengirim pegawai untuk mengikuti pelatihan di luar rumah sakit untuk meningkatkan profesionalisme para profesional tersebut. Rumah sakit dalam posisi masih baru, lebih mudah untuk membangun budaya organisasi yang mendukung pembelajaran dalam organisasi. Pembelajaran dalam organisasi juga memberikan sumbangan pada peningkatkan kompetensi profesional.

Tabel 4.5

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Eksternal
Direktur dan Para Manajer

Faktor Strategis Kelemahan		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
D1	Dokter spesialis sering terlambat	2	8	5	3	18	IV
D2	Data Pesaing kurang	0	1	3	4	8	IX
D3	Sistem Informasi Manajemen	4	5	2	5	16	VI
D4	Kompetensi manajerial kurang	4	6	8	6	24	II
D5	Fasilitas penunjang kurang	4	1	3	0	8	VII
D6	Antri menunggu dokter lama	8	3	2	6	19	III
D7	Ruang perawatan sering penuh	6	2	5	4	17	V
D8	Jumlah SDM kurang	2	4	1	1	8	VIII
D9	Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS	6	6	7	7	26	I
		36	36	36	36	144	

Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kelemahan adalah:

- 1) Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS
- 2) Kompetensi manajerial kurang
- 3) Antri menunggu dokter lama
- 4) Dokter spesialis sering terlambat
- 5) Ruang perawatan sering penuh

Dari Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kelemahan dapat dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS

Dalam pelayanan kesehatan, setiap diagnose penyakit dan prosedurnya dalam sistem casemix menggunakan *clinical pathway*, atau jalur klinis. Jika belum dibuat *clinical pathway*-nya, perlu dibuat terlebih dahulu agar prosedur pemeriksaan dan obat-obat yang diberikan sesuai standar untuk setiap diagnose. Dengan belum adanya *clinical pathway* atau belum dipatuhinya *clinical pathway*, maka tindakan

dan pengobatannya menjadi bervariasi, akibatnya tidak sesuai dengan paket tarif INA-CBGs. Tatalaksana yang bervariasi tersebut mengakibatkan tertundanya klaim BPJS, karena karena tidak sesuai dengan standar tarif INA-CBGs. Efek selanjutnya rumah sakit dirugikan dengan adanya klaim yang tertunda, dan adanya biaya yang di luar tarif INA-CBGs yang tidak ditanggung oleh BPJS.

2) Kompetensi manajerial kurang

Dalam era JKN saat ini, jumlah pasien yang dilayani sudah mencapai 80 persen peserta BPJS. Semua sumber daya insani (SDI) yang melaksanakan tugas manajerial perlu menyesuaikan dengan era baru ini, terutama kompetensinya, baik untuk kepentingan manajemen klinis maupun manajemen non klinis atau manajemen umum. Rumah sakit perlu memiliki tim khusus sistem casemix, agar pelayanan pasien peserta BPJS dapat berjalan lebih lancar dan klaim pembayaran ke BPJS juga tidak terhambat oleh kesalahan memasukkan *coding* diagnose dan atau prosedur. Pola kerjasama dengan *stakeholders* juga mengalami perubahan, di antaranya pasien yang berobat ke rumah sakit harus melalui rujukan berjenjang dan regionalisasi. Selain itu juga, dengan adanya peraturan tentang tarif BPJS yang sudah tiga kali mengalami perubahan, perlu penyesuaian-penyesuaian tarif sehingga tidak mengalami kendala waktu mengajukan klaim pembayaran ke BPJS, karena BPJS sudah menggunakan tarif yang terbaru. Perpindahan kelas dari kelas dua ke kelas satu, atau dari kelas satu ke kelas VIP yang dulunya termasuk pengobatan dan tindakan medis (dalam INA-CBG disebut prosedur), peraturan yang terbaru yaitu Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan yang telah dirubah beberapa kali, terakhir dengan Perpres No. 28 Tahun

2016. Peraturan Menteri Kesehatan No. 59 Tahun 2014 Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN telah diubah dalam Permenkes No 12 Tahun 2016. Terakhir telah ditetapkan Permenkes No. 52 tahun 2016 Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program JKN. Pihak Manajemen rumah sakit melakukan perubahan sesuai dengan perubahan peraturan yang ditetapkan, tetapi implementasi peraturan tidak dapat dilakukan sebelum dilakukan perubahan kebijakan tentang praktek manajemen di rumah sakit. Kebijakan praktek manajemen perlu disosialisasikan terlebih dahulu agar lebih mudah mengimplementasikannya, perubahan juga terkait dengan standar prosedur operasional. Jika pihak rumah sakit kurang kompeten secara manajerial, maka rumah sakit akan mengalami kesulitan dalam merubah paradigma, praktek dan budaya agar sesuai dengan paradikma dan realitas yang baru yang diatur oleh peraturan pemerintah.

3) Antri menunggu dokter lama

Seorang dokter atau dokter gigi diizinkan untuk berpraktek di tiga tempat berdasarkan Permenkes No.512/MENKES/PER/IV/2007 Tentang Izin Praktek dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran (Pasal 4, ayat 1). Dokter sering datang tidak tepat waktu atau sesuai jadwal praktek karena terlambat datang. Menurut Standar Pelayanan Minimal berdasar Kemenkes Nomor 129/Menkes/SK/II/2008 waktu tunggu dari datang ke loket pendaftaran sampai selesai pemeriksaan kurang atau sama dengan 60 menit. Banyak alasan keterlambatan dokter, mungkin pasiennya banyak juga di tempat praktek lainnya, mungkin ada operasi yang di luar perhitungan, misalnya harusnya 2,5 jam, karena ada hal-hal yang tidak terduga jadi

lebih dari 2,5 jam. Dalam hal ini pasien dalam posisi membutuhkan dan harus menunggu. Hal ini apabila sering terjadi dan banyak pasien yang merasa tidak puas, maka rumah sakit juga yang merugi.

4) Dokter spesialis sering terlambat

Terkait dengan antri menunggu dokter lama yang telah dibahas sebelumnya pada point 3) karena dokter spesialis praktik di tiga tempat, dan kemungkinan tempat praktiknya berjauhan, karena hal ini dimungkinkan berdasarkan Pasal 4 ayat 3 Permenkes No.512/MENKES/PER/IV/2007, Surat Ijin Praktek (SIP) di tiga tempat dapat berada dalam satu kabupaten/kota, lain kabupaten/kota, satu provinsi atau lain provinsi. Jadi banyak faktor yang mempengaruhi keterlambatan dokter, di antaranya adalah jarak tempat praktik yang satu dengan lainnya, banyaknya pasien di tempat praktik lainnya, atau karena ada hal-hal tertentu sebagai faktor penyebabnya. Keterlambatan dokter spesialis yang melebihi standar pelayanan minimal, jika sering terjadi akan membuat pasien kecewa atau tidak puas. Untuk pasien peserta BPJS, khususnya pasien yang tidak mampu, meskipun dokternya sering terlambat, tidak ada pilihan lain, namun demikian harus tetap dicari solusinya agar pasien merasa mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dan menyenangkan.

5) Ruang perawatan sering penuh

Jumlah pasien peserta BPJS yang datang berobat ke rumah sakit mencapai 80 persen. Sedangkan tempat tidur yang disediakan oleh rumah sakit ada kelas tiga, kelas 2, kelas 1, dan kelas VIP. Kebanyakan pasien peserta BPJS adalah kelas 3, mereka diperbolehkan naik kelas dengan membayar biaya tambahan berdasarkan

selisih biaya kelas di atasnya. Jumlah pasien yang memerlukan rawat inap melebihi kapasitas rumah sakit sehingga ruangan sering penuh.

Setelah teridentifikasi urutan prioritas peluang dan ancaman sebagai faktor atau isu strategis eksternal, kekuatan dan kelemahan sebagai faktor atau isu strategis internal, maka secara perpasangan faktor peluang dan ancaman, dijadikan satu tabel matrix, untuk menentukan bobot dengan menggunakan keputusan dari expert berdasarkan tingkat sama penting, lebih penting, dan sangat lebih penting. Ada kemungkinan ragu-ragu antara sama penting dan lebih penting, dan antara lebih penting dan sangat lebih penting seperti model *Analytical Hierarchy Process* (AHP) dengan mengurangi untuk menyederhanakan pilihan dari 9 pilihan menjadi 5 pilihan. Hasil perbandingan berpasangan dari tiga responden dibuat rata-rata nilainya kemudian dibulatkan. Nilai yang ≤ 0.5 dibulatkan ke bawah, > 0.5 dibulatkan ke atas untuk menyesuaikan dengan kriteria penilaian pada Tabel 4.6. Kolom 5 sampai 13 Tabel 4.6 berbentuk matrik bujur sangkar. Matrik tersebut dikalikan dengan matrik bujur sangkar yang sama, maka hasil perkalian matrik tersebut dapat dilihat pada Tabel 4.7.

Tabel 4.6
Perbandingan Berpasangan Faktor-Faktor Strategis Eksternal

Nilai	Keterangan
Nilai	Kriteria:
1	Faktor A sama penting dengan kriteria /alternatif Faktor B
3	Faktor A lebih penting dari pada Faktor B
5	Faktor A sangat lebih penting dari Faktor B
2,4	Apabila ragu-ragu diantara nilai1 dengan 3 atau 3 dengan 5

EFAS				B									
1	2	3	4	O.1	O.2	O.3	O.4	O.5	T.1	T.2	T.3	T.4	T.5
A	Opportunities	O.1	Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh yankes	1.00	3.00	3.00	3.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00
		O.2	Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes	0.33	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
		O.3	Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang	0.33	0.50	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00
		O.4	Perubahan gaya hidup masyarakat	0.33	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
		O.5	Membangun citra positif untuk rumah sakit	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	3.00	1.00	2.00	2.00	3.00
	Threats	T.1	Peraturan BPJS sering berubah-ubah	1.00	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00	1.00	3.00	2.00	2.00
		T.2	Tuntutan ketepatan klaim BPJS	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
		T.3	Banyak klaim BPJS yang tertuda pembayarannya	0.50	0.50	1.00	1.00	0.50	0.33	0.50	1.00	1.00	2.00
		T.4	Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah	1.00	0.50	0.50	1.00	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	2.00

	T.5	Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS	0.50	0.50	1.00	1.00	0.33	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00
--	-----	---	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

Tabel 4.7 adalah hasil perkalian matrik dari Tabel 4.6 kolom 5 sampai dengan 13.

Tabel 4.7

Hasil Perkalian Matrix Nilai Peluang dan Ancaman dan Bobot Sistem Casemix

O1	O2	O3	O4	O5	T1	T2	T3	T4	T5	Jumlah Nilai	Bobot
9.97	14.5	22	26	14.49	17.2	15.5	28	23	29	199.62	0.16
8.98	9.99	14.5	18	10.32	13	11.3	20.7	17.3	23.7	147.74	0.12
6.99	7.99	11	13	7.99	10.5	8.83	16.2	13.8	18.7	114.915	0.09
6.16	6.99	8.99	11	6.49	9.16	7.33	14.2	11.8	15.7	97.755	0.08
11.3	13.3	17	19	9.48	13.7	12	24.5	20	27.5	167.715	0.13
8.82	10.8	15.2	17.3	8.82	9.98	9.83	18.7	15.7	23	138.085	0.11
8.99	11	14.5	17	8.99	11.7	10	19	16	23	140.14	0.11
5.16	6.33	9.08	10.8	5.7689	7.16	6.33	11	9.16	13.2	83.9639	0.07
5.66	7.75	10.3	11.5	5.825	7.33	6.5	11.5	9.5	14	89.815	0.07
3.91	5.33	7.42	8.83	4.825	5.91	5.33	9.66	7.66	9.99	68.85	0.06
Total Nilai										1248.6	1

Dari Tabel 4.7 setiap baris dijumlah kesamping menghasilkan Jumlah (nilai). Jumlah nilai dijumlah lagi ke bawah menghasilkan Total Nilai, jumlah nilai dibagi dengan total nilai menghasilkan bobot untuk Tabel EFAS (*External Factors Analysis Summary*). Selain bobot yang diperlukan untuk mengisi Tabel EFAS juga diperlukan Rating, yaitu tingkat respon rumah sakit terhadap setiap faktor strategis eksternal maupun internal. Rating terdiri dari 5 tingkat, yaitu 5 = sangat baik; 4 = baik; 3 = cukup; 2 = kurang; 1 = sangat kurang

Tabel 4.8
Rating Nilai Untuk Tabel EFAS

Faktor Strategis	Responden			Rata-Rata Nilai	Rating
	1	2	3		
O1	3	4	4	3.7	4
O2	4	4	4	4	4
O3	3	4	4	3.7	4
O4	3	4	3	3.3	3
O5	4	4	4	4	4
T1	4	4	3	3.7	4
T2	4	4	3	3.7	4
T3	3	4	3	3.3	3
T4	4	3	3	3.3	3
T5	3	3	3	3	3

Nilai Bobot pada Tabel 4.7 dan nilai Rating pada tabel 4.8 dimasukkan ke dalam Tabel 4.9

Tabel 4.9
External Factors Analysis Summary (EFAS)
(Rangkuman Analisis Faktor Eksternal)

Kode	Faktor Strategis	Bobot	Rating	Score
O.1	Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh yankes	0.16	4	0.6395
O.2	Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes	0.12	4	0.4733
O.3	Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang	0.09	4	0.36814
O.4	Perubahan gaya hidup masyarakat	0.08	3	0.23488
O.5	Membangun citra positif untuk rumah sakit	0.13	4	0.53729
T.1	Peraturan BPJS sering berubah-ubah	0.11	4	0.44237
T.2	Tuntutan ketepatan klaim BPJS	0.11	4	0.44895
T.3	Banyak klaim BPJS yang tertunda pembayarannya	0.07	3	0.20174
T.4	Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah	0.07	3	0.2158
T.5	Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS	0.06	3	0.16543
	Jumlah	1		

Total Score	3.72739
-------------	----------------

b. Langkah-langkah Untuk Menghasilkan Score IFAS Sistem Casemix

Faktor Strategis Kekuatan Sistim Casemix

- 1) Kinerja Keuangan Sistem Casemix
- 2) Reputasi Rumah Sakit
- 3) Kompetensi SDM profesional
- 4) Budaya Kerja & Keteladanan
- 5) Lokasi Strategis
- 6) Jaringan luas
- 7) Diferensiasi produk
- 8) Loyalitas Pelanggan
- 9) Mempunyai Tim Casemix yang solid

Faktor Strategis Kelemahan

- 1) Dokter spesialis sering terlambat
- 2) Data Pesaing kurang
- 3) Sistem Informasi Manajemen
- 4) Kompetensi manajerial kurang
- 5) Fasilitas penunjang kurang
- 6) Antri menunggu dokter lama
- 7) Ruang perawatan sering penuh
- 8) Jumlah SDM kurang
- 9) Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS

Dari 9 Faktor Kunci Sukses, akan di pilih 5 faktor sebagai faktor strategis internal dengan menggunakan Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategi, yaitu

Jika Faktor A lebih penting dari faktor B, diberi tanda (X)

Jika faktor A tidak lebih penting dari faktor B, diberi tanda (O)

Tabel 4.10

Perbandingan Faktor Strategis Kekuatan Sistem Casemix

Faktor Kunci Sukses		B										
		C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9		
A	C1	Kinerja Keuangan Sistem Casemix		O	O	O	X	X	O	O	O	2
	C2	Reputasi Rumah Sakit			O	O	X	X	X	O	X	4
	C3	Kompetensi SDM profesional				X	X	X	X	O	X	5
	C4	Budaya Kerja & Keteladanan					X	X	X	X	X	5
	C5	Lokasi Strategis						X	O	O	O	1
	C6	Jaringan luas							O	O	O	0
	C7	Diferensiasi produk								O	X	1
	C8	Loyalitas Pelanggan									X	1
	C9	Mempunyai Tim Casemix yang solid										0
	Vertical Blank		2	4	5	5	1	0	1	1	0	
	Horizontal Cross		0	1	2	2	0	0	3	6	3	
	Total		2	5	7	7	1	0	4	7	3	

Dalam pembahasan ini peneliti hanya menyajikan salah satu teknik pengambilan keputusan (Tabel 4.10), selebihnya dapat dilihat di lampiran. Pada Tabel 4.10 jumlah tanda X secara horizontal dihitung, kemudian hasilnya dijumlah dengan jumlah O secara vertikal, dan total nilai hasil penjumlahan tersebut dipindahkan ke Tabel 4.11.

Tabel 4.11

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Internal
Direktur dan Para Manajer

Faktor Strategis Kekuatan		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
C1	Kinerja Keuangan Sistem Casemix	2	4	3	0	9	VIII
C2	Reputasi Rumah Sakit	5	3	1	2	11	VII
C3	Kompetensi SDM profesional	7	7	8	2	24	III

C4	Budaya Kerja & Keteladanan	7	8	7	3	25	I
C5	Lokasi Strategis	1	0	1	3	5	IX
C6	Jaringan luas	0	3	4	5	12	VI
C7	Diferensiasi produk	4	3	1	6	14	V
C8	Loyalitas Pelanggan	7	5	6	7	25	II
C9	Mempunyai Capasitas Tim Casemix yang solid	3	3	5	8	19	IV

Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kekuatan adalah:

- 1 Budaya Kerja & Keteladanan
- 2 Loyalitas Pelanggan
- 3 Kompetensi SDM profesional
- 4 Mempunyai Tim Casemix yang solid
- 5 Diferensiasi produk

Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis untu kelemahan dapat di lihat di lampiran.Hasilnya perhitungan dari empat responden dipindahkan ke Tabel 412, sehingga diperoleh total nilai dan peringkatnya.

Tabel 4.12

Faktor Strategis Kelemahan		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
D1	Dokter spesialis sering terlambat	2	8	5	3	18	IV
D2	Data Pesaing kurang	0	1	3	4	8	IX
D3	Sistem Informasi Manajemen	4	5	2	5	16	VI
D4	Kompetensi manajerial kurang	4	6	8	6	24	II
D5	Fasilitas penunjang kurang	4	1	3	0	8	VII
D6	Antri menunggu dokter lama	8	3	2	6	19	III
D7	Ruang perawatan sering penuh	6	2	5	4	17	V
D8	Jumlah SDM kurang	2	4	1	1	8	VIII
D9	Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS	6	6	7	7	26	I
		36	36	36	36	144	

Berdasarkan Tabel 4.12 Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kelemahan adalah:

- 1) Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS
- 2) Kompetensi manajerial kurang
- 3) Antri menunggu dokter lama

- 4) Dokter spesialis sering terlambat
- 5) Ruang perawatan sering penuh

Setelah teridentifikasi urutan prioritas kekuatan dan kelemahan sebagai faktor atau isu strategis internal, maka secara perpasangan faktor kekuatan dan kelemahan, dijadikan satu tabel matrix untuk menentukan bobot dengan menggunakan keputusan dari expert berdasarkan tingkat sama penting, lebih penting, dan sangat lebih penting. Ada kemungkinan ragu-ragu antara sama penting dan lebih penting, dan antara lebih penting dan sangat lebih penting sebagaimana dapat dilihat pada Tabel 4.13.

Tabel 4.13
Perbandingan Berpasangan Faktor-Faktor Strategis Internal

Nilai	Keterangan
Nilai	Kriteria:
1	Faktor A sama penting dengan kriteria /alternatif Faktor B
3	Faktor A lebih penting dari pada Faktor B
5	Faktor A sangat lebih penting dari Faktor B
2,4	Apabila ragu-ragu diantara nilai1 dengan 3 atau 3 dengan 5

Perbandingan Berpasangan Faktor-Faktor Strategis Internal

IFAS				B										
				S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	W.1	W.2	W.3	W.4	W.5	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	
A	Strenghts	S.1	Budaya Kerja & Keteladanan	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
		S.2	Loyalitas Pelanggan	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
		S.3	Kompetensi SDM profesional	0.50	0.50	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
		S.4	Mempunyai Tim Casemix yang solid	1.00	5.00	5.00	1.00	2.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
		S.5	Diferensiasi produk	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	Weaknesses	W.1	Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS	5.00	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00	2.00
		W.2	Kompetensi manajerial kurang	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
		W.3	Antri menunggu dokter lama	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
		W.4	Dokter spesialis sering	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00

		terlambat										
	W.5	Ruang perawatan sering penuh	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00

Dari Tabel 4.14 setiap baris dijumlah kesamping menghasilkan Jumlah (nilai). Jumlah nilai dijumlah lagi ke bawah menghasilkan Total Nilai, jumlah nilai dibagi dengan total nilai menghasilkan bobot untuk Tabel IFAS (*Internal Factors Analysis Summary*).

Selain bobot yang diperlukan untuk mengisi Tabel IFAS (Tabel 4.15) juga diperlukan Rating, yaitu tingkat respon rumah sakit terhadap setiap faktor strategis eksternal maupun internal. Rating terdiri dari 5 tingkat, yaitu 5 = sangat baik; 4 = baik; 3 = cukup; 2 = kurang; 1 = sangat kurang. Rating yang diperoleh merupakan nilai rata-rata yang dibulatkan.

Tabel 4.14
Bobot Berdasarkan Hasil Perkalian Matrix Kekuatan dan Kelemahan

S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5	Jumlah Nilai	Bobot
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
19	14	17	17	21	18	26	23	23	25	203	0.13
20	19	22	18	23	20	28	24	24	26	224	0.14
18.5	17.5	19	14.5	19	16	24	20	20	22	190.5	0.12
23	18	26.5	28	32	30.5	37	34	34	35	298	0.19
9.75	7.25	8.5	8	10	8.5	13	11.5	11.5	12.5	100.5	0.06
15.8	13.3	19	15.5	22	19	25	23.5	23.5	25.5	202	0.13
6.5	6.25	7.5	7	8.5	7	10	9	9	10	80.75	0.05
7.25	9	10.3	7.75	10	8.5	12	10	10	11	95.75	0.06
7.75	9.5	10.8	8.75	11	9	13	11	11	12	103.75	0.07
7.25	9	10.3	7.75	10	8.5	12	10	10	11	95.75	0.06
Total Nilai										1594	1

Tabel 4.15
Rating Kekuatan dan Kelemahan

Kode	Responden			Rata-Rata Nilai	Rating
	1	2	3		

S1	4	3	4	3.7	4
S2	4	4	3	3.7	4
S3	4	4	3	3.7	4
S4	4	4	3	3.7	4
S5	4	3	4	3.7	4
W1	4	3	4	3.7	4
W2	4	4	3	3.7	4
W3	3	3	4	3.3	3
W4	4	3	4	3.7	4
W5	3	4	3	3.3	3

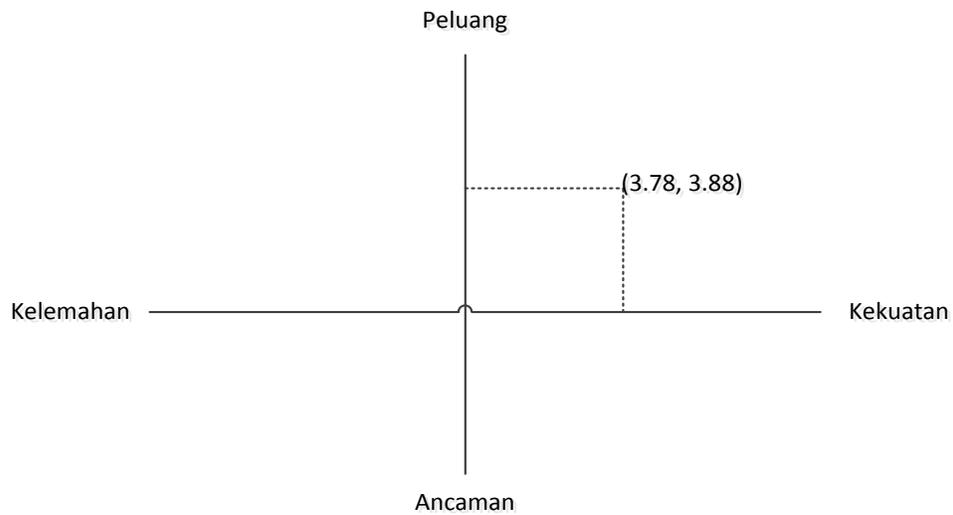
Setelah ditemukan nilai Bobot (Tabel 4.14, kolom 12) dan Rating (Tabel 4.15), maka langkah selanjutnya adalah menentukan Score kekuatan dan kelemahan yang merupakan perkalian dari Bobot dan Rating, yang dapat dilihat pada Tabel 4.16.

Tabel 4.16

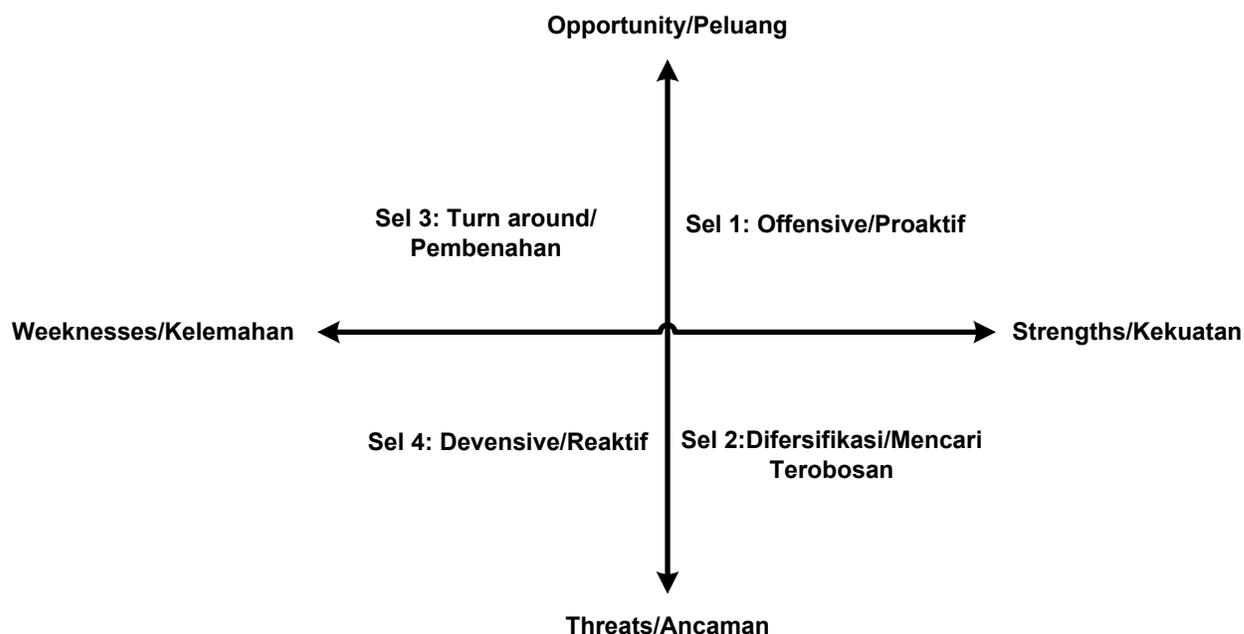
Internal Factors Analysis Summary (IFAS)

Kode	Faktor Strategis	Bobot	Rating	Score
S.1	Budaya Kerja & Keteladanan	0.13	4	0.50941
S.2	Loyalitas Pelanggan	0.14	4	0.56211
S.3	Kompetensi SDM profesional	0.12	4	0.47804
S.4	Mempunyai kapasitas Tim Casemix yang solid	0.19	4	0.7478
S.5	Diferensiasi produk	0.06	4	0.2522
W.1	Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS	0.13	4	0.5069
W.2	Kompetensi manajerial kurang	0.05	4	0.20263
W.3	Antri menunggu dokter lama	0.06	3	0.18021
W.4	Dokter spesialis sering terlambat	0.07	4	0.26035
W.5	Ruang perawatan sering penuh	0.06	3	0.18021
Total Score				3.87986

Dari total score peluang dan ancaman pada Tabel EFAS (Tabel 4.9) dan total score kekuatan dan kelemahan pada Tabel IFAS (Tabel 4.16), dibuat Gambar 4.1 dan Gambar 4.2 Diagram Kartisius sebagai berikut.



Gambar 4.1 Posisi Pilihan Strategi Sistem Casemix



Gambar 4.2. Pilihan Strategi Berdasarkan Total Score EFAS dan IFAS

Tabel 4.17

Metriks TOWS Sistem Casemix

IFAS	5 Kekuatan Internal (S) S1 Budaya Kerja & Keteladanan S2 Loyalitas Pelanggan S3 Kompetensi SDM profesional S4. Mempunyai Kapasitas Tim Casemix yang solid S5. Diferensiasi produk	5 Kelemahan Internal (W) W1 Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS W2 Kompetensi manajerial kurang W3 Antri menunggu dokter lama W4 Dokter spesialis sering terlambat W5 Ruang perawatan sering penuh
EFAS	5 Kesempatan (O) O1 Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh	Strategi SO: 1. Budaya kerja dan keteladanan, kompetensi SDM profesional, dan
		Strategi WO: 1. Diupayakan agar tatalaksana medis tidak bervariasi karena tarif

<p>yankes</p> <p>O2 Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui Yankes</p> <p>O3 Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang</p> <p>O4 Perubahan gaya hidup masyarakat</p> <p>O5 Membangun citra positif untuk rumah sakit</p>	<p>mewujudkan kapasitas Tim Casemix yang solid (S1, S3, S4) untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka berpartisipasi untuk memenuhi hak sosial setiap orang dan hak memperoleh pelayanan kesehatan sehingga kesejahteraan masyarakat meningkat. Hal tersebut akan berdampak pada citra positif untuk rumah sakit, sehingga loyalitas pelanggan pun semakin tinggi (O1, O2, O3, dan O5).</p> <p>2. Perubahan gaya hidup masyarakat mempunyai dampak negatif terhadap kesehatan, sehingga rumah sakit dapat melakukan diferensi produk pelayanannya dengan menyediakan pelayanan yang lebih menarik yang dibutuhkan masyarakat. Masyarakat yang mampu dapat naik kelas ke kelas yang lebih tinggi dengan tambahan biaya (S5 – O4).</p> <p>3. Semua kekuatan internal (S1,S2,S3, S4, dan S5) dapat dimanfaatkan untuk membangun citra positif rumah sakit (O5). Citra positif rumah sakit mempunyai daya tarik yang tinggi bagi masyarakat, sehingga dapat meningkatkan BOR rumah sakit.</p>	<p>INA-CBGs adalah tarif paket yang sudah fix (W1/. Ketika pembayaran klaim BPJS lancar maka rumah sakit dapat memberikan pelayanan pasien BPJS dengan lebih baik dalam rangka memenuhi hak sosial setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan mereka (O1, O2, dan O3).</p> <p>2. Meningkatkan kompetensi manajerial untuk dapat memberikan pelayanan yang efektif, efisien, dan aman dapat membangun citra positif rumah sakit (W2 – O5).</p> <p>3. Perlu dicari cara misalnya mendaftarkan diri pasien secara online sehingga tidak perlu lama menunggu dokter. Keterlambatan dokter karena dokter praktek di tempat lain perlu dibahas dengan dokter spesialis yang bersangkutan. Jika memungkinkan rumah sakit menambah ruang cadangan untuk mengatasi ketika ada pasien ternyata ruangan penuh (W3, W4, dan W5). Jika kelemahan ini dapat diatasi diharapkan dapat menangkap peluang 1, 2, 3 dan 5.</p>
<p>5 Ancaman (T)</p> <p>1. Peraturan BPJS</p>	<p>Strategi ST:</p> <p>1. Budaya kerja dan</p>	<p>Strategi WT:</p> <p>1. Menghilangkan variasi</p>

<p>sering berubah-ubah</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Tuntutan ketepatan klaim BPJS 3. Banyak klaim BPJS yang tertunda pembayarannya 4. Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah 5. Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS 	<p>keteladanan yang kondusif dan kompetensi SDM profesional menjadi modal utama untuk bersaing dengan rumah sakit lain yang bekerjasama dengan BPJS (S1, S3 – T5).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Rumah sakit mempunyai banyak pelanggan yang loyal, dan mempunyai kapasitas untuk membentuk Tim Casemix yang solid. Kedua kondisi tersebut dapat dimanfaatkan dengan membentuk kerjasama dengan pelanggan sebagai partner dan memberikan sosialisasi tentang JKN kepada pelanggan untuk meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang JKN yang masih rendah (S2, S4–T4). 2. Dengan mewujudkan kapasitas yang tinggi untuk membentuk Tim Casmix yang solid dapat menyesuaikan diri dengan perubahan-perubahan peraturan tentang BPJS, mengatasi masalah ketepatan pengkodean INA-CBGs sehingga klaim code atau undercode untuk menghindari kerugian rumah sakit dan mengurangi penundaan pembayaran klaim BPJS. 	<p>tatalaksana medis pasien BPJS untuk menghindari sehingga klaim ke BPJS tepat dan tidak banyak klaim yang tertunda pembayarannya (W1-T2, T3).</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kompetensi manajerial kurang perlu diperbaiki, Antri menunggu dokter lama perlu dicari cara untuk mengurangi lamanya antrian, membicarakan hal itu dengan dokter spesialis yang sering terlambat, dan menambah/mengatur ruangan untuk cadangan perawatan pasien, sehingga dapatruang perawatan pasienngan ruang perawatan. Hal itu sangat penting agar pasien tidak pindah ke rumah sakit lain yang bekerja sama dengan BPJS (W2, W3, W4, W5 – T5)
---	--	---

Sumber: Hasil Pengolahan Data

2. Hasil Penelitian dan Pembahasan Sistem Remunerasi

Model yang digunakan dalam Analisis SWOT sama dengan model yang digunakan untuk analisis hasil penelitian sistem casemix. Data dikumpulkan dari empat responden, yaitu Direktur SDI, AIK, dan Diklitbang, Manajer SDI, Manajer Pelayanan Keperawatan, dan Manajer Keuangan RS PKU Muhammadiyah Gamping. Untuk mengumpulkan data ini dilakukan dengan tiga kali pertemuan, pertemuan pertama untuk wawancara terstruktur dengan tujuan mengetahui faktor strategis peluang, ancaman, kekuatan, dan kelemahan apabila sistem remunerasi ini akan diterapkan di RS PKU Muhammadiyah Gamping.

a. Faktor Strategis Peluang dari hasil wawancara adalah sebagai berikut:

- 1) *Fee for service* for premium class
- 2) RS lain menerapkan manajemen berbasis kinerja
- 3) RS lain menerapkan sistem remunerasi
- 4) Sistem remunerasi lebih tranparan dan lebih adil
- 5) *Fee for position, performance, for people*
- 6) Kompensasi finansial lebih kompetitif
- 7) Strategi menarik & mempertahankan SDM profesional
- 8) Motivasi untuk meningkatkan kinerja
- 9) Meningkatkan kesejahteraan pegawai

Pertemuan yang kedua dengan empat responden tersebut untuk mengisi form yang salah satu hasilnya adalah Tabel 4.18. Hasil lainnya dapat dilihat pada lampiran.

Tabel 4.18
**Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategis
 Faktor Strategi dan Pembobotan
 Peluang**

Dari 9 Faktor Kunci Sukses, akan di pilih 5 faktor sebagai faktor strategis eksternal dengan menggunakan Teknik Analisis Pengambilan Keputusan Area Strategi, yaitu:

Jika Faktor A lebih penting dari faktor B, diberi tanda (X)

Jika faktor A tidak lebih penting dari faktor B, diberi tanda (O)

Responden 1

	Faktor Kunci Sukses	B									Σ
		A1	A2	A3	A4	A5	A6	A7	A8	A9	
A	A1	<i>Fee for service for premium class</i>	O	O	O	O	X	O	O	O	1
	A2	RS lain menerapkan manajemen berbasis kinerja		X	X	O	O	O	O	O	2
	A3	RS lain menerapkan sistem remunerasi			O	O	O	O	O	O	0
	A4	Sistem remunerasi lebih tranparan dan lebih adil				O	X	O	O	O	1
	A5	<i>Fee for position, performance, for people</i>					X	O	O	O	1
	A6	Kompensasi finansial lebih kompetitif						O	O	O	0
	A7	Strategi menarik & mempertahankan SDM profesional							O	O	0
	A8	Motivasi untuk meningkatkan kinerja								X	1
	A9	Meningkatkan kesejahteraan pegawai									0
	Vertical Blank	0	1	1	2	4	2	6	7	7	
	Horizontal Cross	1	2	0	1	1	0	0	1	0	
	Total	1	3	1	3	5	2	6	8	7	36

Total nilai dari Tabel 4.18 dan lainnya (lihat lampiran) di *copy paste* ke form untuk membuat rangkin 1 sampai dengan 9 atau 8 yang kemudian diambil 5 faktor strategis dari rangking I sampai Rangking V. Hasilnya sebagai berikut.

Tabel 4.19

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Eksternal
Direktur dan Para Manajer

Faktor Strategis Peluang	Responden				Total	Ranking	
	1	2	3	4			
A1	<i>Fee for service for premium class</i>	1	3	0	1	5	IX
A2	RS lain menerapkan manajemen berbasis kinerja	3	5	2	1	11	VII
A3	RS lain menerapkan sistem remunerasi	1	2	2	2	7	VIII
A4	Sistem remunerasi lebih tranparan dan lebih adil	3	4	8	3	18	V
A5	<i>Fee for position, performance, for people</i>	5	4	4	8	21	II
A6	Kompensasi finansial lebih kompetitif	2	8	3	7	20	III

A7	Strategi menarik & mempertahankan SDM profesional	6	0	5	5	16	VI
A8	Motivasi untuk meningkatkan kinerja	8	3	5	4	20	IV
A9	Meningkatkan kesejahteraan pegawai	7	7	7	5	26	I
		36	36	36	36	144	

Faktor strategis Peluang yang terpilih berdasarkan rangking adalah sebagai berikut.

- 1) Meningkatkan kesejahteraan pegawai
- 2) *Fee for position, performance, for people*
- 3) Kompensasi finansial lebih kompetitif
- 4) Motivasi untuk meningkatkan kinerja
- 5) Sistem remunerasi lebih tranparan dan lebih adil

Dari faktor strategis peluang yang terpilih tersebut dapat dibahas satu-persatu sebagai berikut:

1) Meningkatkan Kesejahteraan Pegawai

Dengan sistem remunerasi diharapkan sistem imbal jasa dari rumah sakit kepada pegawai dalam bentuk finansial dapat lebih adil, lebih transparan, dan berpeluang untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai. Sistem remunerasi yang komponennya *fee for position, fee for performance, dan fee for people* memberikan motivasi untuk mengembangkan karir sehingga mencapai posisi yang lebih tinggi, dengan meningkatkan kinerja individu dan kinerja unit yang akhirnya meningkatkan kinerja rumah sakit. Kinerja rumah sakit meningkat diantara indikatornya adalah meningkatnya pendapatan rumah sakit (efektivitas dalam segi financial rumah sakit), melakukan efisiensi dengan menghilangkan kegiatan-kegiatan yang tidak perlu atau mengurangi pemborosan, dan tingkat pengembalian investasi yang lebih tinggi dalam waktu yang lebih cepat. Dengan demikian margin yaitu pendapatan rumah sakit dikurangi pengeluaran biaya operasional

dan biaya reinvestasi relatif lebih besar, sehingga dapat digunakan untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai dan pengendalian mutu pelayanan rumah sakit.

2) *Fee for position, performance, for people*

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping belum menerapkan sistem remunerasi yang meliputi tiga komponen, yaitu *fee for position, fee for service dan fee for people*. Untuk menerapkan *fee for position*, perlu terlebih dahulu dilakukan analisis jabatan sehingga diketahui *corporate grade*. Untuk dapat melakukan *fee for service* diperlukan penilaian kinerja individu dan kinerja unit. Di rumah sakit terdapat *professional grade* yang terdiri dari tingkatan jabatan struktural (manajerial) dan jabatan fungsional (dokter, dokter spesialis, dokter gigi, perawat dengan tingkatan—tingkatan keahliannya, apoteker, dan sebagainya), *professional grade* secara keseluruhan membentuk *corporate grade*. Sedangkan komponen *fee for position* bersifat individual untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai dengan memberikan tunjangan-tunjangan seperti asuransi kesehatan, asuransi ketenaga-kerjaan, dan prestasi-prestasi khusus yang dicapai oleh individu, diikutkan pendidikan, dan pelatihan-pelatihan untuk pengembangan karirnya di rumah sakit. Biasanya rumah sakit yang belum menerapkan sistem remunerasi, sistem penggajiannya berdasarkan tingkat pendidikan, lamanya kerja, spesialisasi tertentu, tunjangan jabatan, dan tunjangan-tunjangan kesejahteraan pegawai, kurang memperhitungkan kinerja, baik kinerja individu maupun kinerja unit.

3) Kompensasi Finansial Lebih Kompetitif

Rumah-rumah sakit Badan Layanan Umum (BLU) dan Badan Layanan Umum Daerah (BLUD) wajib menerapkan Sistem Remunerasi sehingga Kementerian Kesehatan membuat Panduan Sistem Remunerasi, Panduan Analisis Jabatan, dan Panduan Penilaian

Prestasi Kerja Pegawai yang dituangkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan, dan institusi pemerintah lainnya yang terkait. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara (PERKA BKN) No. 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil termasuk PNS yang bekerja di Rumah Sakit Pemerintah. Kepmenkes No. 625 Tahun 2010 Tentang Pedoman Penyusunan Remunerasi Pegawai Badan Umum Rumah Sakit di Lingkungan Kementerian Kesehatan. BLU Rumah Sakit wajib menyusun dan menetapkan sistem remunerasi berdasarkan kerangka berpikir, prinsip-prinsip dan ketentuan dasar sebagaimana dalam pedoman ini, dengan menyesuaikan kondisi dan kemampuan keuangan masing-masing rumah sakit.

Ketika BLU dan BLUD rumah telah menerapkan sistem remunerasi, maka rumah sakit swasta yang belum menerapkan sistem remunerasi akan menjadi kurang kompetitif karena masih menggunakan *fee for service* sedangkan di atas 60 persen pasiennya adalah pasien peserta BPJS yang pembayaran jasa kesehatan rumah sakit menggunakan sistem paket INA-CBGs. Apalagi dua tahun lagi, tahun 2019 semua warga negara Indonesia wajib menjadi peserta BPJS. Dengan demikian dalam Era JKN saat ini, pemberlakuan sistem remunerasi pegawai rumah sakit akan membuat rumah sakit dapat memberikan kompensasi financial yang lebih kompetitif.

4) Motivasi Untuk Meningkatkan Kinerja Pegawai

Dengan adanya sistem remunerasi pegawai rumah sakit, rumah sakit mempunyai peluang untuk memberikan motivasi kepada pegawai rumah sakit untuk meningkatkan kinerjanya, karena kinerja menjadi salah satu komponen pokok dalam sistem remunerasi. Berdasarkan Permenkes No. 625 Tahun 2010, ketentuan dalam sistem remunerasi harus diatur secara jelas sedemikian rupa sehingga dapat diimplementasikan dengan baik, dan

pegawai merasa aman, merasa diperlakukan adil, merasa lebih dihargai sehingga termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya dalam mencapai sasaran usaha serta pengembangan rumah sakit ke depan. Kejelasan sistem remunerasi juga dapat mengendalikan biaya secara akuntabel dan bertanggungjawab.

5) Sistem Remunerasi Lebih Transparan dan Lebih Adil

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

b. Faktor Strategis Ancaman

- 1) Kalah bersaing dalam sistem penggajian dengan RS lain
- 2) Pesaing dapat menarik SDM Profesional (dr. spesialis)
- 3) Meningkatnya turn over

- 4) Kebijakan pajak penghasilan
- 5) Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok
- 6) Inflasi terus meningkat, nilai rupiah menjadi semakin rendah
- 7) Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi
- 8) Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi
- 9) Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS

Dari sembilan faktor strategis ancaman sistem remunerasi setelah wawancara dengan empat responden Direktur dan Manajer rumah sakit untuk menentukan mana yang lebih penting antara faktor strategis ancaman A (vertikal) dengan B (horizontal), hasilnya di copy paste ke dalam Tabel 4.20 untuk menentukan rangking 5 faktor strategis berdasarkan urutan dari nilai tertinggi ke nilai yang lebih rendah.

Tabel 4.20
Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Eksternal Ancaman
(Direktur dan Para Manajer)

Faktor Strategis Ancaman		Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
B1	Kalah bersaing dalam sistem penggajian dengan RS lain	3	5	2	1	11	VII
B2	Pesaing dapat menarik SDM Profesional (dr. spesialis)	6	0	2	2	10	VIII
B3	Meningkatnya turn over	5	3	2	6	16	IV
B4	Kebijakan pajak penghasilan	2	6	7	3	18	III
B5	Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok	1	5	4	4	14	V
B6	Inflasi terus meningkat, nilai rupiah menjadi semakin rendah	1	4	3	5	13	VI
B7	Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi	8	5	5	7	25	II

B8	Investor lebih tertarik kepada RS yang berkinerja tinggi	3	1	4	0	8	IX
B9	Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS	7	7	7	8	29	I
		36	36	36	36	144	

Faktor strategis eksternal yang paling mengancam adalah:

- 1) Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS
- 2) Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi
- 3) Kebijakan pajak penghasilan
- 4) Meningkatnya turn over
- 5) Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok

Faktor strategis eksternal yang paling mengancam berdasarkan urutannya, dapat dibahas sebagai berikut.

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

Secara umum tarif INA-CBGs cenderung lebih rendah dari tarif rumah sakit. Rumah sakit sudah menetapkan tarif untuk setiap kelas, setiap diagnose, dan setiap tindakan setiap penyakit dengan diagnose dan tindakan tertentu serta obat yang dikeluarkan untuk mengobati pasien baik rawat inap, rawat jalan, maupun gawat darurat. Banyak rumah sakit yang mengeluh pendapatannya menurun untuk spesialis tertentu, tetapi secara keseluruhan rumah sakit masih untung. Jadi terjadi subsidi silang, ada yang rugi, tetapi ada yang untung. Jumlah pasien meningkat dengan adanya pasien peserta BPJS, dua tiga tahun yang akan datang ketika semua warga diwajibkan menjadi peserta BPJS, maka jumlah pasien akan meningkat karena jika sebelum menjadi peserta BPJS, berusaha melakukan pengobatan sendiri dan mencari pengobatan alternatif yang lebih murah, maka dengan merasa sudah membayar iuran, ketika sakit

tentunya akan menggunakan haknya sebagai peserta asuransi kesehatan yang mendapatkan jaminan kesehatan secara nasional.

Untuk mengatasi masalah finansial yang diakibatkan rumah sakit menetapkan harga jasa pelayanan kesehatan lebih tinggi dari yang ditetapkan berdasarkan tarif INA-CBGs, maka agar tidak rugi, rumah sakit perlu melakukan efisiensi. Salah satunya cara adalah dengan menggunakan *clinical pathway* untuk setiap penyakit sehingga dapat mengimbangi standarisasi tarif INA-CBGs. Dengan adanya *clinical pathway*, biaya operasional dapat diperhitungkan dan dibuat standar, pemeriksaan-pemeriksaan dilakukan secara selektif, obat-obatan juga terstandarisasi, bahan-bahan habis pakai dihemat, sehingga dengan bertambahnya pasien dalam jumlah yang signifikan, rumah sakit tetap beruntung bahkan mampu bersaing dengan rumah sakit lain.

2) Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi

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

2) Kebijakan pajak penghasilan

4) Meningkatnya turn over

5) Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok

Tabel 4.21

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Internal Kekuatan
Direktur dan Para Manajer

	Faktor Strategis Kekuatan	Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
C1	Kinerja keuangan tinggi	3	3	3	5	14	VI
C2	Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik	7	7	8	7	29	I
C3	Jumlah Pasien BPJS terus meningkat	0	2	1	0	3	VIII
C4	Citra positif RS	5	4	6	4	19	IV
C5	Rumah Sakit mempunyai pendapatan lain selain bisnis intinya	1	0	0	1	2	IX
C6	Loyalitas dan kinerja SDM tinggi	6	6	6	4	22	III
C7	RS mempunyai sarana dan prasarana yang memadai	2	4	4	4	14	VII
C8	RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah	8	5	5	5	23	II
C9	RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi	4	5	3	6	18	V
		36	36	36	36	144	

Faktor Strategis Internal yang dipilih sebagai Kekuatan adalah:

- 1) Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik
- 2) RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah
- 3) Loyalitas dan kinerja SDM tinggi
- 4) Citra positif RS
- 5) RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi

Tabel 4.22

Tabulasi Hasil Keputusan Melalui Angket
Faktor Internal Kelemahan
Direktur dan Para Manajer

	Faktor Strategis Kelemahan	Responden				Total	Ranking
		1	2	3	4		
D1	Sumber dana untuk remunerasi terbatas	0	4	1	1	6	IX
D2	Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi	7	2	7	1	17	IV

D3	SIM SDM dan Keuangan belum mendukung remunerasi	3	1	3	3	10	VIII
D4	Kemampuan menerapkan sistem remunerasi masih kurang	5	6	1	4	16	VII
D5	Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi	7	4	5	1	17	V
D6	Sulit merubah dari <i>fee for servis</i> ke <i>fee for performance</i>	1	8	6	5	20	II
D7	Sitem remunerasi dianggap rumit perhitungannya	6	3	2	6	17	VI
D8	Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh	3	3	6	7	19	III
D9	Belum dilakukan peneilaian kinerja sesuai standar remunerasi	4	5	5	8	22	I
		36	36	36	36		

Faktor Strategis Internal yang diperhitungkan sebagai Kelemahan adalah:

- 1) Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi
- 2) Sulit merubah dari *fee for servis* ke *fee for performance*
- 3) Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh
- 4) Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi
- 5) Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi

Setelah terpilih faktor strategis peluang, ancaman, kekuatan, dan kelemahan masing-masing

lima faktor, selanjutnya dibuat perbandingan berpasangan untuk membuat matrik

Tabel 4.23

Kriteria Penilaian, Pembobotan Skor EFAS/IFAS Sistem Remunerasi
Peluang dan Ancaman

Nilai Kriteria

- 1 Faktor A sama penting dengan kriteria /alternatif Faktor B
- 3 Faktor A lebih penting dari pada Faktor B
- 5 Faktor A sangat lebih penting dari Faktor B
- 2,4 Apabila ragu-ragu diantara nilai 1 dengan 3 atau 3 dengan 5

EFAS

B

		O.1	O.2	O.3	O.4	O.5	T.1	T.2	T.3	T.4	T.5		
A	Opportunities	O.1	Meningkatkan kesejahteraan pegawai	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	3.00	2.00
		O.2	<i>Fee for position, performance, for people</i>	1.00	1.00	2.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00
		O.3	Kompensasi finansial lebih kompetitif	0.50	0.55	1.00	2.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00
		O.4	Motivasi untuk meningkatkan kinerja	1.00	0.55	0.55	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	2.00
		O.5	Sistem remunerasi lebih transparan dan lebih adil	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	3.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Threats	T.1	Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS	0.50	1.00	1.00	1.00	0.33	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00
		T.2	Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi	1.00	1.00	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	3.00	2.00	3.00
		T.3	Kebijakan pajak penghasilan	1.00	0.50	0.55	0.50	0.50	0.50	0.33	1.00	1.00	1.00
		T.4	Meningkatnya turn over	0.33	1.00	1.00	1.00	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	2.00
		T.5	Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok	0.50	0.50	1.00	0.50	0.50	0.50	0.33	1.00	0.50	1.00

Dari Tabel 4.23 yang hasilnya berupa matrix dikalikan dengan matrix yang sama, maka hasil perkalian metrik tersebut dapat dilihat pada tabel 4.24.

Tabel 4.24

Hasil Perkalian Matrix Peluang dan Ancaman, dan Bobotnya

O1	O2	O3	O4	O5	T1	T2	T3	T4	T5	Jumlah	Bobot
9.99	12.2	16.1	16.5	10.16	15	12.5	24	20	26	162.39	0.13
10.8	10.2	14.2	15	10.33	14.5	11.8	23	18	23	150.88	0.12
8.88	8.2	10.3	11.1	7.88	11.6	9.54	18.6	14.6	19.1	119.7	0.1
8.66	8.4	11.3	10.2	7.43	11.6	8.92	17.2	15.1	18.7	117.458	0.1
11.7	13.1	16.7	16	9.99	16	13.3	27	23	29	175.72	0.14
8.49	8.93	12	11.8	7.66	9.99	8.48	18.2	14.2	19.7	119.34	0.1
10.7	10.6	14.7	13.5	9.33	12.5	9.98	21	17.5	23	142.77	0.12
5.19	5.41	7.71	6.93	4.88	7.38	5.54	10.1	9.71	11.5	74.3675	0.06
6.41	6.43	9.26	9.33	6.245	8.16	6.82	13.8	9.99	14.2	90.635	0.07

4.75	4.66	6.66	6.83	4.58	6.58	5.24	9.99	8.16	9.99	67.425	0.06
Total										1220.6	1

Tabel 4.25

Hasil Perhitungan Rating Faktor Strategis Peluang dan Ancaman

Kode	Responden			Rata-rata	Rating
	1	2	3		
O1	3	3	4	3.3	3
O2	4	2	4	3.3	3
O3	3	3	4	3.3	3
O4	3	4	4	3.7	4
O5	4	2	4	3.3	3
T1	4	3	3	3.3	3
T2	4	4	3	3.7	4
T3	3	3	3	3	3
T4	4	4	3	3.7	4
T5	3	3	3	3	3

Tabel 4.26

Rangkuman Analisis Faktor Eksternal (External Faktor Analysis Summary/EFAS)

Kode	Faktor Strategis Eksternal	Rating	Bobot	Score
O.1	Meningkatkan kesejahteraan pegawai	3	0.13	0.3991
O.2	<i>Fee for position, performance, for people</i>	3	0.12	0.37081
O.3	Kompensasi finansial lebih kompetitif	3	0.1	0.29418
O.4	Motivasi untuk meningkatkan kinerja	4	0.1	0.38489
O.5	Sistem remunerasi lebih transparan dan lebih adil	3	0.14	0.43186
T.1	Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS	3	0.1	0.29329
T.2	Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi	4	0.12	0.46784
T.3	Kebijakan pajak penghasilan	3	0.06	0.18277
T.4	Meningkatnya turn over	4	0.07	0.297
T.5	Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok	3	0.06	0.16571
Total			1	3.28743

Tabel 27

Kriteria Penilaian, Pembobotan Skor EFAS/IFAS Sistem Remunerasi**Nilai Kriteria**

- 1 Faktor A sama penting dengan kriteria /alternatif Faktor B
- 3 Faktor A lebih penting dari pada Faktor B
- 5 Faktor A sangat lebih penting dari Faktor B
- 2,4 Apabila ragu-ragu diantara nilai 1 dengan 3 atau 3 dengan 5

IFAS				B									
				S.1	S.2	S.3	S.4	S.5	W.1	W.2	W.3	W.4	W.5
A	Strenghts	S.1	Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00	3.00	2.00	3.00	2.00	2.00
		S.2	RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah	0.50	1.00	1.00	1.00	2.00	1.00	3.00	2.00	3.00	2.00

		S.3	Loyalitas dan kinerja SDM tinggi	0.50	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00	1.00	1.00	2.00
		S.4	Citra positif RS	1.00	1.00	0.50	1.00	2.00	1.00	2.00	2.00	1.00	2.00
		S.5	RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi	0.50	0.50	1.00	0.50	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
	Weaknesses	W.1	Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi	0.33	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	2.00	2.00	2.00	2.00
		W.2	Sulit merubah dari <i>fee for servis</i> ke <i>fee for performance</i>	0.50	0.33	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	2.00	1.00	2.00
		W.3	Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh	0.33	0.50	1.00	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	2.00	2.00
		W.4	Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi	0.33	0.33	1.00	1.00	0.50	0.50	1.00	0.50	1.00	2.00
		W.5	Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00

Dari Tabel 4.27 yang hasilnya berupa matrix dikalikan dengan matrix yang sama, maka hasil perkalian metrik tersebut dapat dilihat pada tabel 4.28.

Tabel 4.28

Hasil Perkalian Matrix Peluang dan Ancaman, dan Bobotnya

S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5	Jumlah	Bobot
9.64	14.8	18.5	17.5	19.5	17.5	30.5	30	32	38	227.96	0.18
7.98	9.98	14	13	14	12.5	22	23	23	31	170.46	0.13
6.99	8.99	10	10.5	13	10.5	18.5	19	17	23	137.48	0.11
7.07	9.49	12	10	13	12	19	21	20.5	25	149.06	0.12
5.9	7.82	10.8	10	10	9.5	15.5	16.5	17	23	125.97	0.1
6.48	8.48	11.2	10.8	11.66	9.99	17.7	18	18.7	24.7	137.57	0.11
4.32	5.74	7.58	6.58	7.16	6.83	9.99	11.2	12	15.7	87.01	0.07

4.24	5.74	7.66	7.83	7.41	6.74	11.2	9.99	11.2	15.7	87.58	0.07
4.41	5.65	6.49	7.16	7.57	6.57	10.9	10.7	9.65	14.3	83.365	0.07
3	4.33	5	4.75	5.75	5.25	8.25	8.25	8	10	62.575	0.05
										1269.03	1

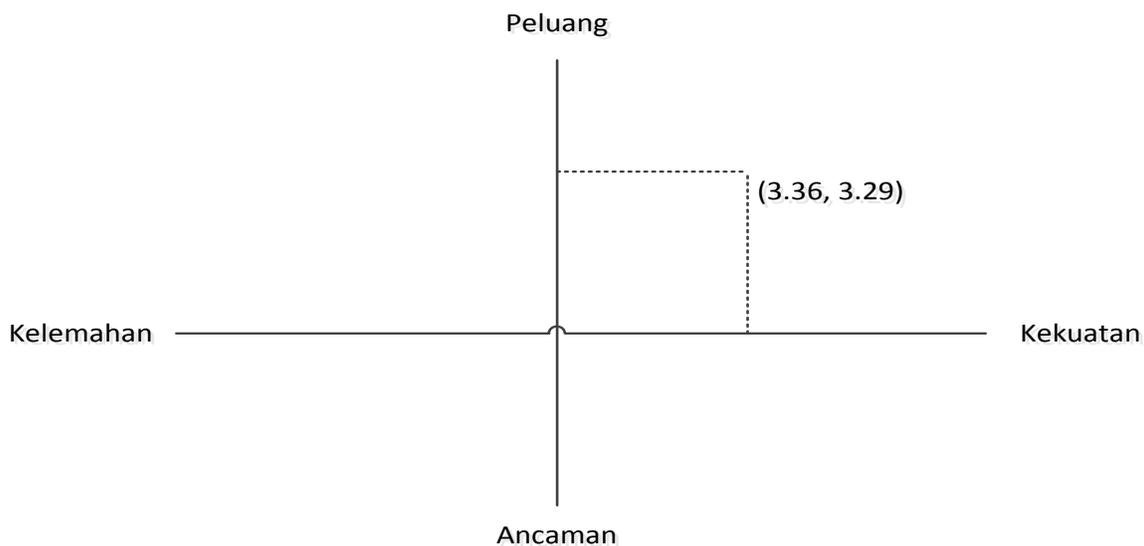
Tabel 4.29
Hasil Perhitungan Rating Faktor Strategis Kekuatan dan Kelemahan

Kode	Responden			Rata-rata	Rating
	1	2	3		
S1	4	3	3	3.3	3
S2	4	4	4	4	4
S3	4	4	4	4	4
S4	4	4	3	3.7	4
S5	4	3	3	3.3	3
W1	4	2	3	3	3
W2	4	2	3	3	3
W3	3	3	3	3	3
W4	4	2	3	3	3
W5	3	3	3	3	3

Tabel 4.30
Rangkuman Analisis Faktor Internal (External Faktor Analysis Summary/IFAS)

Kode	Faktor Strategis Internal	Rating	Bobot	Score
S.1	Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik	3	0.18	0.5389
S.2	RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah	4	0.13	0.53729
S.3	Loyalitas dan kinerja SDM tinggi	4	0.11	0.43334
S.4	Citra positif RS	4	0.12	0.46984
S.5	RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi	3	0.1	0.29779
W.1	Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi	3	0.11	0.32522

W.2	Sulit merubah dari <i>fee for servis</i> ke <i>fee for performance</i>	3	0.07	0.20569
W.3	Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh	3	0.07	0.20704
W.4	Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi	3	0.07	0.19708
W.5	Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi	3	0.05	0.14793
			1	3.36012



Gambar 4.3 Posisi Pilihan Strategi Sistem Remunerasi

Tabel 4.31

Metrix TOWS Sistem Remunerasi Rumah Sakit

IFAS	5 Kekuatan Internal (S) S.1 Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik S.2 RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah S.3 Loyalitas dan kinerja SDM tinggi S.4 Citra positif RS S.5 RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi	5 Kelemahan Internal (W) W.1 Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi W.2 Sulit merubah dari <i>fee for servis</i> ke <i>fee for performance</i> W.3 Belum dilakukan analisis jabatan
	(This cell is empty in the original image)	(This cell is empty in the original image)

		<p>secara menyeluruh</p> <p>W.4 Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi</p> <p>W.5 Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi</p>
<p>EFAS</p> <p>5 Kesempatan (O)</p> <p>O.1 Meningkatkan kesejahteraan pegawai</p> <p>O.2 <i>Fee for position, performance, for people</i></p> <p>O.3 Kompensasi finansial lebih kompetitif</p> <p>O.4 Motivasi untuk meningkatkan kinerja</p> <p>O.5 Sistem remunerasi lebih transparan dan lebih adil</p>	<p>Strategi SO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik, mempunyai nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah, loyalitas dan kinerja SDM tinggi perlu dipertahankan dengan memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif, sistem remunerasi yang lebih transparan, <i>fee for position, performance, dan people</i>, untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai dan memberikan motivasi kerja dan meningkatkan kinerja pegawai (S1, S2, S3 – O3, O5, O2, O1, O4) 2. Citra positif rumah sakit memungkinkan untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit guna membiayai sistem remunerasi yang transparan dan adil, dengan komponen <i>fee for position, performance, dan people</i> sehingga kompensasi finansial lebih kompetitif dalam rangka meningkatkan kesejahteraan pegawai (S4 – O5, O2, O3, O1) 3. Rumah sakit mempunyai kapasitas SDM yang tinggi secara bertahap kapasitas SDM direalisasikan dalam bentuk kompetensi SDM untuk meningkatkan motivasi dan 	<p>Strategi WO:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Perlu dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi sehingga dapat meningkatkan motivasi dan kinerja yang tinggi yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan pegawai (W1-O4, O1) 2. Perlu dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi dan analisis jabatan sehingga dapat memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif, dapat melaksanakan sistem remunerasi yang lebih transparan dan adil dengan komponen <i>fee for position, performance, dan</i>

	meningkatkan kinerja SDM (S4-O4)	<p><i>people</i> (W1, W3 – O3, O5, O2).</p> <p>3. Perlu ada inisiasi perubahan paradigma yang digerakkan oleh Top Management untuk merubah <i>fee for service</i> ke <i>fee for performance</i> agar dapat memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif untuk meningkatkan motivasi dan kinerja pegawai (W2-O3, O4).</p> <p>4. Belum ada kesepakatan untuk menernerasi dan khawatir terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi menjadi kendala untuk menangkap peluang memotivasi pegawai agar berkinerja yang tinggi, dengan memberikan kompensasi finansial yang kompetitif sehingga mereka tidak pindah ke rumah sakit lain. Kendala tersebut perlu dicari solusinya dengan melakukan</p>
--	----------------------------------	---

		<p>benchmarking ke rumah sakit swasta yang sudah berhasil menerapkan remunerasi, bagaimana mereka berhasil meraih kesepakatan untuk menerapkan remunerasi dan bagaimana mereka mengatasi konflik yang terjadi di saat menerapkan remunerasi.</p>
<p>5 Ancaman (T) T.1 Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS T.2 Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi T.3 Kebijakan pajak penghasilan T.4 Meningkatnya turn over T.5 Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok</p>	<p>Strategi ST:</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik dan Citra positif RS dapat dijadikan andalan untuk menarik pasien dan mempertahankan loyalitas pasien, sehingga dengan nilai bersama dan bekerja sebagai ibadah, SDM yang loyal dan berkinerja tinggi dapat mengatasi masalah perbedaan tarif INA-CBGs dan memenuhi tuntutan akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi (S.1 S.4, S2, S3 – T1, T2). 3. RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah dengan loyalitas dan kinerja SDM yang tinggi dapat mengatasi kebijakan pajak penghasilan, turn over, dan meningkatnya harga-harga pokok terkait dengan remunerasi (S2, S3 – T3, T4, T5). 4. RS mempunyai SDM yang loyalitas dan kinerjanya tinggi, kapasitas SDM juga tinggi dapat dikembangkan menjadi kompetensi SDM yang lebih profesional untuk terus 	<p>Strategi WT:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Semua kelemahan rumah sakit terkait dengan sistem remunerasi perlu diperbaiki, dengan merubah paradigma dari <i>fee for service</i> ke <i>fee for performance</i> yang diawali dengan analisis jabatan dan penilaian kinerja dilanjutkan dengan membangun kesepakatan dan mengatasi konflik ketika penerapan sistem remunerasi. Hal tersebut untuk mengatasi berbagai tantangan tuntutan akreditasi untuk berkinerja tinggi dan menurunkan turn over (W2, W3, W1, W4, W5-

	meningkatkan kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS yang lebih baik memenuhi tuntutan akreditasi eksternal rumah sakit agar berkinerja tinggi (S.3, S.5, S1 – T2).	T2, T4).
--	---	----------

Sumber: Hasil Pengolahan Data

BAB IV SIMPULAN DAN SARAN

A. Simpulan

1. Faktor-Faktor Strategis Sistem Casemix: Peluang, Ancaman, Kekuatan, dan Kelemahan.

a. Peluang Pada Sistem Casemix di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Memenuhi hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan
- 2) Meningkatkan kesejahteraan masyarakat melalui pelayanan kesehatan
- 3) Memenuhi hak atas jaminan sosial bagi setiap orang
- 4) Perubahan gaya hidup masyarakat
- 5) Membangun citra positif rumah sakit

b. Ancaman Pada Sistem Casemix di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Peraturan BPJS sering berubah-ubah
- 2) Tuntutan ketepatan klaim BPJS
- 3) Banyak klaim BPJS yang tertunda pembayarannya
- 4) Pengetahuan masyarakat tentang JKN masih rendah
- 5) Banyak rumah sakit di Yogyakarta yang kerjasama dg BPJS

c. Kekuatan Pada Sistem Casemix di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Budaya Kerja & Keteladanan
- 2) Loyalitas Pelanggan
- 3) Kompetensi SDM profesional
- 4) Mempunyai kapasitas Tim Casemix yang solid
- 5) Diferensiasi produk

d. Kelemahan Pada Sistem Casemix di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Banyak variasi tatalaksana medis layanan BPJS
- 2) Kompetensi manajerial kurang
- 3) Antri menunggu dokter lama
- 4) Dokter spesialis sering terlambat
- 5) Ruang perawatan sering penuh

2. Sistem Remunerasi di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping

a. Peluang Sistem Remunerasi di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Meningkatkan kesejahteraan pegawai
- 2) Fee for position, performance, for people
- 3) Kompensasi finansial lebih kompetitif
- 4) Motivasi untuk meningkatkan kinerja
- 5) Sistem remunerasi lebih tranparan dan lebih adil

b. Ancaman Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Tarif INA CBGs cenderung lebih rendah dari pada tarif RS
- 2) Tuntutan standar akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi
- 3) Kebijakan pajak penghasilan
- 4) Meningkatnya turn over
- 5) Meningkatnya harga-harga kebutuhan pokok

c. Kekuatan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik
- 2) RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah
- 3) Loyalitas dan kinerja SDM tinggi
- 4) Citra positif RS
- 5) RS mempunyai kapasitas SDM yang tinggi

d. Kelemahan Pada Sistem Remunerasi di Rumah Sakit PKUM Gamping

- 1) Belum dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi
- 2) Sulit merubah dari *fee for servis* ke *fee for performance*
- 3) Belum dilakukan analisis jabatan secara menyeluruh

- 4) Belum ada kesepakatan untuk menerapkan remunerasi
 - 5) Kekhawatiran terjadi konflik ketika menerapkan remunerasi
2. Formulasi strategi sistem casemix dan remunerasi di RS PKU M Gamping

a. Strategi Pilihan Utama Sistem Casemix:

Menggunakan kekuatan untuk menangkap peluang (Strategi SO):

- 1) Budaya kerja dan keteladanan, kompetensi SDM profesional, dan mewujudkan kapasitas Tim Casemix yang solid untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka berpartisipasi untuk memenuhi hak sosial setiap orang dan hak memperoleh pelayanan kesehatan sehingga kesejahteraan masyarakat meningkat. Hal tersebut akan berdampak pada citra positif untuk rumah sakit, sehingga loyalitas pelanggan pun semakin tinggi (S1, S3, S4 - O1, O2, O3, O5).
- 2) Perubahan gaya hidup masyarakat mempunyai dampak negatif terhadap kesehatan, sehingga rumah sakit dapat melakukan diferensi produk pelayanannya dengan menyediakan pelayanan yang lebih menarik yang dibutuhkan masyarakat. Masyarakat yang mampu dapat naik kelas ke kelas yang lebih tinggi dengan tambahan biaya (S5 – O4).
- 3) Semua kekuatan internal dapat dimanfaatkan untuk membangun citra positif rumah sakit. Citra positif rumah sakit mempunyai daya tarik yang tinggi bagi masyarakat, sehingga dapat meningkatkan BOR rumah sakit. (S1,S2,S3, S4, S5- O5)

Strategi Pilihan Utama Pada Sistem Remunerasi (Strategi Offensive/Proaktif/S - O):

- 1) Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS baik, mempunyai nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah, loyalitas dan kinerja SDM tinggi perlu dipertahankan dengan memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif, sistem remunerasi yang lebih transparan, *fee for position*, *performance*, dan *people*, untuk meningkatkan kesejahteraan pegawai dan memberikan motivasi kerja dan meningkatkan kinerja pegawai (S1, S2, S3 – O3, O5, O2, O1, O4)
- 2) Citra positif rumah sakit memungkinkan untuk meningkatkan pendapatan rumah sakit guna membiayai sistem remunerasi yang transparan dan adil, dengan komponen *fee for position*, *performance*, dan *people* sehingga kompensasi finansial lebih kompetitif dalam rangka meningkatkan kesejahteraan pegawai (S4 – O5, O2, O3, O1)
- 3) Rumah sakit mempunyai kapasitas SDM yang tinggi secara bertahap kapasitas SDM direalisasikan dalam bentuk kompetensi SDM untuk meningkatkan motivasi dan meningkatkan kinerja SDM (S4-O4)

B. Saran

Hasil penelitian ini menghasilkan strategi utama maupun strategi alternatif yang dapat dimanfaatkan untuk mengembangkan Sistem Casemix dan Remunerasi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping ke depan. Faktor-faktor strategis peluang, ancaman, kekuatan dan kelemahannya dari hasil keputusan pilihan para ahli di bidangnya (*Expert Judgement*) dalam menentukan prioritas, bobot dan rating, sehingga ketika data diolah

menghasilkan pilihan strategi, baik strategi utama maupun strategi alternatif yang disarankan untuk menjadi masukan dan pertimbangan dalam pembuatan kebijakan rumah sakit terkait dengan sistem casemix dan remunerasi.

Peluang eksternal, citra positif perlu diraih dan dipertahankan dengan kekuatan internal yang dimiliki rumah sakit, dengan tetap berupaya memperbaiki kelemahan internal dan mengantisipasi dan mengatasi ancaman eksternal.

Adapun strategi alternatif yang disarankan adalah:

1 Strategi Alternatif Sistem Casemix

a. Strategi Alternatif 1 Sistem Casemix (Difersivikasi/Mencari Terobosan/S - T):

- 1) Budaya kerja dan keteladanan, kompetensi SDM profesional, dan mewujudkan kapasitas Tim Casemix yang solid untuk memberikan pelayanan kepada masyarakat dalam rangka berpartisipasi untuk memenuhi hak sosial setiap orang dan hak memperoleh pelayanan kesehatan sehingga kesejahteraan masyarakat meningkat. Hal tersebut akan berdampak pada citra positif untuk rumah sakit, sehingga loyalitas pelanggan pun semakin tinggi (S1, S3, S4 - O1, O2, O3, dan O5).
- 2) Perubahan gaya hidup masyarakat mempunyai dampak negatif terhadap kesehatan, sehingga rumah sakit dapat melakukan diferensi produk pelayanannya dengan menyediakan pelayanan yang lebih menarik yang dibutuhkan masyarakat. Masyarakat yang mampu dapat naik kelas ke kelas yang lebih tinggi dengan tambahan biaya (S5 – O4).

- 3) Semua kekuatan internal dapat dimanfaatkan untuk membangun citra positif rumah sakit. Citra positif rumah sakit mempunyai daya tarik yang tinggi bagi masyarakat, sehingga dapat meningkatkan BOR rumah sakit (S1,S2,S3, S4, dan S5 - O5).

b. Strategi Alternatif 2 Sistem Casemix (Turn Around/Pembenahan/W - O):

- 1) Diupayakan agar tatalaksana medis tidak bervariasi karena tarif INA-CBGs adalah tarif paket yang sudah fix (W1/. Ketika pembayaran klaim BPJS lancar maka rumah sakit dapat memberikan pelayanan pasien BPJS dengan lebih baik dalam rangka memenuhi hak sosial setiap orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan meningkatkan kesejahteraan mereka (O1, O2, dan O3).
- 2) Meningkatkan kompetensi manajerial untuk dapat memberikan pelayanan yang efektif, efisien, dan aman dapat membangun citra positif rumah sakit (W2 – O5).
- 3) Perlu dicari cara misalnya mendaftarkan diri pasien secara *online* sehingga tidak perlu lama menunggu dokter. Keterlambatan dokter karena dokter praktek di tempat lain perlu dibahas dengan dokter spesialis yang bersangkutan. Jika memungkinkan rumah sakit menambah ruang cadangan untuk mengatasi ketika ada pasien ternyata ruangan penuh. Jika kelemahan ini dapat diatasi diharapkan dapat menangkap peluang (W3, W4, W 5 -O1, O2, O3 dan O5).

c. Strategi Alternatif 3 Sistem Casemix (Devensive/Rekatif/W - T)

- 1) Menghilangkan variasi tatalaksana medis pasien BPJS sehingga klaim ke BPJS tepat dan tidak banyak klaim yang tertunda pembayarannya (W1-T2, T3).
- 2) Kompetensi manajerial kurang perlu diperbaiki, Antri menunggu dokter lama perlu dicari cara untuk mengurangi lamanya antrian, membicarakan hal itu dengan dokter spesialis yang sering terlambat, dan menambah/mengatur ruangan untuk cadangan perawatan pasien, sehingga dapatruang perawatan pasienngan ruang perawatan. Hal itu sangat penting agar pasien tidak pindah ke rumah sakit lain yang bekerja sama dengan BPJS (W2, W3, W4, W5 – T5)

2 Strategi Alternatif Sistem Remunerasi

a. Strategi Alternatif 1 Sistem Remunerasi (Difersifikasi/Mencari Terobosan/S - T)

- 1) Kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS yang baik dan Citra positif RS dapat dijadikan andalan untuk menarik pasien dan mempertahankan loyalitas pasien, sehingga dengan nilai bersama dan bekerja sebagai ibadah, SDM yang loyal dan berkinerja tinggi dapat mengatasi masalah perbedaan tarif INA-CBGs dan memenuhi tuntutan akreditasi eksternal untuk berkinerja tinggi (S.1 S.4, S2, S3 – T1, T2).
- 2) RS punya nilai bersama dan budaya bekerja sebagai ibadah dengan loyalitas dan kinerja SDM yang tinggi dapat mengatasi kebijakan pajak penghasilan, *turn over*, dan meningkatnya harga-harga pokok terkait dengan remunerasi (S2, S3 – T3, T4, T5).

- 3) RS mempunyai SDM yang loyalitas dan kinerjanya tinggi, kapasitas SDM juga tinggi dapat dikembangkan menjadi kompetensi SDM yang lebih profesional untuk terus meningkatkan kinerja pelayanan dan keselamatan pasien RS yang lebih baik memenuhi tuntutan akreditasi eksternal rumah sakit agar berkinerja tinggi (S.3, S.5, S1 – T2).

b. Strategi Alternatif 2 Sistem Remunerasi (Turn Around/Pembenahan/W - O)

- 1) Perlu dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi sehingga dapat meningkatkan motivasi dan kinerja yang tinggi yang berdampak pada peningkatan kesejahteraan pegawai (W1-O4, O1)
- 2) Perlu dilakukan penilaian kinerja sesuai standar remunerasi dan analisis jabatan sehingga dapat memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif, dapat melaksanakan sistem remunerasi yang lebih transparan dan adil dengan komponen *fee for position*, *performance*, dan *people* (W1, W3 – O3, O5, O2).
- 3) Perlu ada inisiasi perubahan paradigma yang digerakkan oleh Top Management untuk merubah *fee for service* ke *fee for performance* agar dapat memberikan kompensasi finansial yang lebih kompetitif untuk meningkatkan motivasi dan kinerja pegawai (W2-O3, O4).

c. Alternatif 3 Sistem Remunerasi (Deensive/Reaktif/W - T)

- 1) Menghilangkan variasi tatalaksana medis pasien BPJS sehingga klaim ke BPJS tepat dan tidak banyak klaim yang tertunda pembayarannya (W1-T2, T3).

- 2) Kompetensi manajerial yang kurang perlu diperbaiki, antri menunggu dokter lama perlu dicari cara untuk mengurangi lamanya antrian, membicarakan hal itu dengan dokter spesialis yang sering terlambat, dan menambah/mengatur ruangan untuk cadangan perawatan pasien, untuk mengantisipasi kalau ruang perawatan penuh. Hal itu sangat penting agar pasien tidak pindah ke rumah sakit lain yang bekerja sama dengan BPJS (W2, W3, W4, W5 – T5).

Selain saran untuk kebijakan, disarankan juga untuk penelitian selanjutnya adalah merumuskan perencanaan implementasi strategi baik untuk Sistem Casemix maupun Sistem Remunerasi dengan bekerja sama dengan Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Gamping dengan metode action research.

DAFTAR PUSTAKA

Agus Sasono Adi, 2012, Formulasi Strategi Pengembangan Mutu Pendidikan Dalam Upaya Peningkatan Daya Saing SMP Negeri 1 Sepatan Tangerang, Thesis Magister Manajemen Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Muhammadiyah Jakarta.

- Aljunid, Syed Mohamed, et al. 2014. *Sistem Casemix Untuk Pemula: Konsep dan Aplikasi Untuk Negara Berkembang (Penerapan di Indonesia)*, Penerjemah Eko Prasetyo, Malaysia: Pusat Antar Bangsa Casemix dan Pengkodean Klinikal UKM
- Buchan, James, Marc Thompson, Fiona O'May. 2000. Health workforce incentive and remuneration – A research review – *Issues in health services delivery, Discussion paper No. 4*, WHO/EIP/OSD/00.14, General Evidence and Information for Policy, Geneva, Department of Organization of Health Services Delivery World Health Organization.
- Burhan Bungin, 2009, *Penelitian Kualitatif: Komunikasi, Ekonomi, Kebijakan Publik, dan Ilmu Sosial Lainnya*, Jakarta: Kencana.
- Dessler Gary. 2008. *Human Resource Management*, Eleven Edition, New Jersey, Pearson Education, Inc.
- D. Fehringer, "Six Steps to Better SWOTs," *Competitive Intelligence Magazine* (January–February, 2007).
- Department of Health, State of Western Australia. 2011. *Clinical Casemix Handbook 2011-2012*.
- Djoni Darmadjaja dan Harry Triyanto, 2015, Materi Seminar dan Workshop Remunerasi Staf Rumah Rumah Sakit, di Rumah Sakit PKU Yogyakarta 2, 26 -27 September 2016.
- J. Choi, D. Lovallo, and A. Tarasova, "Better Strategy for Business Units: A McKinsey Global Survey," *McKinsey Quarterly Online* (July 2007).
- Porter, M.E., 1996, "What is Strategy", *Harvard Business Review*, Nov-Dec.
- Rotter T, Kinsman L, James EL, Machotta A, Gothe H, Willis J, Snow P, Kugler J. 2010. Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs, The Cochrane Collaboration, John Wiley & Sons, Ltd.
<http://www.cochranelibrary.com/>
- Sugiono, 2009, *Metode Penelitian Bisnis*, Cetakan ke 3, Jakarta: Alfabeta
- The New Zealand Casemix Project Group. 2015. *The New Zealand Casemix System – An Overview*
- RSHS (Rumah Sakit Dr. Hasan Sadikin Bandung), *Penyusunan E-Grading Pegawai Negeri Sipil di Lingkungan Rumah Sakit*.

Rokx, Claudia, George Schieber, Pandu Harimurti, Ajay Tandon, Aparnaa Somanathan. 2009. *Health Financing in Indonesia, A Reform Road Map*

Tim Pembina Remunerasi Ditjen Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan RI,
Kebijakan Remunerasi Blu RS/Balai Ditjen Bina Upaya Kesehatan
United Nations University International Institute for Global Health (UNU-IIGH), Unual
Report 2012

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

Undang-Undang dan Peraturan:

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial
Nasional

BKN.2013. Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara No.1 tahun 2013 Tentang
Ketentuan Pelaksanaan Peraturan Pemerintah Nomor 46 Tahun 2011 Tentang
Penilaian Prestasi Kerja Pegawai Negeri Sipil Peraturan Kepala Badan Kepegawaian.

Peraturan Presiden Republik Indonesia, Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan
Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional

Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem
Indonesia Case Base Groups (INA=CBGs), halaman 6

Peraturan Menteri Kesehatan (PMK) No. 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan
Kesehatan Dalam Program Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan.

Peraturan Pemerintah Republik Indonesia (PP), No. 23 Tahun 2005 Tentang Pengelolaan
Keuangan Badan Layanan Umum.

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PM Kes) Nomor 18 Tahun 2014 Tentang
Pedoman Penyusunan Sistem Remunerasi Pegawai Balai Kesehatan Di Lingkungan
Direktorat Jenderal Bina Upaya Kesehatan Kementerian Kesehatan Yang
Menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum

Peraturan Kepala Badan Kepegawaian Negara Nomor 21 Tahun 2011 Tentang Pedoman Pelaksanaan Evaluasi Jabatan Pegawai Negeri Sipil.

Internet:

Kalsum Komaryani. 2015. *National Casemix Center*, Kementerian Kesehatan RI,
<http://www.slideshare.net/joemanto/materi-2-national-casemix-center-kemenkes-ri>

Minor, Allen C. 2013. Compensation as a Construct for Employee Motivation in Healthcare, *American Journal of Management* vol. 13(1) 2013, pp 108 - 111, http://www.na-businesspress.com/AJM/MinorAC_Web13_1_.pdf

The World Health Report (WHO) 2013, *Research for Universal Health Coverage*,
[http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage\(9789240690837_eng\).pdf](http://www.searo.who.int/indonesia/documents/research-for-universal-health-coverage(9789240690837_eng).pdf)

Tim Coding National Case-Mix Center,
http://bppsdmk.depkes.go.id/ckfinder/userfiles/files/KODING_INACBG.pdf

<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/Peer-Reviewed-Publications/HealthFinancinginIndonesiaAReformRoadMap2009.pdf>

http://www.bpjsketenagakerjaan.go.id/assets/uploads/tiny_mce/PERATURAN/09012015_101207_uu_24_11_bpjs.pdf

WHO, *Universal Health Coverage And Private Hospitals Are Not Mutually Exclusive*
<http://www.theguardian.com/global-development/2015/may/18/universal-health-coverage-private-sector-world-health-organisation>

PERMEN PAN & RB . 2011. Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi No. 34 Tahun 2011 Tentang Pedoman Evaluasi Jabatan.
<http://www.menpan.go.id/jdih/permen-kepmen/permenpan-rb/file/369-permenpan-2011-no-034-lampiran>