

BAB I

PENDAHULUAN

A. LATAR BELAKANG

Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan sekaligus investasi untuk keberhasilan pembangunan bangsa. Untuk itu diselenggarakan pembangunan kesehatan secara menyeluruh dan berkesinambungan, dengan tujuan guna meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Kesinambungan dan keberhasilan pembangunan kesehatan ditentukan oleh tersedianya pedoman penyelenggaraan pembangunan kesehatan. Penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN) (Mukti & Moertjahjo, 2007).

Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Oleh karena itu, pembiayaan kesehatan yang adekuat, terintegrasi, stabil, dan berkesinambungan memegang peran yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan pembangunan kesehatan (Depkes, 2009).

Upaya untuk melindungi warga terhadap risiko finansial dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan pra-upaya (*prepaid system*), bukan pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out-of-pocket payment, dan fee-for-service*). Dalam *prepaid system* terdapat pihak yang menjamin

pembiayaan kesehatan warga sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan. Jadi sistem pra-upaya berbeda dengan pembayaran langsung yang tidak menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan sebelum warga sakit dan menggunakan pelayanan kesehatan (WHO, 2005).

Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan *public good* yang menjadi tanggung-jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaannya bersifat *private*, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung-jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai *universal coverage* sesuai dengan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Mexico, Afrika Selatan, Thailand, dan Indonesia, merupakan beberapa di antara negara yang sedang mencoba mengimplementasikan pelayanan kesehatan universal (Sreshthaputra dan Indaratna, 2001;Prakongsai et al., 2009). Indonesia merupakan salah satu negara yang sedang dalam masa transisi menuju sistem pelayanan kesehatan universal. Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No.40 / 2004 mewajibkan setiap warga di Indonesia memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya. Pada tahun 2011 ditetapkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)

ditetapkan bahwa operasional BPJS Kesehatan dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014.

Prof dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr PH (Dalam forum Novartis, 2013) mengatakan bahwa, berjalannya SJSN 2014 sudah waktunya bagi orang untuk menyadari apa jenis kualitas pelayanan kesehatan yang akan mereka terima. Pemahaman umum tentang kriteria pelayanan kesehatan berkualitas menjadi tantangan tersendiri, karena mencakup aspek-aspek seperti keamanan, kemanjuran, efisiensi, ekuitas, aksesibilitas, dan kebutuhan untuk menjadi berorientasi pasien. Menyediakan semua ini membutuhkan biaya asuransi kesehatan nasional yang memadai (Jamkesmas), sedangkan biaya yang tidak memadai akan memaksa fasilitas kesehatan dan sumber daya medis manusia untuk memberikan kualitas layanan yang lebih rendah.

Menurut Goestech dan Davis (dalam Tjiptono 2008) kualitas memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan untuk menjalin hubungan yang kuat antara perusahaan dengan pelanggan. Dalam jangka panjang, ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka.

Pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit akan sangat berkaitan dengan kepuasan pelanggan yang muncul atas apa dan bagaimana pelayanan yang diterima oleh pelanggan. Menurut Lupiyoadi (2006) lima dimensi kualitas jasa terbagi atas bukti fisik, keandalan, daya tanggap (ketanggapan), jaminan dan empati. Apabila pelanggan puas, maka dia akan menunjukkan besarnya kemungkinan untuk kembali menggunakan jasa yang sama.

Pelanggan yang puas cenderung akan memberikan referensi yang baik terhadap jasa kepada orang lain, sehingga akan menimbulkan tingkat pembelian yang semakin meningkat.

Menurut Sulistyono (2010), antara sistem pembiayaan dengan kualitas pelayanan rawat jalan di puskesmas terdapat hubungan yang signifikan. Pasien yang membayar langsung (*out of pocket*) merasakan mendapatkan pelayanan yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan pembayarannya tidak langsung atau oleh asuransi. Hasil penelitian Puspa (2013) menyatakan bahwa ada perbedaan kualitas pelayanan berdasarkan sistem pembayaran yang digunakan. Pembayaran langsung mempersepsikan kualitas layanan yang lebih baik dibandingkan pengguna ASKES dan JAMKESMAS. Dari hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sistem pembiayaan kesehatan dapat mempengaruhi kualitas layanan.

Beberapa pasien merasa bahwa pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan cara pembayaran langsung dan cara pembayaran melalui asuransi kesehatan dibedakan. Pasien dengan cara pembayaran melalui asuransi kesehatan kadang-kadang merasa enggan menggunakan kartu asuransi kesehatannya karena khawatir pelayanan kesehatan yang dia dapatkan akan lain dengan pasien yang cara pembayaran langsung (Depkes 2009 dalam Sulistyono 2010).

Berita kalutnya operasional BPJS hampir setiap hari disampaikan baik pada, media cetak, sosial media, radio maupun televisi. Keluhan peserta tentang pelayanan BPJS dan PPK sudah tidak *ketulungan banyaknya*. JKN

dan BPJS baru saja berjalan, wajarlah banyak kekurangan. Sedangkan, kalau peserta tidak mendapatkan pelayanan medis yang menjadi hak mereka; PPK berkilah mereka merugi kalau melayani peserta JKN terutama untuk tindakan gawat darurat, bedah dan ICU. Berikut adalah sejumlah keluhan tertulis yang mereka sampaikan meliputi Informasi yang tidak jelas dan petugas yg kurang pada saat registrasi, Petugasnya kurang ramah, Dokter tidak pernah komunikasikan secara detail masalah penyakit, Obat yang diberikan serta tindakan yang tidak bagus sehingga mereka merasa tidak dihargai, Panjangnya antrian pada saat ingin berobat di rumah sakit, dan Sosialisasinya sangat minim. Banyaknya keluhan pelayanan pengguna BPJS karena merasa masih ada perbedaan dalam pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan. Tentunya hal ini perlu dicermati dan dicari pemecahannya oleh semua pihak terutama pemberi pelayanan kesehatan sehingga hak-hak masyarakat terpenuhi dan tidak berpengaruh terhadap kualitas layanan kesehatan (Kompasiana, 2014).

Dari hasil studi pendahuluan di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul keluhan yang dirasakan pasien dalam hal ini pelayanan BPJS meliputi membludaknya jumlah pasien sehingga pasien tidak nyaman, antriannya lama, jam visite dokter ke pasien selalu telat, pemberian obat terbatas, fasilitas ambulan hanya untuk merujuk saja, pasien dibatasi waktu periksa ke Rumah Sakit sebulan hanya 1 x kunjungan serta pemeriksaan penunjang dibatasi. Untuk itu penelitian ini berupaya untuk mengetahui Perbedaan Kualitas Pelayanan Antara Sistem Pembayaran INA-CBGs Dengan Fee For Service

Di Ruang Rawat Inap Kelas II RSUD Muhammadiyah Bantul. Kenapa peneliti tertarik untuk meneliti ini karena adanya teori Depkes (2009) dalam Sulistyono (2010) yang mengatakan ada beberapa pasien merasa bahwa pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan cara pembayaran langsung dan cara pembayaran melalui asuransi kesehatan dibedakan dan Kompasiana (2014) mengatakan pengguna BPJS merasa masih ada perbedaan dalam pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

B. PERUMUSAN MASALAH

Dari permasalahan-permasalahan tersebut di atas maka perlu diteliti apakah Ada Perbedaan Kualitas Pelayanan Antara Sistem Pembayaran INA-CBGs Dengan *Fee For Service* Di Ruang Rawat Inap Kelas II RSUD Muhammadiyah Bantul?

C. TUJUAN

1. Tujuan umum :

Mengetahui Perbedaan Kualitas Pelayanan Antara Sistem Pembayaran INA-CBGs Dengan *Fee For Service* Di Ruang Rawat Inap Kelas II RSUD Muhammadiyah Bantul.

2. Tujuan khusus untuk mengetahui dan menganalisis :

- a) Kualitas pelayanan pada sistem pembayaran INA-CBGs di ruang rawat inap kelas II di RSUD Muhammadiyah Bantul.
- b) Kualitas pelayanan sistem pembayaran *Fee For Service* di ruang rawat inap kelas II di RSUD Muhammadiyah Bantul.

C. MANFAAT

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Manfaat teoritis

- a. Dapat menambah pengetahuan dan wawasan serta dapat mengaplikasikan dan mensosialisasikan teori yang telah diperoleh selama perkuliahan.
- b. Sebagai sumber bacaan dan sebagai sumbangan keilmuan dalam bidang manajemen rumah sakit.

2. Manfaat praktis

Sebagai bahan pertimbangan dalam mengevaluasi kualitas layanan yang diberikan kepada pasien dilihat dari sistem pembayaran Jasa Rumah Sakit yang diberlakukan selama ini.