**BAB I**

**PENDAHULUAN**

**1.1. Latar Belakang Penelitian**

Dalam upaya mencapai derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya, sebagaimana tujuan pembangunan kesehatan, maka Pemerintah Indonesia menerapkan Jaminan Kesehatan Nasional bagi seluruh rakyat Indonseia. Melalui penerapan Jaminan Kesehatan Nasional diharapkan tidak ada lagi masyarakat Indonesia , khususnya masyarakat miskin yang tidak berobat ke fasilitas pelayanan kesehatan di kala sakit karena tidak ada biaya.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilaksanakan secara bertahap oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) menuju ke *Universal Health Coverage.* Penyelenggaraan JKN yang dimulai sejak tanggal 1 Januari 2014 membawa reformasi dari segi pembiayaan kesehatan (***helath care financing***), sistem pelayanan kesehatan (***health care delivery sistem***) dan segi pembayaran (***health care reimbursement***). Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi diatas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).Usaha kearah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan antara lain diselenggarakan oleh PT Askes dan PT Jamsostek. Asuransi Kesehatan (Askes) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerinta Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya. Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (Polri), dan PNS Kementerian Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971. Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jamsostek yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian bagi tenaga kerja. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda).

1

Tujuan Jaminan Kesehatan Nasional secara umum yaitu mempermudah masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan dan mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu. Perubahan pembiayaan menuju ke ***Universal Coverage***merupakan hal yang baik, namun mempunyai dampak dan risiko sampingan. Ketidakmerataan ketersediaan fasilitas, tenaga kesehatan dan kondisi geografis menimbulkan masalah baru berupa ketidakadilan antara kelompok masyarakat.

Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MenKes/SK/XI/1992, rumah sakit merupakan suatu unit yang mempunyai organisasi teratur, tempat pencegahan dan penyembuhan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan penderita yang dilakukan secara multidisiplin oleh berbagai kelompok profesional terdidik dan terlatih yang menggunakan prasarana dan sarana fisik. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan subspesialistik disebut rumah sakit umum.

Disisi lain dengan perubahan cara pembiayaan harus diikuti dengan perubahan pemikiran dan perilaku para klinisi yaitu dari cara pembayaran *fee for service* menjadi pembayaran paket (INA CBGs). Pada mulanya rumah sakit di Indonesia umumnya didirikan dengan tujuan sosial tanpa terlalu mempertimbangkan segi ekonominya. Pada masa itu kebanyakan rumah sakit mendapat subsidi dari pemerintah maupun dari badan misi sosial keagamaan baik dari dalam negeri maupun bantuan dari luar negeri. Fungsi sosial berarti bahwa sebuah rumah sakit harus melayani pasien atas dasar kebutuhan mediknya dan tidak berdasarkan kemampuan pasien untuk membayar.

Fungsi ekonomi berarti rumah sakit harus memikirkan keuntungan dengan melaksanakan manajemennya, termasuk manajemen keuangan dan pembiayaannya mengikuti kaidah-kaidah ekonomi dengan memperhitungkan biaya yang realistik dan rasional. Dalam perkembangannya rumah sakit di samping menjalankan fungsi sosial juga menjalankan fungsi ekonomis sekaligus. Dengan demikian untuk mempertahankan operasional rumah sakit, maka rumah sakit harus mencari keseimbangan antara fungsi sosial dan fungsi ekonomi (Gani, 2002).

Dalam realisasinya, bagaimanapun juga rumah sakit adalah sarana yang menghasilkan pelayanan jasa, baik rumah sakit pemerintah maupun non pemerintah (swasta). Pelayanan jasa rumah sakit berkaitan erat dengan mutu sebagai acuan dari penilaian pasien akan pelayanan yang diberikan rumah sakit sebagai penyedia jasa.

Mutu pelayanan rumah sakit dapat dilihat dari segi aspek-aspek sebagai berikut : aspek klinis (pelayanan dokter, perawat dan terkait teknis medis), aspek efisiensi dan efektifitas pelayanan, keselamatan pasien, dan kepuasan pasien. Beberapa indikator untuk mengetahui mutu efisiensi rumah sakit antara lain : pemanfaatan tempat tidur, pemanfaatan tenaga, pemanfaatan penunjang medik, dan keuangan. Indikator pemanfaatan tempat tidur sendiri yang mudah kita lihat dan kita ketahui adalah melalui angka BOR/ *Bed Occupancy* Rate, BTO/ *Bed Turn Over*, ALOS/ *Average Length Of Stay*, TOI/ *Turn Over Interval* (Sabarguna, 2004).

Selama periode tahun 2004-2006, rumah sakit Indonesia mengalami peningkatan dalam hal rata-rata pemanfaatan tempat tidur (BOR). Pada tahun 2004 rata-rata nilai BOR nasional adalah sebesar 55,6%, tahun 2005 rata-rata BOR nasional sebesar 56,2%, dan BOR nasional tahun 2006 sebesar 57%. Selain itu, untuk rata-rata lama hari perawatan (LOS) nasional secara umum cenderung fluktuatif. Rata-rata nilai LOS nasional pada tahun 2004 adalah 4,4 hari, rata-rata LOS nasional tahun 2005 adalah 5,1 hari, dan pada tahun 2006 rata-rata LOS nasional adalah 4 hari (Depkes RI, 2008).

Angka pemanfaatan tempat tidur (BOR) dan lama hari perawatan (LOS) di setiap propinsi mengalami perbedaan antara satu dengan yang lain. Selain itu, dari tahun ke tahun angka-angka tersebut mengalami perubahan, baik penurunan maupun peningkatan. Untuk propinsi Nusa Tenggara Timur sendiri rata – rata angka pemanfaatan tempat tidur (BOR) cenderung fluktuatif, dimana angka BOR pada tahun 2004 adalah 58,10 %, angka BOR tahun 2005 adalah 89,60 %, dan BOR pada tahun 2006 adalah 57,30 %. Selain itu, rata-rata lama hari perawatan (LOS) untuk wilayah Nusa Tenggara Timur mengalami sedikit peningkatan, dimana rata-rata LOS pada tahun 2004 adalah 3,90 hari, rata-rata LOS pada tahun 2005 adalah 4 hari, dan rata-rata LOS pada tahun 2006 adalah 4,30 hari (Depkes RI, 2006-2008). Adapun data LOS pada bulan Oktober sampai dengan Desember 2015 di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu

**Tabel 1.1.**

Data LOS (*Length Of Stay* )

Bulan Oktober-Desember 2015

RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **BULAN** | **LOS** |
| 1 | OKTOBER | 7 |
| 2 | NOVEMBER | 6 |
| 3 | DESEMBER | 6 |

**Grafik 1.1.**

Data LOS (*Length Of Stay*)

Bulan Oktober-Desember 2015

RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu



**Sumber : RS. Paru Dr. H. A. Rotinsulu**

Grafik 1.1. diatas memperlihatkan terhadap adanya penurunan skala LOS dari 7 bulan okrober turun menjadi 6 di bulan Desember, dengan menurunnya LOS menunjukan semakin efektifnya pada tiga bulan terakhir di tahun 2015. Penurunan LOS tersebut memberi bayangan terhadap meningkatnya kualitas pelayanan RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung. Dalam pelaksanaan harian, belum optimalnya *Clinical Pathway* yang akan menjadi salah satu bagian dari LOS (*Length of Stay*).

Salah satu organisasi yang memberikan pelayanan kesehatan adalah rumah sakit, WHO (1997) memberikan batasan tentang rumah sakit yaitu bagian yang menyeluruh/integral dari organisasi sosial dan medis. Rumah sakit berfungsi memberikan pelayanan kesehatan secara komperhensif yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif, dimana pelayanannya mencakup pasien, keluarga maupun lingkungan sekitar. Rumah sakit juga merupakan pusat pelatihan bagi tenaga kesehatan serta untuk penelitian bio-sosial. Dalam pelaksanaan kegiatannya rumah sakit didukung oleh sumber daya manusia, baik tenaga medis seperti dokter, perawat, radiologi, laboratorium maupun tenaga non-medis seperti bagian administrasi, keuangan, rumah tangga, umum dan personil lainnya.

Perawat sebagai salahsatu tenaga kesehatan yang sangat dibutuhkan oleh rumah sakit dalam memberikan pelayanan kesehatan. Tenaga perawat memiliki kontribusi yang sangat besar dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Dalam pengelolaan sumber daya tersebut suatu organisasi pasti menemui banyak kendala, salah satunya hal yang perlu diperhatikan adalah rendahnya tingkat kinerja tenaga kesehatan. Hal ini didukung oleh penelitian Djuariah Chanafi (2005) yang menemukan bahwa waktu kerja produktif perawat sebesar 89,2% pada rumah sakit swasta profit. Selain itu menurut Umar Hamalik (2013) rumah sakit menghadapi 2 tekanan yaitu tekanan atau tuntutan masyarakat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang bermutu dengan harga yang terjangkau. Kedua yaitu sulitnya mendapatkan tenaga kesehatan yang berkualitas untuk memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu. Untuk itu seorang pimpinan rumah sakit haruslah mampu memotivasi personel rumah sakit khususnya perawat untuk menjaga semangat kerja yang dapat menurun akibat kegitan atau pekerjaan yang rutin dan monoton sehingga dapat mengakibatkan penurunan tingkat keputusan pelanggan/pasien terhadap kinerja perawat. Penurunan tingkat kepuasan pelanggan/pasien akan berbanding lurus dengan penurunan tingkat pendapatan rumah sakit, untuk itu seluruh personel di rumah sakit harus mampu menjaga kepuasan pelanggan guna menjaga citra baik rumah sakit sehingga Pendapatan rumah sakit akan stabil bahkan bertambah.

Kinerja perawat sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan merupakan masalah yang sangat penting untuk dikaji dalam rangka mempertahankan dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan. Kinerja perawat yang baik merupakan jembatan dalam menjawab jaminan kualitas pelayanan kesehatan yang di berikan terhadap pasien baik yang sakit maupun sehat.

Namun tak jarang ditemukan keluhan berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan yang muaranya berasal dari kinerja petugas kesehatan termasuk perawat. Untuk itu perlu kiranya rumah sakit memfokuskan masalah kualitas pelayanan terhadap kinerja perawat, Hadi Mulyono (2012).

Kualitas memiliki hubungan yang erat dengan kepuasan pelanggan. Kualitas memberikan suatu dorongan kepada pelanggan untuk menjalin ikatan hubungan yang kuat dengan perusahaan. Dalam jangka panjang, ikatan seperti ini memungkinkan perusahaan untuk memahami dengan seksama harapan pelanggan serta kebutuhan mereka. Dengan demikian, perusahaan dapat meningkatkan kepuasan pelanggan di mana perusahaan memaksimumkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan (Atmawati dan Wahyuddin, 2007). Bukti fisik merupakan seberapa baik penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik harus dapat diandalkan. Penampilan fisik pelayanan, kayawan, dan komunikasi akan memberikan warna dalam pelayanan pelanggan. Tingkat kelengkapan peralatan atau teknologi yang digunakan akan berpengaruh pada pelayanan pelanggan.

Keandalan merupakan suatu kemampuan dalam memenuhi janji (tepat waktu, konsisten, kecepatan dalam pelayanan). Pemenuhan janji dalam pelayanan akan terkait dan mencerminkan kredibilitas perusahaan dalam pelayanan.

Daya tanggap merupakan suatu kebijakan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat kepada pelanggan.

Jaminan merupakan pengetahuan dan keramahan karyawan serta kemampuan melaksanakan tugas secara spontan yang dapat menjamin kerja yang baik, sehingga menimbulkan kepercayaan dan keyakinan pelanggan.

Empati adalah memberikan jaminan yang bersifat individual atau pribadi kepada pelanggan dan berupaya untuk memahami keinginan pelanggan. Tingkat kepedulian dan perhatian perusahaan pada pelanggannya secara individual akan sangat didambakan oleh pelanggan. Kepedulian terhadap masalah yang dihadapi pelanggan, mendengarkan serta berkomunikasi secara individual, kesemuanya itu akan menunjukkan sejauh mana tingkat pelayanan yang diberikan (Assegaff, 2009).

**Tabel 1.2.**

Data Pendapatan RS paru Dr. H. A. Rotinsulu

Bulan Oktober – Desember 2015

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **BULAN** | **PENDAPATAN** |
| 1 | OKTOBER |  **138.256.553**  |
| 2 | NOVEMBER |  **234.198.769**  |
| 3 | DESEMBER |  **251.607.501**  |

**Grafik 1.2.**

Data Pendapatan RS paru Dr. H. A. Rotinsulu

Bulan Oktober – Desember 2015



**Sumber : RS. Paru Dr. H. A. Rotinsulu**

Grafik 1.2. di atas memperlihatkan kenaikan yang signifikan pada bulan Oktober terhadap pendapatan sebesar 138.256.553, bulan November meningkat menjadi sebesar 234.198.769 ( 16.9 %)dan pada bulan desember meningkat menjadi 251.607.501 atau (10.7 %). Hal ini menunjukan keterkaitan antara LOS yang semakin menurun terhadap pendapatan meningkat. Dan secara bermakna menunjukan adanya peningkatan kualitas pelayanan semakin baik di RS Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung. Dalam era JKN ini, dalam manajemen pendapatan belum optimal karena masih belum optimalnya fungsi monitoring dan evaluasi terutama dalam pengeluaran dan pendapatan harian di rawat inap.

Berdasarkan latar belakang diatas, maka dilakukan penelitian dengan judul **“Pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Pendapatan yang dimoderasi oleh LOS (*Length Of Stay*) di RS. Paru Dr. H. A. Rotinsulu Bandung”.**

**1.2. Identifikasi Masalah**

Dalam penyusunan penelitian ini, banyak hal yang teridentifikasi terkait pengangkatan pembahasan diantaranya sebagai berikut:

1. Mutu/Kualitas Pelayanan
* Belum optimalnya kualitas pelayanan
1. LOS
* Belum optimalnya penerapan LOS (*Length of Stay*) di RS Paru Rotinsulu
1. Pendapatan
* Pendapatan tiga bulan terakhir Oktober-November 2015 namun belum efektif dan efisien.

**1.3 Rumusan Masalah**

RS Paru Dr. HA. Rotinsulu Bandung merupakan rumah sakit khusus paru yang memberi berbagai pelayanan kesehatan baik umum maupun spesialistik. Sejak tanggal 1 Januari 2014, RS Paru Dr. HA. Rotinsulu Bandung mulai melaksanakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), sesuai dengan pelaksanaan program JKN secara Nasional. Sebelumnya rumah sakit ini menerima pasien-pasien umum, asuransi swasta, jaminan sosial tenaga kerja (Jamsostek) dan pasien jaminan kesehatan daerah (Jamkesda).

Dengan diberlakukannya sistem JKN terjadi reformasi dalam kepesertaaan maupun pembiayaan pasien, dari sistem *fee for service* menjadi sistem paket (INA CBGs). Untuk itu peneliti ingin mengetahui apakah dengan ikut sertanya RS Paru Dr. HA. Rotinsulu Bandung dalam program JKN terjadi peningkatan pendapatan Rumah Sakit terutama rawat inap.

Dari pemaparan latar belakang di atas, penyusun mempunyai rumusan masalah sebagai berikut:

1. Bagaimana gambaran mengenai Kualitas Pelayanan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
2. Bagaimana gambaran mengenai Pendapatan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
3. Bagaimana gambaran LOS di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
4. Berapa besar pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Pendapatan yang dimoderasi oleh LOS di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
5. Berapa besar pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Pendapatan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung

**1.3. Tujuan Penelitian**

Mengetahui gambaran pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional di rawat inap RS Paru Dr. HA. Rotinsulu Bandung diantaranya :

1. Mengetahui gambaran mengenai Kualitas Pelayanan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
2. Mengetahui gambaran mengenai Pendapatan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
3. Mengetahui gambaran LOS di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
4. Mengetahui pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Pendapatan yang dimoderasi oleh LOS di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung
5. Mengetahui pengaruh Kualitas Pelayanan terhadap Pendapatan di RS Paru Dr. H.A. Rotinsulu Bandung

**1.4. Manfaat Penelitian**

**1.** Bagi penulis, penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan serta aplikasi ilmu di bidang manajemen rumah sakit, khususnya mengenai proses pelaksanaan kegiatan program Jaminan Kesehatan Nasional di RS Paru Dr. HA. Rotinsulu Bandung.

**2.** Bagi rumah sakit, penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan masukkan, perbandingan dan pertimbangan bagi pihak manajemen rumah sakit sebagai ajang evaluasi dan kontrol kegiatan operasional yang ada, disamping analisis dari pelaksanaan sistem yang telah ditentukan.

**3.** Bagi pengembangan disiplin ilmu terkait, penelitian ini diharapkan sebagai tambahan pengetahuan yang bermanfaat bagi pengembangan disiplin ilmu terkait, baik sebagai referensi untuk penelitian di masa yang akan datang maupun sebagai perbandingan.

**BAB II**

**KAJIAN PUSTAKA, KERANGKA PEMIKIRAN, DAN HIPOTESIS**

**2.1. Kajian Pustaka**

Organisasi merupakan wadah/tempat berkumpulnya sekumpulan orang yang memiliki pemikiran untuk mencapai tujuan yang sama. Organisasi bisa berjalan dengan baik tentunya tidak terlepas dari peran, fungsi manajemen sebagai penggerak dari organisasi. Berikut penulis paparkan mengenai manajemen:

**2.1.1. Manajemen**

Manajemen banyak dikatakan sebagai ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya manusia dan sumber-sumber lainnya secara efektif dan efisien untuk mencapai suatu tujuan tertentu.

Peranan manajemen sangat besar terhadap keberhasilan suatu usaha perusahaan, dewasa ini manajemen tumbuh berkembang menjadi salah satu ilmu yang penting dan mutlak dibutuhkan oleh setiap perusahaan. Semakin besar perusahaan, akan semakin besar pula jumlah tenaga kerja yang dibutuhkan akibatnya peranan manajemen akan bertambah besar pula. Manajemen adalah suatu keistimewaan dalam dalam menangani masalah waktu dan hubungan manusia ketika hal tersebut muncul dalam organisasi atau perusahaan.

Banyak sekali para ahli mengemukakan pendapat yang berbeda-beda, tetapi pada prinsipmya mempunyai maksud dan tujuan yang sama. Untuk lebih jelasnya berikut ini dikemukakan beberapa pendapat para ahli mengenai pengertian manajemen, diantaranya adalah sebagai berikut :

14

Menurut M. Porter (1998 : 2) mengatakan bahwa : “Manajemen adalah ilmu dan seni mengatur proses pemanfaatan sumber daya secara efektif dan efisien untuk mencapai satu tujuan.” Sementara itu menurut Manulang (2002 : 15) definisi manajemen adalah :

**“Manajemen mengandung 3 (tiga) pengertian yaitu pertama manajemen sebagai proses, kedua manajemen sebagai kolektivitas orang-orang yang melakukan aktivitas manajemen, dan yang ketiga adalah manajemen sebagai ilmu.”**

Stonner J.A.F yang dialih bahasakan Alexander Sindoro (2006 : 8) definisi manajemen adalah :

**“Manajemen adalah proses perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan, dan pengendalian upaya anggota organisasi dan penggunaan semua sumber daya organisasi untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan.”**

Manajemen hanya merupakan alat untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Manajemen yang baik akan memudahkan terwujudnya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat. Dengan manajemen, daya guna dan hasil guna unsur-unsur manajemen akan dapat ditingkatkan. Adapun unsur-unsur manajemen itu terdiri dari: *man, money, methode, machines, materials, dan market.*

**2.1.2. Fungsi Manajemen**

 Adapun fungsi-fungsi manajemen Menurut Sondang P Siagian dalam Malayu Hasibuan (2005:11) yang diterapkan dalam bidang sumber daya manusia adalah sebagai berikut:

1. ***Planning* (perencanaan)**

Perencanaan Berarti penentuan program personalia, diantaranya meliputi perencanaan kebutuhan, pengadaan, pengembangan dan pemeliharaan sumber daya manusia yang akan membantu terciptanya sasaran yang telah disusun oleh perusahaan. Program kepegawaian yang baik akan membantu tercapainya tujuan perusahaan, karyawan dan masyarakat.

1. ***Organizing* (mengorganisasikan)**

Pengorganisasian Ini adalah kegiatan untuk mengorganisasisemua karyawan dengan menetapkan pembagian kerja, hubungan kerja, delegasi wewenang, integrasi dan koordinasi dalam bagan organisasi (*organization* *chart*). Organisasi Hanya merupakan alat untuk mencapai tujuan. Dengan organisasi yang baik, akan membantu terwujudnya tujuan secara efektif.

1. ***Motivating* (memotivasi)**

*Motivating* atau Pemotivasian kegiatan merupakan salah satu fungsi manajemen berupa pemberian inspirasi, semangat dan dorongan kepada bawahan, agar bawahan melakukan kegiatan secara sukarela sesuai apa yang diinginkan oleh atasan.

1. ***Controlling* (mengendalikan)**

*Controlling* atau pengawasan, sering juga disebut pengendalian adalah salah satu fungsi manajemen yang berupa mengadakanpenilaian, bila perlu mengadakan koreksi sehingga apa yang dilakukan bawahan dapat diarahkan kejalan yang benar dengan maksud dengan tujuan yang telah digariskan semula.

1. ***Evaluating* (mengevaluasi)**

Evaluating adalah proses pengawasan dan pengendalian performa perusahaan untuk memastikan bahwa jalannya perusahaan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan. Seorang manajer dituntut untuk menemukan masalah yang ada dalam operasional perusahaan kemudian memecahkannya sebelum masalah itu menjadi semakin besar.

**2.2. Kualitas Pelayanan**

 Menurut *Institute of Medicine* (IOM), Flynn, E., 2004 ada enam dimensi kualitas pelayanan yaitu keselamatan pasien (*safety*), efisiensi (*efficient*), efektif (*effective*), tepat waktu (*timeliness*), berorientasi pada pasien (*patient* *centered*), dan Keadilan (*equity*).

1. ***Safety***

Keselamatan pasien adalah bagian dari mutu. Diantara sasaran mutu, keselamatan merupakan sasaran yang paling dirasakan oleh pasien. Pelayanan yang bermutu sudah pasti tidak mencedrai pasien. Layanan bermutu sudah pasti aman. *Institute of Medicine* keselamatan pasien didefinisikan sebagai layanan yang tidak mencedrai atau merugikan pasien *(safety is defined as freedom from accidental injury).*Dengan demikian, layanan yang mengandung unsur kesalahan namun tidak sampai merugikan pasien (mencederai fisik, finansial), namun implementasinya dalam rangka mencapai keselamatan pasien tidaklah sesederhana definisinya.

1. **Efektif**

Menurut Dr. Peter, F. Drucker, efektif dapat diartikan mengerjakan pekerjaan yang benar *(doing the right things).* Secara teknis, definisi efektif, lebih mudah dipahami bila dikaitkan dengan penerapan klinis, yaitu efektivitas klinis. Uji klinis randomisasi *(randomized controlled trial,* *RCT)* adalah kunci penelitian efektivitas klinis. Jadi, pengertian Efektif disini identik dengan standar yang telah ditentukan atau standar terkini. Standar yang dianggap paling benar dan terkini adalah hasil penelitianyang bersifat RCT (palling baik).

1. **Efisiensi**

Menurut Dr. Peter, F. Drucker, efisien diartikan mengerjakan pekerjaan dengan benar *(doing things right).* Sistem pelayanan kesehatan dituntut untuk lebih efisien. Pelayanan yang efisien berarti menghindari segala pemborosan dalam menyediakan alat, mengurangi masa rawat inap, serta mengurangi pemeriksaan diagnostik dan terapi yang tidak perlu. Misalnya, tidak semua pasien demam berdarah harus dirawat, harus diseleksi kasus-kasus yang memang memerlukan rawat inap berdasarkan penilaian kriteria klinis. Beberapa contoh pernyataan efisiensi adalah efisiensi dalam penggunaan sumber daya yang ada, efisiensi dalam lama masa rawat inap, menurunkan pemakaian antibiotik pada penyakit ISPA.

1. ***Timeliness***

Menurut IOM, *timeliness* adalah salah satu ukuran kepuasan pelanggan yaitu pelayanan tepat waktu. Salah satu wujud nyata peningkatan mutu dilakukan melalui pelayanan yang tepat waktu *just-in-time* (baik bagi internal maupun eksternal). Pelayanan yang sangat lama, bertele-tele antrean yang panjang bukan hanya memberikan efek ketidakpuasan bagi para pasien, melainkan juga memberikan efek buruk bagi keselamatan pasien. Contoh pelayanan yang tidak memperhatikan aspek ketepatan waktu adalah, penanganan pasien gawat darurat kurang dari 15 menit, waktu tunggu operasi efektif kurang dari 24 jam, waktu tunggu pelayanan radiologi, laboratorium, dan farmasi menjadi lebih cepat.

1. ***Patient Centeredness***

Menurut IOM adalah pelayanan yang berfokus pada pasien bukan konsep yang baru, namun nila-nilai ini telah diabaikan oleh dokter-dokter. Kecenderungan yang terjadi saat ini berorientasi pada teknologi (*technology* *centered*), berpusat pada dokter (*doctor* *centered*), berpusat pada rumah sakit (*hospital* *centered*), dan berpusat kepada penyakit (*disease centered*).

1. ***Equity***

Menurut IOM, John Rawls 1971 menekankan pentingnya keadilan distributif, yakni perlakuan yang sama bagi kasus-kasus yang sama. Memperlakukan satu kelas pasien secara berbeda-beda dengan alasan perbedaan umur, letak tempat tinggal, pendapatan, agama, dan sebagainya tidak bisa diterima.

Kualitas jasa menurut Rangkuti (2006 : 28) didefinisikan sebagai penyampaian jasa yang akan melebihi tingkat kepentingan pelanggan. Terdapat 2 jenis kualitas yang digunakan untuk menilai kualitas jasa itu sendiri, antara lain : 1) Kualitas teknik (*outcome*), yaitu kualitas hasil kerja penyampaian jasa itu sendiri. 2) Kualitas pelayanan (proses), yaitu kualitas cara penyampaian jasa tersebut. Menurut Kotler dan Amstrong (2007 : 368), Tedapat empat karakteristik utama yang mempengaruhi desain pemasaran suatu perusahaan :

1. Tidak berwujud (*Intangibility*)

Jasa memiliki sifat tidak berwujud, tidak bisa dilihat, diraba, didengar atau dicium, sebelum jasa itu dibeli.

1. Tidak terpisahkan (*Inseparability*)

Artinya jasa dihasilkan dan dikonsumsi secara bersamaan. Jika seseorang memberikan pelayanan, maka penyedianya merupakan bagian dari jasa tersebut. Karena kliennya juga hadir pada saat jasa dilakukan, interaksi penyedia dan klien merupakan ciri khusus pemasaran jasa. Baik penyedia maupun klien mempengaruhi hasil jasa.

1. Bervariasi (*Variability*)

Jasa sangat bervariasi tergantung pada siapa yang menyediakan serta kapan dan dimana jasa itu diberikan.

1. Mudah dilenyapkan (*Perishability*)

Jasa tidak bisa disimpan. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Kotler (2005:122-123) merumuskan model mutu yang terdiri dari lima dimensi kualitas jasa. Kelima dimensi kualitas jasa tersebut seperti yang ditulis terdiri dari :

* 1. *Reliability* (kehandalan): Kemampuan melaksanakan layanan yang dijanjikan secara meyakinkan dan akurat.
	2. *Responsiveness* (daya tanggap): Kemampuan membantu pelanggan dan memberikan jasa dengan cepat.
	3. *Assurance* (jaminan): Pengetahuan dan kesopanan karyawan dan kemampuan mereka untuk menyampaikan kepercayaan dan keyakinan
	4. *Empahty* (empati): Kesediaan memberikan perhatian yang mendalam dan khusus kepada masing-masing pelanggan.
	5. *Tangibles* (berwujud): Penampilan fasilitas fisik, perlengkapan, karyawan, dan bahan komunikasi. *(Jurnal, Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Dan Kepercayaan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Ganesha Gianyar, Enggie Rucitra Mulyana, Universitas Udayana, 2010)*

Modernitas dengan kemajuan teknologi akan mengakibatkan persaingan yang sangat ketat untuk memperoleh dan mempertahankan pelanggan. Kualitas pelayanan menjadi suatu keharusan yang harus dilakukan perusahaan supaya mampu bertahan dan tetap mendapat kepercayaan pelanggan. Pola konsumsi dan

gaya hidup pelanggan menuntut perusahaan mampu memberikan pelayanan yang berkualitas. Keberhasilan perusahaan dalam memberikan pelayanan yang berkualitas dapat ditentukan dengan pendekatan *service quality* yang telah dikembangkan oleh Parasuraman, Berry dan Zenthaml (dalam Lupiyoadi,2006: 181). *Service Quality* adalah seberapa jauh perbedaan antara harapan dan kenyataan para pelanggan atas layanan yang mereka terima. *Service Quality* dapat

diketahui dengan cara membandingkan persepsi pelanggan atas layanan yang benar-benar mereka terima dengan layanan sesungguhnya yang mereka harapkan. Kualitas pelayanan menjadi hal utama yang diperhatikan serius oleh perusahaan, yang melibatkan seluruh sumber daya yang dimiliki perusahaan.

Definisi mutu jasa berpusat pada pemenuhan kebutuhan dan keinginan pelanggan serta ketepatan penyampaian untuk mengimbangi harapan pelanggan. Menurut Wyckof (dalam Wisnalmawati, 2005:155) kualitas jasa adalah tingkat ,keunggulan yang diharapkan dan pengendalian atas tingkat keunggulan untuk memenuhi keinginan pelanggan. Apabila jasa yang diterima sesuai dengan yang diharapkan, maka kualitas jasa dipersepsikan baik dan memuaskan. Jika jasa yang diterima melampaui harapan pelanggan, maka kualitas jasa dipersepsikan ideal. Sebaliknya jika jasa yang diterima lebih rendah dari pada yang diharapkan, maka kualitas jasa dianggap buruk (Tjiptono, 2005:121). Mengacu pada pengertian kualitas layanan tersebut maka konsep kualitas layanan adalah suatu daya tanggap dan realitas dari jasa yang diberikan perusahaan. Kualitas pelayanan harus dimulai dari kebutuhan pelanggan dan berakhir pada persepsi pelanggan (Kotler, 1997) dalam Wisnalmawati (2005:156). Hal ini berarti bahwa kualitas yang baik bukanlah berdasarkan persepsi penyediaan jasa, melainkan berdasarkan persepsi pelanggan. Kualitas layanan mengacu pada penilaian-penilaian pelanggan tentang

inti pelayanan, yaitu si pemberi pelayanan itu sendiri atau keseluruhan organisasi

pelayanan, sebagian besar masyarakat sekarang mulai menampakkan tuntutan terhadap pelayanan prima, mereka bukan lagi sekedar membutuhkan produk yang bermutu tetapi mereka lebih senang menikmati kenyamanan pelayanan (Roesanto, 2000) dalam Nanang Tasunar (2006:44). Oleh karena itu dalam merumuskan strategi dan program pelayanan, organisasi harus berorientasi pada kepentingan pelanggan dan sangat memperhatikan dimensi kualitasnya (Suratno dan Purnama, 2004:74).

**2.2.1. Dimensi Kualitas Layanan**

 Sunarto (2003:244) mengidentifikasikan tujuh dimensi dasar dari kualitas yaitu:

a. Kinerja

Yaitu tingkat absolut kinerja barang atau jasa pada atribut kunci yang diidentifikasi para pelanggan.

b. Interaksi Pegawai

Yaitu seperti keramahan, sikap hormat, dan empati ditunjukkan oleh masyarakat

 yang memberikan jasa atau barang.

*c.* Keandalan

Yaitu konsistensi kinerja barang, jasa dan toko.

d. Daya Tahan

Yaitu rentan kehidupan produk dan kekuatan umum.

e. Ketepatan Waktu dan Kenyaman

Yaitu seberapa cepat produk diserahkan atau diperbaiki, seberapa cepat produk infomasi atau jasa diberikan.

f. Estetika

Yaitu lebih pada penampilan fisik barang atau toko dan daya tarik penyajian jasa.

g. Kesadaran akan Merek

Yaitu dampak positif atau negatif tambahan atas kualitas yang tampak, yang mengenal merek atau nama toko atas evaluasi pelanggan. Terdapat lima dimensi kualitas pelayanan menurut Parasuraman dalam Lupiyoadi (2006:182), yaitu:

1. *Tangibles*, atau bukti fisik yaitu kemampuan perusahaan dalam menunjukkan eksistensinya kepada pihak eksternal. Yang dimaksud bahwa penampilan dan kemampuan sarana dan prasarana fisik perusahaan dan keadaan lingkungan sekitarnya adalah bukti nyata dan pelayanan yang diberikan.

b. *Reliability*, atau kehandalan yaitu kemampuan perusahaan untuk memberikan pelayanan sesuai yang dijanjikan secara akurat dan terpercaya.

c. *Responsiveness*, atau ketanggapan yaitu suatu kemauan untuk membantu dan memberikan pelayanan yang cepat dan tepat kepada pelanggan, dengan penyampaian informasi yang jelas.

d. *Assurance*, atau jaminan dan kepastian yaitu pengetahuan, kesopansantunan, dan kemampuan para pegawai perusahaan untuk menumbuhkan rasa percaya para pelanggan kepada perusahaan. Terdiri dari beberapa komponen antara lain komunikasi, kredibilitas, keamanan, kompetensi dan sopan santun.

e. *Empathy*, yaitu memberikan perhatian yang tulus dan bersifat individual atau pribadi yang diberikan kepada para pelanggan dengan berupaya memahami keinginan pelanggan. Sebagai contoh perusahaan harus mengetahui keinginan pelanggan secara spesifik dari bentuk fisik produk atau jasa sampai pendistribusian yang tepat. Garvin dalam Tjiptono dan Chandra (2005:113) mengembangkan delapan dimensi kualitas, yaitu:

a. Kinerja (*performance*) yaitu mengenai karakteristik operasi pokok dari produk inti. Misalnya bentuk dan kemasan yang bagus akan lebih menarik pelanggan.

b. Ciri-ciri atau keistimewaan tambahan (*features*), yaitu karakteristik sekunder atau pelengkap.

c. Kehandalan (*reability*), yaitu kemungkinan kecil akan mengalami kerusakan atau gagal dipakai.

d. Kesesuaian dengan spesifikasi (*conformance to specifications*). Yaitu sejauh mana karakteristik desain dan operasi memenuhi standar-standar yang telah ditetapkan sebelumnya. Seperti halnya produk atau jasa yang diterima pelanggan harus sesuai bentuk sampai jenisnya dengan kesepakatan bersama.

e. Daya tahan (*durability*), berkaitan dengan berapa lama produk tersebut dapat terus digunakan. Biasanya pelanggan akan merasa puas bila produk yang dibeli tidak pernah rusak.

f. *Serviceability*, meliputi kecepatan, kompetensi, kenyamanan, mudah direparasi;

penanganan keluhan yang memuaskan.

g. Estetika, yaitu daya tarik produk terhadap panca indera. Misalnya kemasan produk dengan warna-warna cerah, kondisi gedung dan lain sebagainya.

h. Kualitas yang dipersepsikan (*perceived quality*), yaitu citra dan reputasi produk serta tanggung jawab perusahaan terhadapnya. Sebagai contoh merek yang lebih dikenal masyarakat (*brand image)* akan lebih dipercaya dari pada merek yang masih baru dan belum dikenal.

Bila menurut Hutt dan Speh dalam Nasution (2004: 47) Kualitas pelayanan terdiri dari tiga dimensi atau komponen utama yang terdiri dari :

a. *Technical Quality*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas *output* yang diterima oleh pelanggan. Bisa diperinci lagi menjadi :

1) *Search quality,* yaitu kualitas yang dapat dievaluasi pelanggan sebelum membeli, misalnya: harga dan barang.

2) *Experience quality,* yaitu kualitas yang hanya bisa dievaluasi pelanggan setelah membeli atau mengkonsumsi jasa atau produk. Contohnya ketepatan waktu, kecepatan pelayanan, dan kearapihan hasil.

3) *Credence quality,* yaitu sesuatu yang sukar dievaluasi pelanggan, meskipun telah mengkonsumsi suatu jasa.

b. *Functional quality*, yaitu komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu jasa.

c. *Corporate image*, yaitu yaitu profit, reputasi, citra umum, dan daya tarik khusus suatu perusahaan. Dari beberapa pendapat para ahli tentang dimensi kualitas pelayanan, dapat disimpulkan beberapa dimensi yang kredibel yaitu dengan memenuhi syarat agar sebuah pelayanan memungkinkan untuk menimbulkan kepuasan pelanggan. Adapun dimensi-dimensi tersebut yaitu: *Tangibles* atau bukti fisik, *Reliability* atau keandalan *Responsiveness* atau ketanggapan, *Assurance* atau jaminan, kepastian, *Empathy* atau kepedulian

**2.3. Manajemen Pemasaran**

Menurut **Kotler dan Keller (2007:6)** pemasaran adalah suatu proses sosial yang didalamnya individu dan kelompok mendapatkan apa yang mereka butuhkan dan inginkan dengan menciptakan, menawarkan, dan secara bebas mempertukarkan produk yang bernilai dengan pihak lain. Manajemen pemasaran menurut **Kotler dan Keller (2007:6)** adalah Seni dan ilmu memilih pasar sasaran dan mendapatkan, menjaga, dan menumbuhkan pelanggan dengan menciptakan, menyerahkan, dan mengkomunikasikan nilai pelanggan yang unggul.

* 1. **Pendapatan**

 Definisi pendapatan menurut Ikatan Akuntan Indonesia dalam bukunya Standar Akuntansi Keuangan (2004:23,2) bahwa pendapatan adalah Arus masuk bruto dari manfaat ekonomi yang timbul dari aktifitas normal perusahaan selama satu periode, bila arus masuk itu mengakibatkan kenaikan ekuitas, yang tidak berasal dari kontribusi peranan modal. Pendapatan adalah uang yang diterima atau yang akan diterima dalam suatu periode anggaran sebagai bayaran atas jasa yang diserahkan. *(Jurnal, Manfaat Penerapan Sistem Pengendalian Manajemen Dalam Meningkatkan Kinerja Instalasi Rawat Inap, Maria Mirna Triyane, Universitas Widyatama, 2015).*

**Pendapatan** yang dimaksud disini adalah Akumulasi selisih pemakaian biaya antara biaya klaim BPJS Kesehatan sistem INA-CBGS dengan *Real Cost* (biaya sebenarnya) yang dipakai setiap pasien. Selisih setiap pasien tersebut jika diakumulasikan dan dikelola dengan baik akan menghasilkan Pendapatan/pendapatan yang signifikan untuk Rumah Sakit.

 Pendapatan adalah arus kekayaaan dalam bentuk tunai, piutang atau aktiva lain yang masuk ke dalam perusahaan sebagai akibat penjualan jasa ( Aliminsyah dalam buku Istilah Akuntasi) Pendapatan merupakan salah satu indikator yang bisa dipakai mengukur tingkat kemakmuran penduduk suatu daerah dalam jangka waktu tertentu. Didalam ekonomi makro, pendapatan dibagi atas beberapa pendapatan diantaranya pendapatan relatif, pendapatan pribadi, pendapatan nasional, dan pendapatan disposibel.

* 1. Pendapatan Relatif

Dalam teori pendapatan relatif yang dikembangkan oleh Duessenberry, dia menggunakan dua asumsi, pertama, selera sebuah rumah tangga atas barang konsumsi adalah *interpenden*. Artinya pengeluaran konsumsi rumah tangga dipengaruhi oleh pengeluaran yang dilakukan oleh orang disekitarnya (tetangganya) kedua, pengeluaran konsumsi adalah *irreversible*. Artinya, pola pengeluaran seseorang pada saat penghasilan naik berbeda dengan pola pengeluaran pada saat penghasilan mengalami penurunan.

 Duessenberry menyatakan bahwa teori konsumsi atas dasar penghasilan absolut sebagaimana yang dikemukakan oleh Keynes tidak mempertimbangkan aspek psikologis seseorang dalam berkonsumsi. Duessenberry menyatakan bahwa pengeluaran konsumsi suatu rumah tangga (seseorang) sangat dipengaruhi posisi (kedudukan rumah tangga tersebut di masyarakat sekitarnya). Apabila seorang konsumen senantiasa melihat pola konsumsi tetangganya yang berpenghasilan lebih tinggi (*demontrations effect*). Namun, seseorang peniruan pola konsumsi tetangga harus dilihat dari kedudukan relatif orang tersebut pada masyarakat sekelilingnya.

 Kenaikan penghasilan masyarakat secara keseluruhan yang terjadi dari tahun ke tahun tidak akan mengubah distribusi penghasilan seluruh masyarakat. Kenaikan penghasilan absolut akan menaikkan pengeluaran masyarakat dan juga akan menaikkan jumlah yang ditabung pada proporsi yang sama. Ini berarti APC = C/Y tidak mengalami perubahan dan ini berarti pula APC = MPC yang merupakan konsumsi jangka panjang.

 Besarnya pengeluaran konsumsi seseorang dipengaruhi oleh besarnya penghasilan, maka pengeluaran konsumsi cenderung meningkat dengan proporsi tertentu. Sedangkan jika penghasilannya turun, maka ia akan mengurangi pengeluaran konsumsinya, namun proporsi penurunan konsumsinya lebih rendah dibandingkan dengan proporsi kenaikan pengeluaran konsumsi jika penghasilan naik

* 1. Pendapatan Pribadi

 Pendapatan pribadi dapat diartikan sebagai semua jenis pendapatan, termasuk pendapatan yang diperoleh tanpa memberikan sesuatu kegiatan apa pun, yang diterima oleh penduduk sesuatu negara. Dari arti istilah pendapatan pribadi ini dapatlah disimpulkan bahwa pendapatan pribadi telah termasuk juga pembayaran pindahan. Pembayaran tersebut merupakan pemberian-pemberian yang dilakukan oleh pemerintah kepada berbagai golongan masyarakat di mana para penerimanya tidak perlu memberikan suatu balas jasa atau usaha apapun sebagai imbalannya.

* 1. Pendapatan Nasional

 Dalam analisis makro-ekonomi selalu digunakan istilah “pendapatan nasional” atau *“national Pendapatan*” dan biasanya istilah itu dimaksudkan untuk menyatakan nilai barang dan jasa yang dihasilkan dalam suatu negara. Itu dipakai apabila menggunakan istilah Produk Domestik Bruto atau Produk Nasional Bruto. Disamping itu ada arti lain dari “pendapatan nasional”, dan untuk pengertian yang berlainan tersebut ditulis dengan menggunakan huruf besar untuk **P** dan **N**.

Pendapatan Nasional adalah jumlah dari pendapatan faktor-faktor produksi yang digunakan untuk memproduksi barang dan jasa dalam suatu tahun tertentu.

* 1. Pendapatan Disposibel.

 Apabila pendapatan pribadi dikurangi oleh pajak yang harus dibayar oleh penerima pendapatan, nilai yang tersisa dinamakan pendapatan disposibel.

**G. Jaminan Sosial**

Jaminan sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial yang diselenggarakan oleh negara guna menjamin warganegaranya untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar yang layak (UU Nomor 40 Tahun2004 pasal 1). Menurut Yaumil Agus Achir dalam jurnal ekonomi rakyat, jaminan sosial adalah program pemerintah dan masyarakat yang bertujuan memberi kepastian jumlah perlindungan kesejahteraan sosial agar setiap penduduk dapat memenuhi kebutuhan hidupnya menuju terwujudnya kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

Di Indonesia jaminan sosial diamanatkan dalam UUD 1045 pasal 27 ayat 2 dan juga dijamin dalam Deklarasi Hak Universal Hak Asasi Manusia oleh PBB tahun 1948 pasal 22 dan 25 yang memberikan jaminan secara universal.Terdapat berbagai cara atau pendekatan yang biasa digunakan oleh suatu negara dalam memberikan perlindungan jaminan sosial bagi warga negaranya yaitu ;

1. Pendekatan asuransi sosial yang pembiayaannya diambil dari premi yang dibayarkan oleh setiap tenaga kerja dan atau pemberi kerja yang besarannya selalu dikaitkan dengan besarnya upah atau penghasilan yang dibayarkan oleh pemberi kerja
2. Pendekatan bantuan sosial baik dalam bentuk pemberian bantuan uang tunai maupun pelayanan dengan bersumber pembiayaan dari negara dan bantuan masyarakat lainnya.

Tahun 2004, Indonesia telah mengeluarkan Undang-Undang No 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional. Dengan dikeluarkannya Undang Undang ini, bangsa Indonesia telah me miliki sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonseia.Melalui program ini, setiap penduduk diharapkan dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak apabila terjadi hal-hal yang dapat mengakibatkan hilang atau berkurangnya pendapatan, karena menderita sakit, mengalami kecelakaan, kehilangan pekerjaan, memasuki usia lanjut atau pensiun.

Berbagai program telah dijalani oleh pemerintah dalam beberapa dekade, namun baru mencakup sebagian kecil masyarakat. Sebagian besar masyarakat belum memperoleh perlindungan yang memadai.

Prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah sebagai berikut ;

1. Prinsip kegotongroyongan.

Prinsip ini diwujudkan dalam mekanisme gotong royong dari peserta yang mampu kepada peserta yang kurang mampu dalam bentuk kepesertaan wajib bagi seluruh rakyat; peserta berisiko rendah membantu yang berisiko tinggi; dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Melalui prinsip kegotongroyongan ini jaminan sosial dapat menumbuhkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

1. Prinsip Nirlaba.

Pengelolaan dana amanat tidak dimaksudkan mencari laba (nirlaba) bagi Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial, akan tetapi tujuan utama penyelenggraaan jaminan sosial adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Dana amanat, hasil pengembangannya, dan surplus anggaran akan dimanfaatkan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta.

1. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi dan efektivitas.

Prinsip-prinsip manajemen ini diterapkan dan mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

1. Prinsip portabilitas.

Jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

1. Prinsip kepesertaan bersifat wajib.

Kepesertaaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi.Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program. Tahapan pertama dimulai dari pekerja di sektor formal, bersamaan dengan itu sektor informal dapat menjadi peserta secara mandiri, sehingga pada akhirnya Sistem Jaminan Sosial Nasional dapat mencakup seluruh rakyat.

1. Prinsip dana amanat.

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta

1. Prinsip hasil pengelolaan Dana Jaminan Sosial Nasional dalam Undang-Undang ini adalah hasil berupa dividen dari pemegang saham yang dikembalikan untuk kepentingan peserta jaminan sosial. (Penjelasan UU No 40 tahun 2004)

**Paradigma Jaminan Sosial Nasional**

Sistem jaminan sosial nasional dibuat sesuai dengan “paradigma tiga pilar” yang direkomendasikan oleh Organisasi Perburuhan Internasional (ILO). Pilar-pilar itu adalah ;

1. Program bantuan sosial untuk anggota masyarakat yang tidak mempunyai sumber keuangan atau akses terhadap pelayanan yang dapat memenuhi kebutuhan pokok mereka. Bantuan ini diberikan kepada anggota masyarakat yang terbukti mempunyai kebutuhan mendesak, pada saat terjadi bencana alam, konflik sosial, menderita penyakit, atau kehilangan pekerjaan. Dana bantuan ini diambil dari APBN dan dari dana masyarakat setempat.
2. Program asuransi sosial yang bersifat wajib, dibiayai oleh iuran yang ditarik dari perusahaan dan pekerja. Iuran yang harus dibayar oleh peserta ditetapkan berdasarkan tingkat pendapatan/gaji, dan berdasarkan suatu standar hidup minimum yang berlaku di masyarakat.
3. Asuransi yang ditawarkan oleh sektor swasta secara sukarela, yang dapat dibeli oleh peserta apabila mereka ingin mendapat perlindungan sesuai atau lebih tinggi daripada jaminan sosial yang mereka peroleh dari iuran program asuransi sosial wajib. Iuran untuk program asuransi swasta ini berbeda menurut analisis risiko dari setiap peserta

**Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)**

Hak tingkat hidup yang memadai untuk kesehatan dan kesejahteraan dirinya dan keluarganya merupakan hak asasi manusia dan diakui oleh segenap bangsa-bangsa di dunia, termasuk Indonesia.

 Di Indonesia, falsafah dan dasar negara Pancasila terutama sila ke 5 juga mengakui hak asasi warga atas kesehatan. Hak ini juga termaktub dalam UUD 45 pasal 28H dan pasal 34, dan diatur dalam UU No 23/1992 yang kemudian diganti dengan UU 36/2009 tentang Kesehatan. Dalam UU 36/2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Sebaliknya, setiap orang juga mempunyai kewajiban turut serta dalam program jaminan kesehatan sosial.

 Untuk mewujudkan komitmen global dan konstitusi diatas, pemerintah bertanggung jawab atas pelaksanaan jaminan kesehatan masyarakat melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).Usaha kearah itu sesungguhnya telah dirintis pemerintah dengan menyelenggarakan beberapa bentuk jaminan sosial di bidang kesehatan antara lain diselenggarakan oleh PT Askes dan PT Jamsostek. Asuransi Kesehatan (Askes) yang diselenggarakan berdasarkan Peraturan Pemerinta Nomor 69 Tahun 1991 yang bersifat wajib bagi PNS/Penerima Pensiun/Perintis Kemerdekaan/Veteran dan anggota keluarganya. Untuk prajurit Tentara Nasional Indonesia (TNI), anggota Kepolisian Republik Indonesia (Polri), dan PNS Kementerian Pertahanan/TNI/Polri beserta keluarganya telah dilaksanakan program Asuransi Sosial Angkatan Bersenjata Indonesia (ASABRI) sesuai dengan Peraturan Pemerintah Nomor 67 Tahun 1991 yang merupakan perubahan atas Peraturan Pemerintah Nomor 44 Tahun 1971. Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) dilaksanakan berdasarkan Undang-Undang Nomor 3 Tahun 1992 tentang Jamsostek yang mencakup program jaminan pemeliharaan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua dan jaminan kematian bagi tenaga kerja. Untuk masyarakat miskin dan tidak mampu, pemerintah memberikan jaminan melalui skema Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Namun skema-skema tersebut masih terfragmentasi, terbagi-bagi. Biaya kesehatan dan mutu pelayanan menjadi sulit terkendali.

 Untuk mengatasi hal itu, pada tahun 2004 dikeluarkan Undang-Undang No 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)

Undang-Undang No 24 Tahun 2011 juga menetapkan Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.

 Asuransi kesehatan mengurangi risiko masyarakat menanggung biaya kesehatan dari kantong sendiri dalam jumlah yang sulit diprediksi dan kadang-kadang memerlukan biaya yang sangat besar. Untuk itu diperlukan jaminan dalam bentuk asuransi kesehatan karena peserta membayar premi dengan besaran tetap. Dengan demikian pembiayaan kesehatan ditanggung bersama secara gotong royong oleh seluruh peserta, sehingga tidak memberatkan secara orang per orang.

Manfaat dari asuransi kesehatan sosial sebagai berikut ;

1. Memberikan manfaat yang komprehensif dengan premi yang terjangkau.
2. Menerapkan prinsip kendali mutu, artinya peserta mendapatkan pelayanan bermutu, memadai dengan biaya yang wajar dan terkendali.
3. Menjamin sustainabilitas (kepastian pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan).
4. Memiliki portabilitas sehingga dapat digunakan di seluruh wilayah Indonesia.

**Tabel 2.1.**

**Delapan sasaran Pokok Peta Jalan JKN tahun 2014-2019**

|  |  |
| --- | --- |
| **Sasaran 1 Januari 2014** | **Sasaran 2019** |
| 1. BPJS Kesehatan mulai beroperasi
 | 1.BPJS Kesehatan beroperasi dengan baik |
| 1. BPJS Kesehatan mengelola jaminan kesehatan setidaknya bagi 121,6 juta peserta (sekitar 50 juta sudah dikelola Badan lain)
 | 2.Seluruh penduduk Indonesia (yang pada 2019 diperkirakan sekitar 257,5 juta jiwa) mendapat jaminan kesehatan melalui BPJS Kesehatan |
| 1. Paket manfaat medis yang dijamin adalah seluruh pengobatan untuk seluruh penyakit. Namun masih ada perbedaan kelas perawatan di rumah sakit bagi yang membayar iurannya sendiri dan bagi yang Penerima Bantuan Iuran (PBI) yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah
 | 3.Paket manfaat medis dan non medis (kelas perawatan) sudah sama, tidak ada perbedaan, untuk mewujudkan keadilan sosial bagi seluruh rakyat. |
| **Sasaran 1 Januari 2014** | **Sasaran 2019** |
| 1. Rencana Aksi Pengembangan fasilitas kesehatan tersusun dan mulai dilaksanakan.
 | 4.Jumlah dan sebaran fasilitas pelayanan kesehatan (termasuk tenaga dan alat-alat) sudah memadai untuk menjamin seluruh penduduk memenuhi kebutuhan medis mereka |
| 1. Seluruh peraturan pelaksanaan (PP, Pempres, Peraturan Menteri, dan Peraturan BPJS) yang merupakan turunan UU SJSN dan UU BPJS telah diundangkan dan diterbitkan
 | 5.Semua peraturan pelaksanaan telah disesuaikan secara berkala untuk menjamin kualitas layanan yang memadai dengan harga keekonomian yang layak |
| 1. Paling sedikit 75% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS
 | 6.Paling sedikit 85% peserta menyatakan puas, baik dalam layanan di BPJS maupun dalam layanan di fasilitas kesehatan yang dikontrak BPJS |
| 1. Paling sedikit 65% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS
 | 7.Paling sedikit 80% tenaga dan fasilitas kesehatan menyatakan puas atau mendapat pembayaran yang layak dari BPJS |
| 1. BPJS dikelola secara terbuka efisien dan akuntabel
 | 8.BPJS dikelola secara terbuka efisien dan akuntabel |

Sumber : Persi Banten 2013

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional, meliputi beberapa pengertian sebagai ``

1. **Peserta**

Adalah setiap orang termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia yang telah membayar iuran.

1. **Pekerja**

Adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain.

1. **Pemberi Kerja**

Adalah orang perseorangan, pengusaha, badan hukum, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja, atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya,

Peserta tersebut meliputi: Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

1. Peserta PBI Jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir mis­kin dan orang tidak mampu.
2. Peserta bukan PBI adalah Peserta yang tidak tergolong fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdiri atas:
3. Pekerja Penerima Upah dan anggota keluarganya.
4. Pekerja Bukan Penerima Upah dan anggota keluarganya.
5. Bukan Pekerja dan anggota keluarganya.
6. Penerima pensiunan.
7. WNI di Luar Negeri.

Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional dilakukan secara bertahap, yaitu tahap pertama mulai 1 Januari 2014, kepesertaannya paling sedikit meliputi: PBI Jaminan Kesehatan; Anggota TNI/PNS di lingkungan Kementerian Pertahanan dan anggota keluarganya; Anggota Polri/PNS di lingkungan Polri dan anggota keluarganya; peserta asuransi kesehatan PT Askes (Persero) beserta anggota keluarganya, serta peserta jaminan pemeliharaan kesehatan Jamsostek dan anggota keluarganya. Selanjutnya tahap kedua meliputi seluruh penduduk yang belum masuk sebagai Peserta BPJS Kesehatan paling lambat pada tanggal 1 Januari 2019.

* 1. **LOS *(Length of Stay)***

LOS (Length of Stay) atau ALOS (*Average Length of Stay*) adalah rata-rata lamanya (dinyatakan dalam hari) dari masing-masing penderita yang keluar bibagi jumlah penderita tersebut selama jangka waktu tertentu atau periode tertentu.

Manfaat:

1. Untuk mengatur efisiensi pelayanan rumah sakit (Instansi Rawat Inap)
2. Indikator ini disamping memberikan gambaran mutu pelayanan apabila ditetapkan pada diagnosa tertentu yang dijalankan “*tracer*” (yang perlu pengamatan lebih lanjut)

Interpretasi:

1. LOS ini mengambarkan lamanya seorang penderita dirawat oleh suatu rumah sakit dan secara tidak langsung menggambarkan efisiensi atau mutu perawatan rumah sakit (instalasi rawat inap tersebut)
2. Umumnya nilai makin kecil makin baik, tetapi bila harus membandingkan, harus dipikirkan faktor penyakit-penyakit yang berlainan (lamanya perawatan berlainan untuk penyakit yang berlainan) dan keadaan penderita waktu keluar (penderita yang keluar mati atau pulang paksa sdalam keadaan belum sembuh tidak menggambarkan lamanya dirawat sebenarnya)
3. Secara umum LOS yang ideal adalah 6-9 hari.

LOS yaitu jumlah hari pasien rawat inap tinggal di rumah sakit, ALOS (*Average Length of Stay* = Rata-rata lamanya pasien dirawat) dalam penghitungan statistik pelayanan rawat inap di rumah sakit (RS) dikenal dua istilah yang masih sering rancu dalam cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaannya. Dua istilah tersebut adalah Lama Dirawat (LD) dan Hari Perawatan (HP). Masing-masing istilah ini memiliki karakteristik cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang berbeda. *(Jurnal, Manfaat Penerapan Sistem Pengendalian Manajemen Dalam Meningkatkan Kinerja Instalasi Rawat Inap, Maria Mirna Triyane, Universitas Widyatama, 2015)*

1. **Lama Dirawat (LD)**

LD menunjukkan berapa hari lamanya seorang pasien dirawat inap pada satu episode perawatan. Satuan untuk LD adalah “hari”. Cara menghitung LD yaitu dengan menghitung selisih antara tanggal pulang (keluar dari RS, hidup maupun mati) dengan tanggal masuk RS. Dalam hal ini, untuk pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama – LDnya dihitung sebagai 1 hari.

**Contoh penghitungan LD:**

Beberapa istilah lain yang timbul berkaitan dengan penghitungan LD, antara lain: total LD (ΣLD) dan rerata LD. ΣLD menunjukkan total LD dari seluruh pasien yang dihitung dalam periode yang bersangkutan.

Contoh penghitungan Σ LD di suatu bangsal atau suatu RS:

Ket:

o : tanggal masuk

x : tanggal keluar

A-H : kode pasien

Pasien G sampai akhir bulan Juni belum pulang Pasien H masuk tanggal 20 Mei

Pada tabel diatas, tampak bahwa: pasien A dirawat selama 7 hari, pasien B dirawat 1 hari (masuk dan keluar pada hari yang sama), LD pasien G belum dapat dihitung karena pasien tersebut belum pulang, dan nLD pasien H (masuk tanggal 20 Mei) adalah 18 hari.

Tampak bahwa ΣLD periode Juni di bangsal Mawar tersebut adalah 76 hari. Dengan cara membagi ΣLD dengan jumlah pasien yang keluar pada periode tersebut maka didapatkan rerata LD periode Juni di bangsal Mawar, yaitu: Rerata LD = 76 / 7 = 10,86 hari

Angka rerata LD ini dikenal dengan istilah *average* *Length* *of Stay* (aLOS). aLOS merupakan salah satu parameter dalam penghitungan efisiensi penggunaan tempat tidur (TT) suatu bangsal atau RS. aLOS juga dibutuhkan untuk menggambar grafik *Barber-Johnson* (BJ). Kesalahan dalam mencatat dan menghitung LD berarti juga akan menyebabkan kesalahan dalam menggambar grafik BJ dan kesalahan dalam menghitung tingkat efisiensi penggunaan TT.

Jadi, untuk bisa menghitung LD dibutuhkan data tentang tanggal masuk dan tanggal keluar (baik keluar hidup maupun mati) dari setiap pasien. Umumnya data ini tercantum dalam formulir “Ringkasan Masuk dan Keluar (RM-1)”. Dalam beberapa kasus tidak cukup hanya mencatat tanggal masuk dan keluar saja, tapi juga butuh mencatat jam pasien tersebut masuk perawatan dan keluar perawatan, terutama jika pasien tersebut keluar dalam keadaan meninggal. Data jam ini dibutuhkan untuk menentukan apakah pasien tersebut meninggal sebelum atau sesudah 48 jam dalam perawatan. Angka statistik yang berkaitan dengan jam meninggal ini adalah *Gross Death Rate* (GDR) dan *Net Death Rate* (NDR).

1. **Hari Perawatan (HP)**

Jika LD menunjukkan lamanya pasien dirawat (dengan satuan “hari”), maka HP menunjukkan banyaknya beban merawat pasien dalam suatu periode. Jadi satuan untuk HP adalah “hari-pasien”.

Cara menghitung HP berbeda dengan cara menghitung LD (seperti telah dijelaskan terdahulu) maupun menghitung Sensus Harian Rawat Inap (SHRI). Dalam SHRI, maka angka utama yang dilaporkan adalah jumlah pasien sisa yang masih dirawat pada saat dilakukan penghitungan / sensus, sedangkan HP menghitung juga jumlah pasien yang masuk dan keluar pada hari yang sama meskipun saat dilakukan sensus pasien tersebut sudah tidak ada lagi.

Kembali pada ilustrasi penghitungan LD diatas:

Ket:

o : tanggal masuk

x : tanggal keluar

A-H : kode pasien

Pasien G sampai akhir bulan Juni belum pulang, Pasien H masuk tanggal 20 Mei Diasumsikan tgl 14-24 tidak ada pasien masuk maupun keluar. Dari tabel diatas tampak, bahwa: HP tanggal 5 Juni yaitu 5 hari-pasien, berarti tanggal 5 Juni beban kerja bangsal Mawar setara dengan merawat 5 pasien termasuk 1 orang pasien yang masuk dan keluar pada hari itu, HP tanggal 6 Juni yaitu 4 hari-pasien, berarti tanggal 6 Juni beban kerja bangsal Mawar setara dengan merawat 4 pasien,

HP tanggal 13 Juni 2 hari-pasien, berarti tanggal 13 Juni beban kerja bangsal Mawar setara dengan merawat 2 pasien, dan HP tanggal 30 Juni 1 hari-pasien, berarti tanggal 30 Juni beban kerja bangsal Mawar setara dengan merawat hanya 1 pasien.

Total HP (ΣHP) selama bulan Juni yaitu 73 hari-pasien, berarti selama bulan Juni beban kerja bangsal Mawar setara dengan merawat 73 pasien (atau rerata beban kerjanya selama bulan Juni setara dengan merawat 2,4 pasien per hari). Dibandingkan dengan hasil sensus (SHRI), maka yang tampak berbeda adalah hasil SHRI tanggal 5 Juni dengan hasil penghitungan HP pada tanggal yang sama. Jika HP tanggal 5 ada 5 hari-pasien, maka SHRI tanggal 5 adalah 4 pasien. Berarti pada tanggal 5 beban bangsal Mawar setara dengan merawat 5 pasien, namun pada saat dilakukan penghitungan sensus (umumnya dilakukan menjelang tengah malam) yang tersisa tinggal 4 pasien. Dengan pengertian ini maka angka HP lebih bisa memberi gambaran mengenai beban kerja dibandingkan hasil sensus.

Dari angka HP dapat dihitung angka lainnya, misalnya: Jumlah TT terpakai (*Occupaid* *bed* / O) = ΣHP dibagi jumlah hari dalam periode tersebut. Dalam contoh tabel diatas, berarti O = 57/30 = 1,9 buah. Tingkat penggunaan TT (*Bed* *Occupancy* *Rate* / BOR) = ΣHP dibagi (jumlah hari dikali jumlah TT tersedia) dikali 100%. Dalam contoh tabel diatas dengan asumsi bangsal Mawar memiliki 5 buah TT siap pakai, berarti BOR bangsal Mawar periode Juni = 57/(30x5)x100% = 57/150x100%=38%. Rerata jumlah hari dimana TT tidak terpakai atau TT menganggur (*Turn* *Over* *Interval* / TOI) = ((jumlah TT x jumlah hari)- ΣHP) / jumlah pasien keluar periode tersebut.

Dalam contoh tabel diatas dengan asumsi terdapat 5 TT siap pakai, berarti TOI bangsal Mawar periode Juni = ((5x30)-57)/7=13,3 hari (jumlah pasien keluar periode Juni ada 7 orang menurut tabel diatas). Jadi detiap TT rata-rata kosong 13,3 hari sebelum ditempati oleh pasien baru.

Kesimpulan

Jelas sudah bahwa LD dan HP berbeda cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaannya. Sangat disayangkan bahwa masih cukup banyak RS yang tertukar dalam menggunakan LD dan HP untuk menghitung rumus-rumus indikator pelayanan rawat inap. Demikian pula antara LD, HP, dan SHRI.

Dengan memperhatikan cara pencatatan, penghitungan, dan penggunaan yang benar antara LD, HP, dan SHRI maka akan didapatkan informasi yang lebih akurat dan valid untuk manajemen pasien rawat inap.

* 1. **Rumah Sakit**

 Berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 983/MenKes/SK/XI/1992, rumah sakit merupakan suatu unit yang mempunyai organisasi teratur, tempat pencegahan dan penyembuhan penyakit, peningkatan dan pemulihan kesehatan penderita yang dilakukan secara multidisiplin oleh berbagai kelompok profesional terdidik dan terlatih yang menggunakan prasarana dan sarana fisik. Rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan subspesialistik disebut rumah sakit umum.

**2.6.1.Fungsi Rumah Sakit**

 Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 159b/MenKes/Per/1998, fungsi rumah sakit adalah ;

a. Menyediakan dan menyelenggarakan pelayanan medik, penunjang medik, rehabilitasi, pencegahan dan peningkatan kesehatan.

b. Menyediakan tempat pendidikan dan atau latihan tenaga medik dan paramedik

c. Sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu dan teknologi bidang kesehatan.

**2.6.2. Tugas Rumah Sakit**

Tugas rumah sakit melaksanakan pelayanan kesehatan dengan mengutamakan kegiatan penyembuhan penderita dan pemulihan keadaan cacat badan dan jiwa yang dilaksanakan secara terpadu dengan upaya peningkatan (*promotif*) dan pencegahan (*preventif*) serta melaksanakan upaya rujukan.

**2.6.3. Jenis Pelayanan Rumah Sakit**

 Dalam Undang Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009, bahwa rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

**Pelayanan Rawat Inap**

 Menurut Nursalam (2001), pelayanan rawat inap merupakan salah satu unit pelayanan di rumah sakit yang memberikan pelayanan secara komprehensif untuk membantu menyelesaikan masalah yang dialami oleh pasien, dimana unit rawat inap merupakan salah satu *revenew center* rumah sakit

 Pelayanan rawat inap adalah suatu kelompok pelayanan kesehatan yang terdapat di rumah sakit yang merupakan gabungan dari beberapa fungsi pelayanan. Kategori pasien yang masuk rawat inap adalah pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi ketat karena penyakitnya. Rawat inap adalah pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, pengobatan, keperawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit karena penyakitnya. (Muninjaya, 2004)

* 1. Pembiayaan
1. Iuran

Iuran Jaminan Kesehatan adalah sejumlah uang yang dibayarkan secara teratur oleh Peserta, Pemberi Kerja, dan/atau Pemerintah untuk program Jaminan Kesehatan (pasal 16, Perpres No. 12/2013 tentang Jaminan Kesehatan)

1. Pembayar Iuran
	* Bagi Peserta PBI, iuran dibayar oleh Pemerintah.
	* Bagi Peserta Pekerja Penerima Upah, Iurannya dibayar oleh Pemberi Kerja dan Pekerja.
	* Bagi Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Peserta Bukan Pekerja iuran dibayar oleh Peserta yang bersangkutan.

Besarnya iuran Jaminan Kesehatan Nasional ditetapkan melalui Peraturan Presiden dan ditinjau ulang secara berkala sesuai dengan perkembangan sosial, ekonomi, dan kebutuhan dasar hidup yang layak.

1. Pembayaran Iuran

 Setiap Peserta wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah (untuk pekerja penerima upah) atau suatu jumlah nominal tertentu (bukan penerima upah dan PBI)

Setiap Pemberi Kerja wajib memungut iuran dari pekerjanya, menambahkan iuran peserta yang menjadi tanggung jawabnya, dan membayarkan iuran tersebut setiap bulan kepada BPJS Kesehatan secara berkala (paling lambat tanggal 10 setiap bulan). Apabila tanggal 10 (sepuluh) jatuh pada hari libur, maka iuran dibayarkan pada hari kerja berikutnya. Keterlambatan pembayaran iuran JKN dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) perbulan dari total iuran yang tertunggak dan dibayar oleh Pemberi Kerja.

1. Cara Pembayaran Fasilitas Kesehatan

 Terdapat dua metode pembayaran rumah sakit yaitu metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan yang diberikan, semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Metode pembayaran prospektif adalah pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarannya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan.

Adapun kelebihan dan kekurangan kedua metode sebagai berikut ;

Tabel 2.2.

**Kelebihan Dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
| Provider | Pembayaran lebih adil sesuai dengan kompleksitas pelayanan | Kurangnya kualitas koding akan menyebabkan ketidaksesuaian proses *grouping* (pengelompokan kasus) |
| Proses klaim lebuh cepat |
|  | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
| Pasien | Kualitas pelayanan baik | Pengurangan kuantitas pelayanan |
| Dapat memilih provider dengan pelayanan terbaik | Provider merujuk ke luar/RS lain |
| Pembayar | Terdapat pembagian risiko keuangan dengan provider | Memerlukan pemahaman mengenai konsep prospektif dalam implementasinya |
| Biaya administrasi lebih rendah | Memerlukan monitoring pasca klaim |
| Mendorong peningkatan sistem informasi |

Sumber : Permenkes Nomor 27 Tahun 2014

**Tabel 2.3.**

**Kelebihan Dan Kekuranagn Metode Pembayaran *Retrospektif***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
| Provider | Risiko keuangan sangat kecil | Tidak ada insentif untuk yang memberikan *Preventif Care* |
| Pendapatan rumah sakit tidak terbatas | *Supplier induced demand* |
| Pasien | Waktu tunggu yang lebih singkat | Jumlaqh pasien di klinik sangat banyak *“Overcrowded clinics”* |
| Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru | Kualitas pelayanan kurang |
|  | KELEBIHAN | KEKURANGAN |
| Pembayar | Mudah mencapai kesepakatan dengan provider | Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim |
| Meningkatkan risiko keuangan |

Sumber ; Permenkes Nomor 27 Tahun 201

 BPJS Kesehatan akan membayar pelayanan kesehatan yang telah dilakukan dengan metode prospektif yaitu kepada Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dengan Kapitasi sedangkan untuk Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan, BPJS Kesehatan membayar dengan sistem paket INA CBGs.

 Mengingat kondisi geografis Indonesia, tidak semua Fasilitas Kesehatan dapat dijangkau dengan mudah. Maka, jika di suatu daerah tidak memungkinkan pembayaran berdasarkan kapitasi, BPJS Kesehatan diberi wewenang untuk melakukan pembayaran dengan mekanisme lain yang lebih berhasil guna.

Semua Fasilitas Kesehatan meskipun tidak menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan wajib melayani pasien dalam keadaan gawat darurat, setelah keadaan gawat daruratnya teratasi dan pasien dapat dipindahkan, maka fasilitas kesehatan tersebut wajib merujuk ke fasilitas kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan.

 BPJS kesehatan akan membayar kepada fasilitas kesehatan yang tidak menjalin kerjasama setelah memberikan pelayanan gawat darurat setara dengan tarif yang berlaku di wilayah tersebut

**Pelayanan**

* 1. **Jenis Pelayanan**

 Ada 2 (dua) jenis pelayanan yang akan diperoleh oleh peserta JKN, yaitu berupa pelayanan kesehatan (manfaat medis) serta akomodasi dan ambulans (manfaat nonmedis). Ambulans hanya diberikan untuk pasien rujukan dari fasilitas kesehatan dengan kondisi tertentu yang ditetapkan oleh BPJS kesehatan

* 1. **Prosedur Pelayanan**

 Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan pertama-tama harus memperoleh pelayanan kesehatan pada fasilitas kesehatan tingkat pertama. Bila peserta memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjutan, maka hal itu harus dilakukan melalui rujukan oleh fasilitas kesehatan tingkat pertama, kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis.

* 1. **Kompensasi Pelayanan**

 Bila di suatu daerah belum tersedia fasilitas kesehatan yang memenuhi syarat guna memenuhi kebutuhan medis sejumlah peserta, BPJS kesehatan wajib memberikan kompensasi, yang dapat berupa: penggantian uang tunai, pengiriman tenaga kesehatan atau penyediaan fasilitas kesehatan tertentu. Penggantian uang tunai hanya digunakan untuk biaya pelayanan kesehatan dan transportasi.

* 1. **Penyelenggara Pelayanan Kesehatan.**

 Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang menjalin kerja sama dengan BPJS kesehatan baik fasilitas kesehatan milik Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan swasta yang memenuhi persyaratan melalui proses kredensialing dan rekredensialing.

* 1. [***Clinical* *Pathways***](http://inacbg.blogspot.com/2014/02/clinical-pathways.html)

[Clinical Pathways](http://inacbg.blogspot.com/2014/02/clinical-pathways.html) merupakan suatu konsep perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis dan asuhan keperawatan yang berbasis bukti dengan hasil yang terukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit.

* 1. **Sistem *Casemix* INA CBG**

Sistem *casemix* pertama kali dikembangkan di Indonesia pada tahun 2006 dengan nama INA DRG (Indonesia Diagnosis Related Group). Implementasi pembayaran dengan INA DRG dimulai 1 September 2008 pada 15 rumah sakit vertikal, dan 1 Januari 2009 diperluas pada seluruh rumah sakit yang bekerja sama untuk progrm Jamkesmas.

 Pada tanggal 31 September 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA DRG ( *Indonesia* *Diagnosis* *Related* *Group*) menjadi INA CBGs ( *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 CBGs.

Sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif yaitu tarif INA-DRG tahun 2008, tarif INA-CBGs tahun 2013 dan tarif INA-CBGs tahun 2014. Tarif INA-CBGs 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 dan ICD-9 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).

Jadi dapat dikatakan bahwa *casemix* adalah suatu pengklasifikasian atau pengelompokan dari perawatan holistik pasien yang dirancang untuk meciptakan kelas-kelas yang relatif homogen dalam hal sumber daya yang akan digunakan dan berisikan pasien-pasien dengan karakteristik klinis yang sejenis (George Palmer, Beith Reid). *Case BaseGroup* (CBG) yaitu cara pembayaran keseluruhan biaya perawatan pasien berdasarkan diagnosis atau kasus yang relatif sama.

Selama ini yang terjadi dalam pembiayaan kesehatan pasien di sarana kesehatan adalah *Fee For Service* yaitu provider pelayanan kesehatan menarik biaya pada pasien untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan . Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai tarif yang ada rumah sakit. Dengan sistem ini kemungkinan moral hazard oleh pihak rumah sakit relatif besar. Sistem INA-CBGs dikembangkan dari sistem *casemix*  UNU-IIGH (*The* *United* *Nations* *University*-*International* *Institute* *for* *Global* *Health*). Proyek UNU INA-CBGs ini didanai oleh *Australian* *Agency* *for* *International* *Development* (AusAID). Manual untuk INA-CBGs ini sendiri telah resmi diserahkan pada Kementrian Kesehatan Indonesia pada tanggal 9 Januari 2013 lalu.

**Komponen *Casemix* adalah** ;



Manfaat dari penerapan kebijakan program *Casemix* INA CBGs secara umum ;

* 1. Secara Medis;

Para klinisi dapat mengembangkan perawatan pasien secara komprehensif , tetapi langsung kepada penanganan penyakit yang diderita pasien

* 1. Secara Ekonomi;

Dalam hal keuangan jadi lebih efisien dan efektif dalam penganggaran biaya kesehatan

* 1. Bagi Pasien;

Adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan penyakitnya. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga dapat mengurangi risiko yang dihadapi pasien

* 1. Bagi Rumah Sakit;

Runah sakit mendapatkan pembiayaan berdasarkan beban kerja yang sebenarnya. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit. Bagi dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk pelayanan yang lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialis agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor kualitas hidup dengan cara yang lebih objektif.

Perencanaan *budget* anggaran pembiayaan dan belanja lebih akurat. Juga dapat mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi.

Keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran. Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *Clinical Pathway*. Manfaat bagi penyandangdana pemerintah (*Provider*) dapat meningkatkan efisiensi dalam pengalokasian anggaran pembiayaan kesehatan. Dengan anggaran pembiayaan yang efisien, *equity* terhadap masyarakat luas akan terjangkau.

Penentuan tarif jasa medis dalam INA CBGs adalah suatu sistem pengelompokan berdasarkan

1. Ciri klinis yang sama
2. Biaya perawatan yang sama, dan
3. Kelas perawatan yang sama

Dengan klasifikasi diagnosis ; ICD X (14.500 kode) dan klasifikasi prosedur/tindakan ; ICD IX-CM (7.500 kode) termasuk penambahan diagnosis sekunder ; penyakit penyerta dan komplikasi ataupun penyulit yang dikaitkan langsung dengan pembiayaan kesehatan terhadap pasien yang didalamnya termasuk jasa medis.Dalam tariffINA-CBGs dikelompokkan menjadi 1077 (789kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan)

1. **Asuransi**

Asuransi adalah istilah yang digunakan untuk merujuk pada tindakan, sistem, atau bisnis di mana perlindungan finansial (atau ganti rugi secara finansial) untuk jiwa, properti, kesehatan, dan lain sebagainya mendapatkan penggantian dari kejadian-kejadian yang tidak dapat diduga yang dapat terjadi seperti ; kematian, kerusakan atau sakit, dimana melibatkan pembayaran premi secara teratur dalam jangka waktu tertentu sebagai ganti polis yang menjamin perlindungan tersebut.

Prinsip dasar asuransi ada 6 yaitu ;

1. *Insurable interest*

Hak untuk mengasuransikan yang timbul dari suatu hubungan keuangan antara tertanggung dengan yang diasuransikan atau diakui secara hukum.

2. *Utmost good faith*

Suatu tindakan untuk mengungkapkan secara akurat dan lengkap semua fakta material mengenai sesuatu yang akan diasuransikan baik diminta maupun tidak. Artinya adalah si penanggung harus dengan jujur menerangkan dengan jelas segala sesuatu tentang kondisi dari asuransi dan si tertanggung juga harus memberikan keterangan yang jelas dan benar atas objek atau kepentingan yang dipertanggungkan.

3*. Proximate cause*

Suatu penyebab aktif, efisien yang menimbulkan rantaian kejadian yang menimbulkan suatu akibat tanpa adanya *intervensi* suatu yang mulai dan secara aktif dari sumber yang baru dan independen.

4. *Indemnity*

Suatu mekanisme dimana penanggung menyediakan kompensasi finansial dalam upayanya menempatkan tertanggung dalam posisi keuangan yang ia miliki sesaat sebelum terjadinya kerugian.

5. *Subrogotion*

Pengalihan hak tuntut dau tertanggung kepada penanggung setelah klaim dibayar.

6. *Contribution*

Hak penanggung untuk mengajak penanggung lainnya yang sama-sama menanggung, tetapi tidak harus sama kewajibannya terhadap tertanggung untuk ikut memberikan indemnity. ((*The* *free* *dictionary*.*com* ; *Insurance*, UU No 2 tahun 1992).

Definisi Asuransi Kesehatan ;

Adalah salah satu jenis produk asuransi yang khusus untuk menjamin biaya kesehatan atau perawatan para anggota asuransi tersebut . Secara garis besar ada dua jenis yang ditawarkan perusahaan asuransi yaitu rawat inap (*in-patient treatment*) dan rawat jalan (*out-patient treatment*).

* 1. **Kerangka Pemikiran**

Penelitian ini akan mengungkap pengaruh dan kualitas pelayan terhadap los (*length of stay*) dampaknya pada Pendapatan RS. Paru Dr. H. A. Rotinsulu Di Bandung. Secara konseptual length of stay dipengaruhi oleh banyak faktor, salah satunya adalah penenganan penderita sejak awal secara tepat dan baik ( Lynelle, 1995). length of stay memberikan gambaran tingakt efisiensi, juga dapat memberikan gambaran mutu pelayanan yang apabila di terapkan pada diagnosis tertentu dapat dijadikan hal yang memerlukan pengamatan lebih lanjut. (Jurnal, Vita Maryah Ardiyani , M. Titin Andri W, Rinik Eko K. Program Magister Keperawatan Gawat Darurat Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya, Analisis Peran Perawat *Triage* Terhadap *Waiting* *Time* Dan *Length* *Of* *Stay* Pada Ruang Triage Di Instalasi Gawat Darurat Rumah Sakit Dr Saiful Anwar Malang, 2015).

Kenyamanan yang terpenting dirasakan dari kinerja dan kualitas pelayanan yang diberikan oleh staf rumah sakit. Kualitas layanan dan kinerja yang sesuai dengan harapan atau lebih akan memberikan kepuasan bagi pasien, sebaliknya jika kualitas layanan dan kinerja yang diberikan tidak sesuai dengan harapan maka pasien akan merasa tidak puas. Kepuasan pasien secara tidak langsung akan menumbuhkan rasa kepercayaan terhadap rumah sakit dan menumbuhkan citra baik dalam benak pasien. Parasuraman, Zeithaml, dan Berry dalam Kotler (2005:122-123) merumuskan model mutu yang terdiri atas lima dimensi kualitas jasa yang diukur melalui: bukti fisik (*tagibles*), reliabilitas (*reliability*), daya tanggap (*responsiveness*), jaminan (*assurance*), dan empati (*empathy*).Tjiptono (2006:399) menyatakan bahwa pelanggan yang puas dan loyal

terhadap sebuah perusahaan cenderung lebih jarang menawar harga untuk setiap pembelian individualnya. Hal itu disebabkan faktor kepercayaan telah terbentuk. Pelanggan yakin perusahaan langganannya akan bersikap oportunistik dan memanfaatkan mereka untuk kepentingan sesaat. Dalam banyak kasus, kepuasan pelanggan mengalihkan fokus pada harga dan kualitas. Unsur kualitas layanan, kepuasan, dan kepercayaan telah banyak diteliti oleh penelitian sebelumnya, dimana kualitas layanan akan berpengaruh terhadap kepuasan dan kepercayaan (Jurnal, Enggie Rucitra Mulyana, Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap, Kepuasan Dan Kepercayaan Pasien Rawat Inap Rumah Sakit Ganesha Gianyar, Universitas Udayana, 2010)

Pembayaran sistem paket, jasa pelayanan yang diberikan kepada para klinisi/DPJP diberikan secara *flat*, artinya tidak tergantung dimana dikelas mana pasien tersebut dirawat*.* Sehingga dapat dikatakan dengan program JKN ini menguntungkan untuk rumah sakit baik rawat inap maupun pendapatan rumah sakit secara keseluruhan.Sampai bulan Juni 2014, omzet atau pendapatan rumah sakit naik 12% dan setelah dikurangi biaya didapatkan peningkatan laba naik lebih kurang 50%. Peningkatan laba ini terjadi karena pada pra JKN keuntungan sudah ditentukan 40%, dengan dilakukannya efisiensi dari bahan habis pakai, penggunaaan obat generik dan kerjasama dengan DPJP dimana LOS dapat diperpendek (berdasarkan *clinical pathway* yang telah dibuat), keuntungan dapat ditingkatkan lebih dari 50% di era JKN. Artinya yang terpenting adalah pengelolaan atau penanganan pasien secara efisien tanpa mengurangi mutu pelayanan. (Jurnal, tesis, Tintin Martini Salman, Gambaran Pendapatan Rawat Inap Pra Jaminan Kesehatan Nasional Dan Era Jaminan Kesehatan Nasional Di Rs An-Nisa Tangerang , 2014)

LOS (*Length Of Stay*)

Pendapatan

Kualitas Pelayanan

1. Safety
2. Efektif
3. Efisiensi
4. Timeliness
5. Patient Centredness
6. Equity

**(Institute of Medicine)**

Jurnal, Tintin Martini Salman, 2014

**Gambar 2.1**

**Paradigma Penelitian**

* 1. **Hipotesis Penelitian**

Terdapat pengaruh antara kualitas pelayanan terhadap pendapatan

Terdapat pengaruh antara kualitas pelayanan melalui LOS (*Length of Stay*) terhadap Pendapatan