

**PENGARUH SISTEM PEMBIAYAAN KESEHATAN TERHADAP
PERSEPSI KUALITAS PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP
DI RUMAH SAKIT MEDIKA MULYA WONOGIRI**

SKRIPSI

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Mencapai derajat sarjana kedokteran



Disusun Oleh :

Dodik Nursanto
J 50004 0022

FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
2009

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kualitas layanan di rumah sakit menjadi topik yang banyak dibicarakan akhir-akhir ini. Hal tersebut disebabkan makin banyaknya institusi pelayanan kesehatan sehingga persaingan makin kompetitif (Sudewi, 2008).

Dari sisi rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan dewasa ini telah mengalami perubahan yang mendasar yaitu sebagai lembaga sosial sekaligus *profit oriented*. Hal tersebut sejalan dengan pendapat Hasyim (2005) bahwa pelayanan rumah sakit sebagai industri jasa merupakan bentuk upaya pelayanan kesehatan yang bersifat sosioekonomi yaitu suatu usaha yang bersifat sosial namun diusahakan tetap bisa memperoleh *surplus* dengan cara pengelolaan yang profesional.

Profesional ditekankan pada kualitas pelayanan kesehatan yang terefleksikan dengan kepuasan pasien. Kualitas pelayanan kesehatan menurut Donebian dalam Ching-lin (2004) terbagi menjadi dua yaitu *technical quality* atau lebih dikenal dengan *quality in fact* dan *functional quality*. *Technical quality* berkenaan dengan keakuratan diagnosis, prosedur-prosedur pelayanan, dan segala hal yang umumnya dimengerti oleh komunitas `profesional. Sedangkan *functional quality* berkenaan dengan persepsi pasien yang lebih subyektif, namun sangat berpengaruh pada keputusan untuk menggunakan jasa pelayanan kesehatan di kemudian hari. Sedangkan Moenir dan Sanusi (2002) berpendapat pasien atau konsumen sendiri tidak dapat menilai mutu pelayanan yang diperoleh secara teknik medik, karenanya mereka akan menilai dari persepsi sosial mereka atas atribut-atribut pelayanan tersebut. Penilaian dari sudut pandang pasien yaitu realitas persepsi pasien tentang mutu pelayanan yang diterima.

Rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Namun pelayanan yang berorientasi pada

kebutuhan dan kepuasan pasien belum menjadi agenda utama rumah sakit. Sementara paradigma baru pelayanan kesehatan mensyaratkan rumah sakit memberikan pelayanan berkualitas sesuai kebutuhan dan keinginan pasien dengan tetap mengacu pada kode etik profesi dan medis (Sartono, 2004).

Dari sisi permintaan konsumen, industri pelayanan kesehatan dituntut untuk meningkatkan kualitasnya oleh konsumen. Karena konsumen mengharapkan pelayanan yang menggunakan pelayanan dengan alat-alat canggih (Iriyanti, 2006). Oleh karena itu seiring dengan keadaan sosial masyarakat yang semakin meningkat dimana masyarakat semakin sadar akan kualitas maka diperlukan peningkatan kualitas atau mutu pelayanan kesehatan yang lebih berorientasi pada kepuasan pasien, artinya berusaha untuk memberikan pelayanan yang terbaik dan mengevaluasinya berdasarkan kaca mata pasien. Hal tersebut senada dengan pendapat ketua perhimpunan rumah sakit Indonesia (PERSI) dr Adib A Yahya, MA bahwa yang paling utama adalah mengubah rumah sakit menjadi *satisfaction oriented* yang bermakna pasien mempunyai *demand* dan ekspektasi yang harus dipenuhi (Tjokro dkk, 2007).

Dari data pembiayaan kesehatan di Indonesia sebagian besar (70 %) dari swasta dan hanya sekitar (30%) yang berasal dari pemerintah. Biaya yang berasal dari swasta tersebut sebagian besar dikeluarkan langsung dari saku masyarakat (*direct payment*) dan hanya sedikit (6% sampai 19%) dari asuransi (Muliaddin dkk, 2005).

Dari sisi pengambil kebijakan pemerintah melalui PP no 69 tahun 1991 tentang pemeliharaan kesehatan mewajibkan pegawai negeri sipil, penerima pensiun, dan veteran sebagai peserta wajib asuransi serta pegawai BUMN, BUMD, dan badan usaha swasta sebagai peserta sukarela. Kebijakan ini diperkuat dengan UU no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang dipertegas Kepmenkes no 1241/Menkes/SK tanggal 12 November 2004 tentang pemerataan pemeliharaan kesehatan bagi keluarga miskin (Trisnantoro, 2008). Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H dan Undang-Undang Nomor 23/ 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap

individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggungjawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.(Depkes RI, 2008).

Akan tetapi di lapangan kita menjumpai adanya kendala yang dihadapi pasien yang menggunakan sistem pembiayaan Askeskin. Kendala yang dihadapi pasien tersebut antara lain obat yang diluar DPHO menjadi beban pasien sehingga akan ada suatu pendapat bahwa pelayanan yang diberikan kurang memuaskan. Hal tersebut menggambarkan harapan pasien tidak terpenuhi yang berpengaruh pada persepsi kualitas pasien yang berasumsi kualitas pelayanan rendah. Selain sistem pembiayaan kesehatan yang berupa Askes dan Askeskin terdapat sistem pembiayaan dengan pembayaran tunai atau lebih dikenal dengan *out of pocket*. Sejauh ini pasien yang memilih sistem pembayan tunai tidak banyak menemui kendala karena bisa memilih fasilitas sesuai yang dikehendaki. (Pratondo, 2008).

Menurut catatan BPS tahun 2007 derajat kesehatan masyarakat miskin berdasarkan indikator Angka Kematian Bayi (AKB) dan Angka Kematian Ibu (AKI) di Indonesia, masih cukup tinggi, yaitu AKB sebesar 26,9 per 1000 kelahiran hidup dan AKI sebesar 248 per 100.000 kelahiran hidup serta Umur Harapan Hidup 70,5 Tahun (Depkes RI, 2008). Kabupaten Wonogiri memiliki penduduk laki laki 551.986 jiwa dan wanita 554.431 jiwa yang tersebar di 25 kecamatan yang terdiri dari 300 desa/ kelurahan. Jumlah keluarga miskin di Kabupaten Wonogiri 86.354 keluarga yang terdiri 331.140 jiwa anggota rumah tangga miskin (RS Medika Mulya, 2007). Dari data Rumah Sakit Medika Mulya pada tahun 2008 didapatkan perbandingan angka yang bermakna dimana pasien yang memakai Askeskin sebanyak 227 dan pasien umum sebanyak 5419 (MR. RS Medika Mulya, 2008).

Dari uraian diatas diketahui terdapat faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan diantaranya penggunaan fasilitas dan status pelayanan. Pasien yang menggunakan sistem pembiayaan kesehatan dengan Askeskin mendapat beberapa kendala untuk mendapat pelayanan kesehatan berbeda dengan yang

membayar tunai. Penulis berkeinginan untuk melihat adakah pengaruh sistem pembiayaan kesehatan terhadap persepsi kualitas pelayanan pasien rawat inap.

B. Perumusan Masalah

Adakah pengaruh sistem pembiayaan kesehatan terhadap persepsi kualitas pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Medika Mulya Wonogiri ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui pengaruh sistem pembiayaan kesehatan terhadap persepsi kualitas pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Medika Mulya Wonogiri.

2. Tujuan Khusus

Menyajikan pencapaian kualitas pelayanan rawat inap di Rumah Sakit Medika Mulya dengan dimensi kualitas SERVQUAL

D. Manfaat Penelitian

1. Secara teoritis

a. Menambah data empiris tentang pengaruh sistem pembiayaan kesehatan terhadap persepsi kualitas pelayanan pasien rawat inap di Rumah Sakit Medika Mulya Wonogiri.

b. Data yang diperoleh dapat dikembangkan untuk penelitian selanjutnya.

2. Secara praktis

a. Bagi manajer rumah sakit : Sebagai masukan bagi manajer dalam menentukan kebijakan rumah sakit terkait harapan pasien.

- b. Bagi tenaga medis : diharapkan penelitian ini dapat bermanfaat untuk tenaga medis dalam meningkatkan pelayanan pada pasien terutama pasien rawat inap.
- c. Bagi penulis untuk melatih ketrampilan dalam menulis ilmiah