

ANALISIS LINGKUNGAN RUMAH SAKIT UMUM BETHESDA SERUKAM KALIMANTAN BARAT SEBAGAI DASAR PEMILIHAN STRATEGI DALAM MENGHADAPI SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL

ANALYSIS OF WEST BORNEO BETHESDA GENERAL HOSPITAL AS A BASIC STRATEGIC APPROACH TOWARD UNIVERSAL HEALTH COVERAGE

Theresia Tatie Marksri¹, Laksono Trisnantoro², Niluh P E Andayani³

¹Mahasiswa Magister Manajemen Rumahsakit Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

²Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

³Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Universal Health Coverage known as Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) started at 1st January 2014 managed by the Social Security Administrative Bodies (BPJS). Bethesda General Hospital is a class C hospital that located in Bengkayang Regency, West Borneo. This hospital does not have any strategic plan which requires an analysis to map the issues needed to join in JKN system. The analysis can become a recommendation for the hospital strategic plan.

Objective: To describe the analysis of the health insurance for patient service unit in the hospital and giving a recommendation for the hospital strategic planning.

Method: The study design is a case study with a single-case embedded design. The informant are Head Regency, Health Office, Hospital Directors of other hospital, Bethesda General Hospital worker, Bethesda Serukam Foundation and World Venture Mission. The data taken from observation, in-depth interview, FGD and secondary data.

Result: The hospital has the opportunities that come from government support, cooperation with other surrounding hospital which helped the hospital to gain a good reputation and many patients with UHC. The threats are the unclear of UHC socialization, and market competition with other surrounding hospitals and hospital tendency to accept severe diagnosis. The hospital strengths are equity service in organization culture, teamwork and support from mission/donor. The weaknesses are lack of quality and budget control, no clinical pathway, the health information system is not running well, lack of human resources and competence, also unclear organization structure.

Conclusion and recommendation: The SWOT resulted from hospital environment helps to formulate the strategy toward universal health coverage. The general strategic suggested is the growth strategy in healthcare services.

Key words: Hospital analysis, strategic planning, UHC.

ABSTRAK

Latar belakang: Sistem Jaminan Sosial Nasional mulai diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), sejak 01 Januari 2014. RSUD Bethesda Serukam adalah RS kelas C, terletak di Kabupaten Bengkayang, Kalimantan

Barat. RSUD belum memiliki rencana strategis. Dibutuhkan suatu analisis lingkungan yang dapat memetakan isu-isu yang akan dihadapi RS dalam menyambut era BPJS.

Tujuan: Mendeskripsikan dan menganalisis situasi lingkungan unit pelayanan pasien Askes dan Jamkesmas RSUBS, serta memberikan rekomendasi strategi untuk penyusunan rencana strategi.

Metode: Jenis penelitian adalah studi kasus dengan desain kasus tunggal terjal. Responden penelitian adalah Bupati Bengkayang, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkayang, Direktur RS sekitar RSUBS, pejabat struktural dan fungsional RSUBS, perwakilan Yayasan Bethesda dan misi *World Venture*. Sumber data dari observasi, wawancara mendalam dan pedoman diskusi kelompok terarah serta data sekunder rumah sakit.

Hasil dan pembahasan: Peluang RSUBS adalah dukungan pemerintah kabupaten, kerjasama dengan RS sekitar, nama RS yang sudah dikenal baik dan banyak pasien berobat dengan JKN. Ancamannya adalah sosialisasi pelayanan JKN yang belum jelas, serta persaingan dengan RS sekitar serta kecenderungan RS menerima pasien sulit. Kekuatan RSUBS adalah budaya RS yang tidak membedakan pelayanan, kerjasama tim dan dukungan donatur misi. Kelemahannya adalah kurangnya kendali mutu dan biaya, belum ada *clinical pathway*, SIRS belum berjalan baik, kurangnya SDM dan struktur organisasi yang tidak jelas.

Kesimpulan dan saran: Analisis lingkungan rumah sakit menghasilkan kekuatan, kelemahan, peluang dan ancaman untuk formulasi strategi dalam menghadapi SJSN. Strategi umum yang tepat untuk RSUBS dalam menghadapi perubahan SJSN adalah strategi pertumbuhan dalam kegiatan pelayanan kesehatan.

Kata kunci: analisis lingkungan rumah sakit, rencana strategi, JKN.

PENGANTAR

Sistem pembiayaan pemberi pelayanan kesehatan di Indonesia, sejak 01 Januari 2014 mulai menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara Jaminan

Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan). Hal ini tercantum dalam UU RI No. 24/2011¹, yang lebih diperjelas dalam Peraturan Pemerintah RI No. 101/2012² dan Peraturan Presiden RI No. 12/2013³.

Perubahan sistem pelayanan seperti ini bukan merupakan hal baru lagi di dunia kesehatan global. Sistem pelayanan kesehatan semesta sudah diberlakukan di banyak negara di dunia, termasuk negara-negara di Asia Tenggara. Salah satunya di Thailand dan dikenal dengan nama *Universal Coverage* (UC) yang sudah dimulai sejak tahun 2001, dengan skema setiap pasien yang berobat membayar 30 Baht. Setiap penduduk yang terdaftar dalam program ini mendapat satu kartu yang memberikan hak kepada penduduk tersebut untuk mendapatkan pelayanan kesehatan di daerah sekitar tempat tinggalnya. Orang lanjut usia, anak-anak dan orang miskin menerima kartu registrasi versi berbeda dan tidak membayar apapun. Pada tahun 2001, program ini melayani 40% populasi penduduk kemudian berkembang menjadi 95.5% dari total penduduk Thailand ditahun 2004⁴.

Kemajuan yang pesat dari perkembangan UC di Thailand didukung oleh komitmen politik yang kuat untuk mendukung masyarakat miskin dan perkembangan daerah-daerah terpencil. Hal ini menghasilkan perpindahan pembiayaan kesehatan dari perkotaan ke peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah-daerah terpencil. Hal ini kemudian menyebabkan fasilitas pelayanan kesehatan di daerah berfungsi baik dan meningkat utilitasnya⁵.

Dalam penelitian mengenai pelaksanaan program UHC di Korea Selatan, Anderson⁶ menemukan bahwa program ini dimulai tahun 1976 oleh pemerintah dengan berdasarkan tiga prinsip, yaitu 1) Wajib. Program ini wajib dilaksanakan oleh seluruh pemberi pelayanan kesehatan karena telah ditetapkan oleh undang-undang, 2) Tingkatan kontribusi masyarakat didasarkan pada pendapatan perseorangan. Jadi penduduk dengan pendapatan tinggi akan memberikan kontribusi yang tinggi juga, dan 3) Tingkat keuntungan yang didapat dari program ini tidak tergantung kepada tingkat kontribusi yang telah diberikan. Program ini kemudian dilakukan lewat inisiatif sektor swasta dan asuransi kesehatan yang awalnya dari 10% penduduk di tahun 1976, kemudian pada tahun 1988 mencakup seluruh penduduk Korea Selatan. Di tahun 1988, asuransi dari sektor swasta mencakup 90% dari keseluruhan populasi penduduk dan 10% berasal dari pemerintah Korea untuk penduduk yang tidak mampu membayar asuransi swasta⁶.

Perkembangan sistem jaminan kesehatan di Indonesia sendiri dimulai pada tahun 2004 sejak PT Askes (Persero) ditunjuk sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan Bagi Masyarakat

Miskin (PJKMM) dan bertugas mengelola kepesertaan serta pelayanan kesehatan dasar dan rujukan. Program ini pada tahun 2008 berubah nama menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). UU No. 40/2004⁷ menunjuk PT Askes sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, kemudian dipertegas dalam pasal 60 ayat (1) UU BPJS yang menentukan bahwa BPJS Kesehatan mulai beroperasi menyelenggarakan program jaminan kesehatan pada tanggal 1 Januari 2014⁸.

Menurut Gondodiputro dan Djuhaeni⁹, sistem jaminan kesehatan dengan *universal coverage* baru bisa berjalan apabila sudah ada kerjasama yang baik antara tiga pelaku utama yaitu Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK), pihak ketiga dan masyarakat. PPK dalam hal ini yang menjadi sumber penelitian adalah RS Umum Bethesda Serukam (RSUBS) yang berada di Kabupaten Bengkayang, Kalimantan Barat. RS yang telah berdiri hampir 40 tahun ini belum memiliki rencana strategi RS. Pelayanan kepada pasien berdasarkan kerjasama dengan pihak asuransi dimulai sejak tahun 2008. 20% pasien yang berobat ke RS ini menggunakan sistem jaminan kesehatan, baik itu lewat Asuransi Kesehatan Wajib (AW) ataupun lewat Jaminan Kesehatan Masyarakat (JKM). Dibutuhkan suatu analisis lingkungan yang dapat memetakan isu-isu yang akan dihadapi rumah sakit dalam menyambut era JKN.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian studi kasus dengan desain kasus tunggal terjal. Penelitian dilaksanakan bulan Oktober-Desember 2013. Responden penelitian ini adalah Bupati Bengkayang, Kepala Dinas Kesehatan Kabupaten Bengkayang, Direktur dari 3 RS lain, Direksi RSUBS dan pejabat struktural serta fungsional RS yg diteliti, serta perwakilan Yayasan Bethesda Serukam dan misi donor. Cara penentuan sampel/responden dilakukan dengan metode *purposive sampling*. Pengambilan informasi dilakukan melalui wawancara mendalam dan FGD.

Instrumen yang digunakan adalah pedoman observasi, pedoman wawancara mendalam, pedoman diskusi kelompok terarah. Instrumen pendukung lain adalah format observasi dan format pengumpulan data sekunder. Observasi dilakukan pada aktifitas pra-selama-paska pelayanan dan di subbagian Elektronik Dan Peralatan (EDP). Wawancara mendalam dilakukan pada *stakeholder* eksternal, RS pesaing, bagian keuangan, SDM, subbagian EDP dan *stakeholder* internal. Diskusi terarah dilakukan pada budaya organisasi dan SDM. Untuk data sekunder didapat dari data keuangan Kabupaten Bengkayang, data

kondisi kesehatan penduduk dari Dinas Kesehatan, data perijinan RS, data pelayanan pasien dengan asuransi di RS, laporan keuangan dan data kepegawaian RS. Cara analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah penggunaan logika penjadwalan pola.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Identifikasi Lingkungan Eksternal

a. Dukungan Stakeholder Eksternal

Jaminan kesehatan yang ada di Kabupaten Bengkayang dalam bentuk AW, JKM dan juga Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda/JKD). JKD dimaksudkan untuk menjangkau masyarakat yang miskin namun tidak memiliki kartu JKM. Dukungan yang diberikan Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan Kabupaten kepada RSUBS dalam bentuk luncheon dana, peralatan medis dan non-medis maupun kemudahan perijinan. Namun, sampai akhir tahun 2013 belum ada peraturan atau pedoman pelaksanaan JKN yang sampai ke Dinas Kesehatan, sehingga Dinas Kesehatan belum mensosialisasikan pelaksanaan sistem rujukan yang benar. Walaupun demikian Dinas Kesehatan berkomitmen siap mendukung pelaksanaannya. Hal lain yang ditemukan adalah tidak ada perencanaan RSUBS yang terintegrasi dengan perencanaan pembangunan kesehatan daerah Bengkayang. Belum ada sistem *lobbying* yang sistematis setiap tahunnya. Sehingga bantuan yang diberikan belum memenuhi kebutuhan rumah sakit yang sebenarnya.

Utarini, seperti disitasi oleh Koentjoro¹⁰, menyatakan bahwa peran pemerintah sebagai regulator bertujuan untuk menjamin bahwa sarana penyedia pelayanan kesehatan disuatu wilayah memberikan pelayanan yang bermutu. Dalam hal ini, dibutuhkan dukungan pemerintah dalam menerjemahkan peraturan menjadi suatu program yang diimplementasikan secara efektif¹¹.

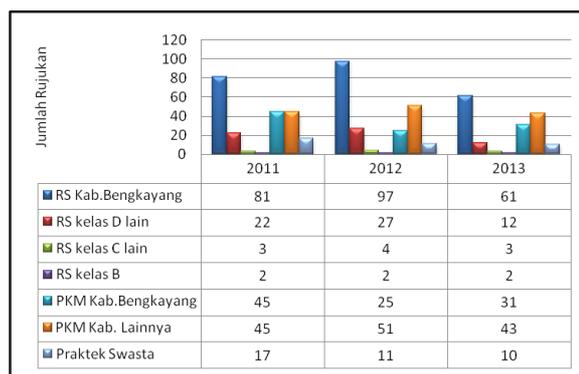
b. Rumah Sakit Pesaing

Di Kabupaten Bengkayang hanya ada 1 RSUD

(kelas D) dan di Kota Singkawang ada 2 RS (kelas B dan D) yang sering menjalin kerjasama dengan RS ini. Kerjasama yang dilakukan antara pemberi pelayanan kesehatan, seperti *Public Private Partnership* (PPP), menurut Barrows¹² memerlukan manajemen komunikasi yang baik. Kerjasama yang terjalin selama ini terjalin cukup baik, dalam bentuk rujukan pasien ataupun pemeriksaan penunjang diagnosis dan ekspertisi foto. Jumlah rujukan pasien yang masuk ke RSUBS dapat dilihat dalam Gambar 1.

c. Tuntutan Regulasi

Untuk dapat menjalin kerjasama dengan BPJS, RSUBS harus memenuhi persyaratan yang diberikan BPJS. Salah satunya adalah RS harus lulus akreditasi dan memenuhi ketentuan kredensialing. Ketentuan yang lain adalah fasilitas dan kemampuan pelayanan medik RS harus sesuai dengan Permenkes RI No. 34/2010¹³. RS ini belum memenuhi standar ketenagaan khususnya tenaga dokter dan dokter spesialis.



Sumber: Data yang diolah dari Rekam Medis RSUBS, 2013

Gambar 1. Asal Rujukan Pasien ke RSUBS Tahun 2011-2013

2. Identifikasi Lingkungan Internal

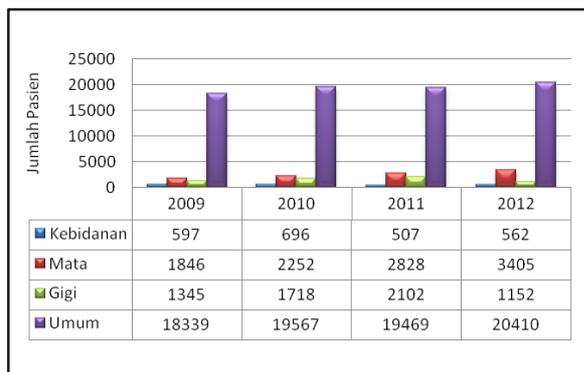
a. Aktifitas Pelayanan

Pelayanan yang diberikan dapat dilihat dari tabel kinerja pelayanan RSUBS dibawah ini.

Tabel 1. Kinerja Pelayanan RSUBS Tahun 2007 – 2012

Indikator Rumah Sakit	2007	2008	2009	2010	2011	2012
AW Rawat Jalan	-	1387	1624	2137	2143	2218
AW Rawat Inap	-	100	148	242	249	351
JKM Rawat Jalan	-	4412	3095	3791	4127	4414
JKM Rawat Inap	-	1102	786	1115	1302	1443
Reguler Rawat Jalan	18441	13544	21388	23308	24344	24795
Reguler Rawat Inap	3611	2335	2897	2690	3773	4873
Total Pasien Rawat Jalan	18441	19343	26107	29236	30614	31427
Total Pasien Rawat Inap	3611	3537	3831	4047	5324	6667
B O R (%)	70.0	62.8	67.1	56.3	60.3	65.4
AvL O S (hari)	4.8	4.5	4.3	4.5	3.0	3.0
T O I (hari)	2.5	3.1	2.6	4.0	3.0	2.0

Sumber: Data yang diolah dari Rekam Medis RSUBS, 2013



Sumber: Rekam Medis RSUBS, 2013

Gambar 2. Pelayanan Poliklinik RSUBS Tahun 2009-2012

Budaya Organisasi

Budaya organisasi RS misi menjadi suatu kekuatan yang membuat RSUBS tetap bertahan selama ini. Budaya kontrol (hirarki)¹⁴ yang dimiliki RSUBS dapat digambarkan sebagai berikut: 1) memiliki kesatuan visi dan misi yaitu untuk melayani masyarakat pedalaman, 2) memberikan pelayanan kesehatan tanpa membeda-bedakan kelas, 3) pengambilan keputusan secara *top-down level*, dan 4) sistem kekeluargaan yang melekat erat.

c. Keuangan

RSUBS mengalami krisis keuangan diakhir tahun 2012, karena klaim pelayanan pasien dengan jaminan kesehatan yang tidak sesuai dengan biaya rumah sakit. Juga karena pengeluaran yang banyak dan tidak sesuai dengan perencanaan. Penyusunan laporan keuangan yang tidak terkoordinasi secara struktural. Namun hal ini kemudian bisa teratasi setelah penggantian pimpinan sementara.

Theptarin Hospital di Bangkok juga mengalami krisis ekonomi di tahun 1997. Menurut Kantabutra¹⁵, beberapa hal yang membuat Theptarin Hospital bisa keluar dari krisis ekonomi adalah karena kerjasama tim dan budaya yang kuat. Hal lain yang mendukungnya adalah rasa tanggung jawab yang tinggi, mutu pelayanan yang tinggi serta hubungan kerja antar karyawan yang telah terbina untuk jangka waktu yang lama.

Dalam menghadapi sistem pembiayaan kesehatan yang baru, RSUBS akan tetap menghadapi krisis ekonomi jika tidak melakukan perbaikan manajemen keuangan. Keberhasilan dari suatu proses pembiayaan kesehatan bergantung kepada: pengumpulan *revenue*, manajemen sumber daya dan aktifitas pelayanan dan intervensinya¹⁶.

d. Sumber Daya Manusia (SDM)

RSUBS mengalami kekurangan SDM dalam jumlah dan kualitas. Hal ini diakibatkan oleh tingginya angka *turn-over* terutama pada pegawai yang muda, serta manajemen yang masih belum bisa merangkul seluruh karyawannya untuk menyamakan visi-misi pribadi dan visi-misi organisasi. Masalah yang lain adalah sulitnya ijin tenaga asing yang ingin melakukan pelayanan kesehatan di daerah pedalaman Indonesia.

e. Sistem Informasi dan Teknologi

Sistem informasi klinik, administrasi (administrasi, billing, farmasi dan penggajian) dan manajemen (manajemen pelayanan, keuangan dan pemasaran) belum berjalan dengan baik. Hal ini diakibatkan karena tidak ada koordinasi yang baik, sistem komputer yang masih berantakan, tidak terintegrasi dan kurangnya tenaga yang tersedia untuk mengumpulkan data.

f. Dukungan Stakeholder Internal

Kerjasama yang dilakukan antara Yayasan Bethesda Serukam dengan misi donor berupa misi donor memberikan dukungan dalam bentuk tenaga dan sarana, kemudian yayasan menyelesaikan segala hal yang berhubungan dengan birokrasi pemerintahan dan memenuhi persyaratan rumah sakit lainnya. Perjanjian kerjasama ini masih akan terus berjalan apabila antara kedua belah pihak masih memiliki visi dan misi yang sama.

Pemberi donor akan lebih tertarik memberikan bantuan kepada organisasi yang memiliki laporan, audit keuangan yang baik. Demikian juga apabila organisasi tersebut memiliki reputasi yang baik di masyarakat¹⁸.

Rumah sakit swasta *non-profit* yang berbasis keagamaan, terutama Kristiani, sudah tergolong jarang di Indonesia. RS seperti ini juga akan mengalami kesulitan untuk kendali biaya pada pasien dengan jaminan kesehatan karena perbedaan biaya klaim. Namun, keuangan rumah sakit dapat ditanggulangi dengan adanya pelayanan pasien reguler dan penjualan obat. Kemudian yang paling penting adalah perlunya dukungan dari donatur dana kemanusiaan¹⁷.

3. Analisis SWOT RSUBS

Kekuatan terdiri dari: 1) Pelayanan kepada pasien tanpa membeda-bedakan, 2) Kerjasama dan komunikasi yang baik didalam unit pelayanan rumah sakit, dan 3) Adanya kerjasama dengan donatur.

Kelemahan terdiri dari: 1) Belum ada kendali mutu dan kendali biaya untuk pasien dengan jaminan kesehatan, 2) Belum ada *clinical pathway* untuk penanganan kasus pasien yang menerima jaminan kesehatan, 3) Sistem Informasi Rumah Sakit yang belum terstruktur, dan 4) Kurangnya SDM yang mau bekerja lama di RS.

Peluang terdiri dari: 1) Adanya dukungan dari pemerintah daerah kabupaten, 2) Adanya kerjasama yang baik dengan fasilitas kesehatan yang ada di sekitar RS, 3) Nama RS sudah dikenal baik di masyarakat, dan 4) Banyak pasien yang datang ke RS menggunakan Jaminan Kesehatan.

Ancaman terdiri dari: 1) Belum ada sosialisasi pedoman penatalaksanaan dan tatacara layanan rujukan untuk program Jaminan Kesehatan Nasional di Kabupaten Bengkayang, 2) Pengembangan layanan untuk pasien dengan jaminan kesehatan di fasilitas kesehatan sekitar RS, dan 3) Kecenderungan RS menerima pasien sulit dengan penyakit lanjut, yang tidak cocok dengan sistem asuransi.

4. Isu –Isu Utama

- a. RS memiliki peluang untuk pelayanan kepada pasien dengan Jaminan Kesehatan, karena adanya dukungan dari pemerintah daerah kabupaten, akan tetapi RS perlu memperbaiki SIRS untuk pelaporan data.
- b. RS memiliki peluang untuk bekerjasama dengan BPJS, karena telah melayani pasien dengan jaminan Kesehatan selama ini, akan tetapi belum ada sosialisasi peraturan dan pedoman penatalaksanaan yang jelas dari BPJS.
- c. RS memiliki peluang untuk mempertahankan kerjasama dengan fasilitas kesehatan lain di sekitar rumah sakit, karena adanya *Public Private Partnership*, akan tetapi belum ada sistem kerjasama yang teratur dan terencana.
- d. RS memiliki peluang untuk meningkatkan hubungan kerjasama dengan donor, karena adanya kerjasama yang baik dengan donor selama ini, akan tetapi RS perlu membuat laporan pelayanan yang baik serta laporan keuangan yang akuntabel.
- e. RS memiliki peluang untuk bertahan dengan sistem JKN apabila menambah donor serta mengadakan *fund raising*, akan tetapi donor yang ada harus mempunyai visi dan misi yang sama dengan rumah sakit.
- f. RS memiliki kekuatan untuk dapat melanjutkan pelayanan kepada pasien dengan JKN karena masih adanya visi/misi rumah sakit untuk melayani masyarakat pedalaman, akan tetapi rumah

sakit masih kekurangan dalam hal sumber daya, sarana dan prasarana, juga sistem operasional.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Kondisi lingkungan eksternal RSUBS berupa peluang unit pelayanan pada pasien dengan Jaminan Kesehatan adalah dukungan pemerintah daerah kabupaten, kerjasama dengan fasilitas kesehatan disekitar RSUBS, nama RSUBS sudah dikenal baik dimasyarakat. dan tingginya angka kunjungan pasien dengan jaminan kesehatan. Kondisi lingkungan eksternal RSUBS berupa ancaman unit pelayanan pada pasien dengan Jaminan Kesehatan adalah kurangnya sosialisasi tentang BPJS di daerah, peningkatan mutu pelayanan di fasilitas kesehatan sekitar RSUBS dan tingginya jumlah kasus kompleks di RSUBS.

Kondisi lingkungan internal RSUBS berupa kekuatan unit pelayanan pada pasien dengan Jaminan Kesehatan adalah adanya visi/misi yang kuat untuk terus melayani masyarakat di pedalaman, dan kerjasama tim yang cukup kuat dan adanya kerjasama dengan donatur. Kondisi lingkungan internal RSUBS berupa kelemahan unit pelayanan pada pasien dengan Jaminan Kesehatan adalah kurangnya kendali mutu dan kendali biaya, belum adanya *clinical pathway*, SIRS yang belum terstruktur serta kurangnya SDM.

Strategi umum yang tepat untuk RSUBS dalam menghadapi perubahan SJSN adalah strategi pertumbuhan dalam kegiatan pelayanan kesehatan. Pertumbuhan yang dimaksud adalah dengan aliansi strategis, yaitu aliansi *stakeholders*¹⁹. RSUBS bekerjasama dengan para *stakeholder*, yaitu meningkatkan kerjasama dengan BPJS, fasilitas kesehatan sekitar dan menstabilkan hubungan antara rumah sakit dan donor.

Saran

Untuk peningkatan mutu pelayanan RS, diperlukan kerjasama yang baik dengan pemerintah daerah dan BPJS Kesehatan. Dalam pembuatan rencana strategis RS, diperlukan fokus pada kemampuan RS untuk tetap bertahan sebagai RS non-profit dan juga fokus pada level operasional manajemen²⁰. Hal ini untuk dapat memperkirakan aktifitas pelayanan RS, serta dapat memperhitungkan keuangan RS.

Rumah Sakit perlu untuk *sustain donor* lama dan mencari donor baru. RS tidak dapat mengandalkan pendanaan dari pasien reguler, pemerintah maupun klaim JKN. RS perlu menambah donor baru baik donatur lokal, maupun donatur dari negara luar.

Pengelolaan sistem manajemen, pelaporan data dan keuangan yang akuntabel, sangat diperlukan dalam membina kerjasama dengan donatur. Untuk sistem informasi RS, perlu membuat sistem manual yang tertata rapih, dan kemudian mengembangkan sistem secara bertahap, sesuai dengan rencana strategi.

Rumah Sakit perlu mempelajari INA-CBG dan sosialisasi kepada tenaga medis, agar klaim pelayanan tidak berlebihan. RS juga pro-aktif mencari informasi selengkapya tentang sistem pembiayaan kesehatan yang baru ini, agar tidak terus menerus mengalami kerugian. Untuk meningkat mutu pelayanan, perlu membuat *clinical pathway* perlu membuat sistem *follow-up* pasien yang baik dan sesuai dengan aturan rujukan BPJS.

Peningkatan jumlah dan kualifikasi SDM, yang mengerti dan mau menjalankan pelayanan pada semua pasien sesuai visi dan misi rumah sakit. Mengurangi angka *turn-over* pegawai dengan meningkatkan keterlekatan pegawai.

REFERENSI

1. Presiden RI (2011) Undang Undang Nomor 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta.
2. Presiden RI (2012) Peraturan Pemerintah Republik Indonesia nomor 101 tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Jaminan Kesehatan. Jakarta.
3. Presiden RI (2013) Peraturan Presiden Republik Indonesia nomor 12 tahun 2013 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. Jakarta.
4. Hughes, D. & Leethongdee, S. (2007) Universal Coverage in The Land of Smiles: Lessons From Thailand's 30 Baht Health Reforms. *Health Affairs*, 26 (4), pp. 999–1008. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/26/4/999.full.html> > [Accessed 12 April 2013].
5. Tangcharoensathien V, Prakongsai P, Limwattananon S, Patcharanarumol W, Jongudomsuk P. (2007) Achieving Universal Coverage in Thailand: What Lessons Do We Learn?. The Health Systems Knowledge Network, Thailand.
6. Anderson, G. F. (1989) Universal Health Care Coverage in Korea. *Health Affairs*, 8 (2), pp.24–34. Available from: <http://content.healthaffairs.org/content/8/2/24.citation> > [Accessed 22 April 2013].
7. Presiden RI (2014) Undang Undang Nomor 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Jakarta.
8. Askes Persero (2013) Askes Road to BPJS. Tersedia dalam: <http://www.ptaskes.com/read/askes-road-to-bpjs> > [Diakses 16 April 2013].
9. Gondodiputro S, Djuhaeni H (2010) Peran Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Primer Swasta Dalam Jaminan Kesehatan di Kabupaten Bandung. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 13(02), pp 92-8.
10. Koentjoro, T. (2011) *Regulasi Kesehatan di Indonesia*. 2nd ed. Prabawati, T.A. ed. Yogyakarta: ANDI, p. 5-7.
11. Tangcharoensathien V, Swasdiworn W, Jongudomsuk P, Srithamrongswat S, Patcharanarumol W, Prakongsai P, Thammathataree J. (2010) Universal Coverage Scheme in Thailand: Equity Outcomes and Future Agendas to Meet Challenges. World Health Report, WHO.
12. Barrows, D., MacDonald, I., Supapol, A., Dalton-Jez, O., & Harvey-Rioux, S. (2011). Public Private Partnership in Canadian Healthcare A Case Study of The Brampton Civic Hospital. Schulich School of Business, York University.
13. Menteri Kesehatan. (2010) Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 340/MENKES/PER/III/2010 tentang Klasifikasi Rumah Sakit. Jakarta.
14. Tharp, B.M. (2009) Four Organizational Culture Types. *Haworth: Organizational Culture White Paper*, September, 04 (09) pp. 1-6. Available from: http://www.cog.com/documents/Four-Organizational-Culture-Types_6.pdf > [Accessed 16 September 2013].
15. Kantabutra, S. (2011) Sustainable Leadership in a Thai Healthcare Services Provider. *Emerald*, August, 24(1), pp. 67–80. Available from: <http://www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm> > [Accessed 22 April 2013].
16. Langenbrunner, J.C., & Somanathan, A. (2011). *Financing Health Care in East Asia and the Pacific: Best Practices and Remaining Challenges*. Washington DC : The World Bank.
17. Trisnantoro L. (2010) Perkembangan Mutakhir Sektor Rumahsakit di Indonesia: Mengapa Rumah Sakit Non-profit Membutuhkan Dana Kemanusiaan. Semiloka 1. KPTU FK UGM. <http://www.kebijakankesehatanindonesia.net/sites/default/files/file/Laksono-Dana-Kemanusiaan.pdf> >
18. Kitching K. (2009) Audit Value And Charitable Organizations. *Elsevier, Journal Accounting Public Policy* 28, pp.510-24.
19. Trisnantoro, L. (2005) *Aspek Strategis dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta : ANDI.
20. Weerawardena J, McDonald RE, Mort GS. (2010) Sustainability of Nonprofit Organizations: An Empirical Investigation. *Elsevier, Journal of World Business* 45, pp. 346-56.