

REVIEW MUTU LAYANAN DAN EFISIENSI PEMBIAYAAN KESEHATAN PESERTA JAMKESMAS PADA 21 RUMAH SAKIT UMUM DAN KHUSUS DI INDONESIA

(Quality of Services and Health Financing efficiency of Community Health Insurance (Jamkesmas) at 21 General and Specialty Hospitals in Indonesia)

Ristrini¹, Lusi Kristiana¹, dan Wasis Budiarto¹

Naskah masuk: 10 September 2013, Review 1: 13 September 2013, Review 2: 15 September 2013, Naskah layak terbit: 24 Oktober 2013

ABSTRAK

Latar belakang: Jamkesmas yang diselenggarakan sejak tahun 2008 dengan kuota 76,4 juta jiwa, dan sejak tahun 2012 meningkat menjadi 86,4 juta jiwa, mempunyai permasalahan utama yaitu ketidakadilan (*inequity*) dalam mutu dan pembiayaan kesehatan bagi peserta. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan analisis tentang mutu dan efisiensi pembiayaan kesehatan peserta Jamkesmas di rumah sakit. **Metode:** Penelitian ini dilakukan di 21 rumah sakit umum dan khusus di Indonesia, yang dipilih secara purposive. Sampel penelitian ini terdiri dari 9 RSUP, 9 RSUD dan 3 RS Khusus, yaitu rumah sakit kanker, rumah sakit jantung dan rumah sakit stroke. Rumah Sakit tersebut meliputi 8 RSU Kelas A, 8 RSU Kelas B, 2 RSU Kelas C dan 3 RS Khusus. Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan pasien rawat jalan dan rawat inap sebanyak 1700 pasien, dan dengan petugas rumah sakit sebanyak 280 orang. Data sekunder juga dikumpulkan dalam kaitannya dengan SDM, pembiayaan dan kunjungan. **Hasil:** Mutu ditinjau dari kecukupan dokter sangat variatif, kunjungan rawat jalan per dokter antara 570–2.372 kunjungan rawat jalan per dokter, dan 27–674 kunjungan rawat inap per dokter. Kecukupan tenaga keperawatan (perawat dan bidan) relatif lebih baik, yaitu untuk rawat jalan 123–671 kunjungan per tenaga keperawatan dan untuk rawat inap 3–127 kunjungan per tenaga keperawatan. Dimensi mutu menurut persepsi petugas kesehatan yang ditinjau dari kelengkapan fasilitas dan peralatan relatif sudah cukup baik dan lengkap. Dimensi mutu menurut pasien yang ditinjau dari harapan dan kenyataan menunjukkan sebagian besar sudah sesuai dengan harapan pasien, sedangkan yang kurang sesuai justru pelayanan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan langsung. Pembiayaan rumah sakit cukup besar yakni antara 33–460 miliar, dan sepertiganya untuk pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda. Proporsi pembiayaan untuk Jamkesda di RSUD lebih besar dibanding Jamkesmas, dan sebaliknya di RSUP proporsi pembiayaan Jamkesmas lebih besar dibanding Jamkesda. Alokasi pembiayaan Jamkesmas menurut petugas, sebagian besar petugas menyatakan bahwa pembiayaan untuk Jamkesmas sudah sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani, artinya pembiayaan sudah sesuai dengan yang dibutuhkan. **Saran:** Meningkatkan mutu pelayanan kesehatan khususnya yang menyangkut kelengkapan fasilitas dan peralatan (*domain teknik medik*) dan ketersediaan dokter, dan yang terpenting adalah tetap mempertahankan keberlangsungan Jamkesda pada era BPJS 2014.

Kata kunci: mutu pelayanan; pembiayaan kesehatan; efisiensi; jamkesmas

ABSTRACT

Background: Community Health Insurance (Jamkesmas) has been implementing maintained since 2008 with 76.4 million individual quota increased to 86.4 million in 2012. The major problem of involved is unfairness (*inequity*) in the quality and financing of health services for participants. This study aims to analyse the quality and financing of health perspective of Jamkesmas participants in the hospital. **Method:** This study was conducted in 21 general and specialty hospitals in Indonesia, The sample were selected purposively They were 9 Central Government hospitals (RSUP), 9 Regional hospital and 3 specialty hospital ie cancer hospital, cardiologie hospital and stroke hospital. Those hospital involved

¹ Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Badan Litbangkes, Kemenkes RI. Jl. Indrapura no. 17. Surabaya. Alamat Korespondensi: ristrini_sby@yahoo.com

covers 8 RSUs Class A General Hospital. 8 RSUs Class B, 2 RSUs Class C and 3 Specialty Hospital. Primary data was collected by interviewing 1700 outpatient and inpatients, and 280 hospital staffs. Secondary data were human resources, finance and coverage. Results: Quality of services review on the adequacy of the physician's quality was very varied. There were 570–2372 outpatient visits per physician, and 37–674 inpatients per doctor visit. Adequacy of nursing staff (nurses and midwives) was better, 123–671 outpatient visits per nursing staff and 3–127 inpatient visits per nursing staff. Quality of services according to health officers perceptions on equipment and facilities was good and complete. Quality of services according to patients' expectations and reality was appropriate, nevertheless the direct health services, were low. Hospital financing was very large, 33–460 billion, and one third for Jamkesmas and Regency Community Health Insurance (Jamkesda) services. Proportion Jamkesda funding in RSUD was larger than Jamkesmas while in RSUP, Jamkesda was smaller than Jamkesmas. Jamkesmas financing perspective according to the staff, was most of them stated that funding for Jamkesmas was matched and appropriate the number of served patients served, Recommendation: Improving the quality of health services particularly in the completeness of equipment and facilities (technical domain) and the availability of doctors, as well as retaining to BPJS 2014 is very needed and important.

Key words: *quality of service; health financing; efficiency; community health insurance*

PENDAHULUAN

Sejak tahun 2008 program jaminan pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin dilakukan melalui Jamkesmas, sebagai bagian dari pengembangan jaminan secara menyeluruh dengan kuota Nasional yang ditetapkan sebanyak 76,4 juta jiwa dan berlaku sampai tahun 2011, sedangkan tahun 2012 ditetapkan sebanyak 86,4 juta jiwa. Permasalahan utama dalam pelayanan kesehatan Jamkesmas adalah ketidakadilan (*inequity*) dalam mutu dan pembiayaan kesehatan bagi peserta. Kenyataan menunjukkan bahwa fasilitas yang diberikan kepada peserta berbeda, karena ketidakmerataan fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan khususnya rumah sakit. Sedangkan harapan peserta adalah tersedia pelayanan kesehatan yang efektif, merata, bermutu dan sesuai dengan yang dibutuhkan. Ketidakmerataan mutu dan pembiayaan fasilitas rumah sakit mengakibatkan layanan yang diterima peserta Jamkesmas juga akan berbeda yang selanjutnya akan menghasilkan dampak kesehatan yang berbeda pula bagi pesertanya.

Dalam hal pembiayaan, selama ini terdapat masalah dalam penyelenggaraan Jamkesmas khususnya dalam hal '*purchasing*' pelayanan kesehatan, di mana terdapat tunggakan pembayaran pelayanan kesehatan yang sudah dilakukan oleh rumah sakit dan puskesmas. Tetapi kadang terjadi masalah sebaliknya, yaitu jumlah biaya yang dibayarkan dalam INA-CBGs kepada pihak rumah sakit (sesuai dengan tarif rumah sakit) lebih besar daripada biaya sesungguhnya pelayanan kesehatan yang disediakan.

Donabedian dalam Pudjirahardjo (1997) merumuskan mutu pelayanan medik dibagi menjadi dua domain, yaitu domain teknik medik (*technical domain*)

yang berkaitan dengan teknologi bidang medik (*the quality of the technical care*), dan domain hubungan antar manusia (*interpersonal domain*) yang berkaitan dengan seni berhubungan dengan orang lain (*the quality of the art care*). Mutu layanan kesehatan dapat juga ditinjau dari tiga perspektif yaitu dari perspektif pasien (*consumer*), perspektif pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) dan perspektif pihak yang berkepentingan (*stakeholder*). Pendapat lain datang dari Fitzsimmons & Fitzsimmons (1994) yang mengemukakan mutu adalah seberapa jauh perbedaan antara kenyataan dan harapan bagi pelanggan atas layanan yang mereka terima, sehingga pelayanan kesehatan yang bermutu adalah pelayanan kesehatan yang dapat memuaskan setiap pemakai jasa pelayanan kesehatan sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta yang penyelenggaraannya sesuai dengan standar dan kode etik profesi.

Tujuan penelitian ini adalah teridentifikasinya perspektif mutu dan pembiayaan pelayanan kesehatan bagi peserta Jamkesmas di rumah sakit. Diharapkan hasil penelitian ini dapat memberikan gambaran tentang kondisi pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas sekarang ini, khususnya yang berkaitan dengan mutu dan pembiayaannya.

METODE

Penelitian ini dilakukan di 21 rumah sakit di Indonesia, yang meliputi 9 RSUP, 9 RSUD dan 3 Rumah Sakit Khusus, yang terbagi dalam 8 RSU Kelas A, 8 RSU Kelas B, 2 RSU Kelas C dan 3 RS Khusus. Responden penelitian ini adalah petugas kesehatan di rumah sakit yang berjumlah 280

orang sedangkan responden dari pasien peserta Jamkesmas sebanyak 1700 orang. Pada awalnya seluruh RSUP milik Kementerian Kesehatan dipilih sebagai sampel, tetapi karena alasan teknis, maka pada pelaksanaannya tercover 9 RSUP dan 3 RS Khusus. Untuk RSU Daerah dipilih secara purposif dengan memperhatikan kepemilikan rumah sakit dan *Fiscal Capacity Index* yakni di Kalimantan Timur (sangat tinggi), Sulawesi Selatan (tinggi) dan Jawa Tengah (rendah). Masing-masing provinsi dipilih secara purposive 1 RSUD milik Pemprov, 1 RSUD milik Pemkab dan 1 RSUD milik Pemkot.

Indikator mutu dipilih beberapa variabel yaitu: (1) rasio antara tenaga kesehatan (dokter dan tenaga keperawatan) dengan jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap, (2) mutu yang ditinjau dari persepsi petugas tentang kecukupan fasilitas dan peralatan untuk melayani pasien, (3) mutu yang ditinjau dari persepsi pasien tentang kesesuaian harapan dan kenyataan. Indikator pembiayaan meliputi dua variabel yaitu: (1) pembiayaan untuk Jamkesmas terhadap total pembiayaan rumah sakit, termasuk proporsi pembiayaan Jamkesmas dan Jamkesda serta, (2) persepsi pembiayaan menurut petugas. Pengukuran variabel persepsi petugas dan pasien menggunakan 4 skala yakni sangat lengkap/sesuai, lengkap/sesuai, tidak lengkap/sesuai dan sangat tidak lengkap/sesuai.

Pengumpulan data dilakukan melalui wawancara langsung dengan pasien (rawat inap dan rawat

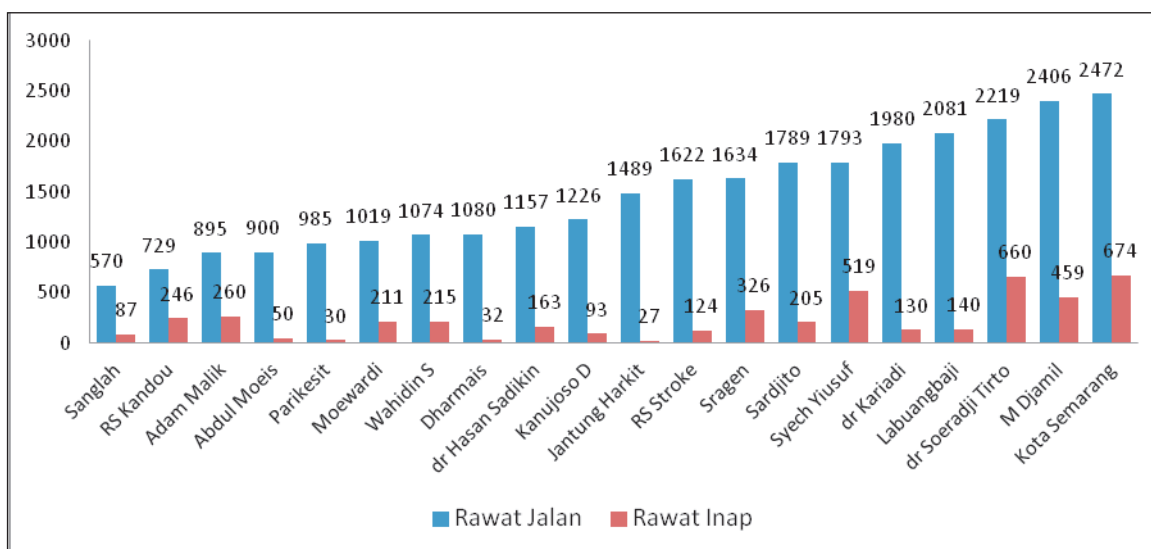
jalan) di rumah sakit dan petugas kesehatan, serta pengumpulan data sekunder yang diisi oleh petugas RS yang bersangkutan. Pasien rawat inap adalah pasien yang telah dirawat minimal 3 hari, dan pasien rawat jalan adalah pasien yang telah berkunjung minimal 3 kali di rumah sakit. Analisis dilakukan secara deskriptif.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Mutu Layanan Ditinjau dari Kecukupan Tenaga Kesehatan

Perspektif mutu ditinjau dari kecukupan tenaga kesehatan sesuai dengan konsep yang dikemukakan Cooperberg MR dkk. (2009) di mana mutu dapat dilihat dari tiga perspektif, yaitu struktur, proses dan atau outcome. Untuk perspektif struktur mengkaitkan antara cakupan pelayanan kesehatan dengan ketersediaan SDM kesehatannya. Kecukupan tenaga kesehatan dalam penelitian ini ditinjau dari 2 (dua) jenis tenaga kesehatan yaitu dokter dan tenaga keperawatan. Rasio kunjungan rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) dan rawat inap tingkat lanjut (RITL) per dokter merupakan hasil bagi antara jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap dengan jumlah seluruh dokter di rumah sakit, baik dokter umum maupun dokter ahli/spesialis.

Dari gambar 1 terlihat bahwa kunjungan rawat jalan per dokter yang tersedia tertinggi di RS Kota



Gambar 1. Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap per Dokter menurut Rumah Sakit

Semarang yakni 2.372 kunjungan per dokter pada tahun 2011. Rasio terendah untuk rawat jalan di RSUP Sanglah yakni 570 kunjungan rawat jalan per dokter. Di sini menunjukkan bahwa dokter di RSUD Kota Semarang mempunyai beban yang sangat besar sehingga melampaui batas normal pelayanan rawat jalan, sedangkan di RSUP Sanglah beban tersebut relatif rendah. Untuk rawat inap rasio kunjungan rawat inap per dokter yang terbesar juga RSUD Kota Semarang (674 kunjungan rawat inap per dokter), sedangkan yang terendah bebannya adalah RS Jantung Harapan Kita (27 kunjungan rawat inap per dokter). Hal tersebut mengindikasikan bahwa beban dokter yang terlalu besar akan menurunkan mutu layanannya karena akan mengalami kelelahan. Rasio kunjungan per dokter di RSUP relatif lebih baik dibandingkan dengan keadaan di RSUD, karena rekrutmen tenaga dokter untuk RSUD banyak mengalami kendala. Penelitian lain menyatakan bahwa rasio antara dokter dan tempat tidur 1:3,96 artinya dalam satu tahun seorang dokter melayani pasien di 4 tempat tidur saja, dan rata-rata tiap rumah sakit mengalokasikan tempat tidur untuk kelas III sebanyak 49,2%.

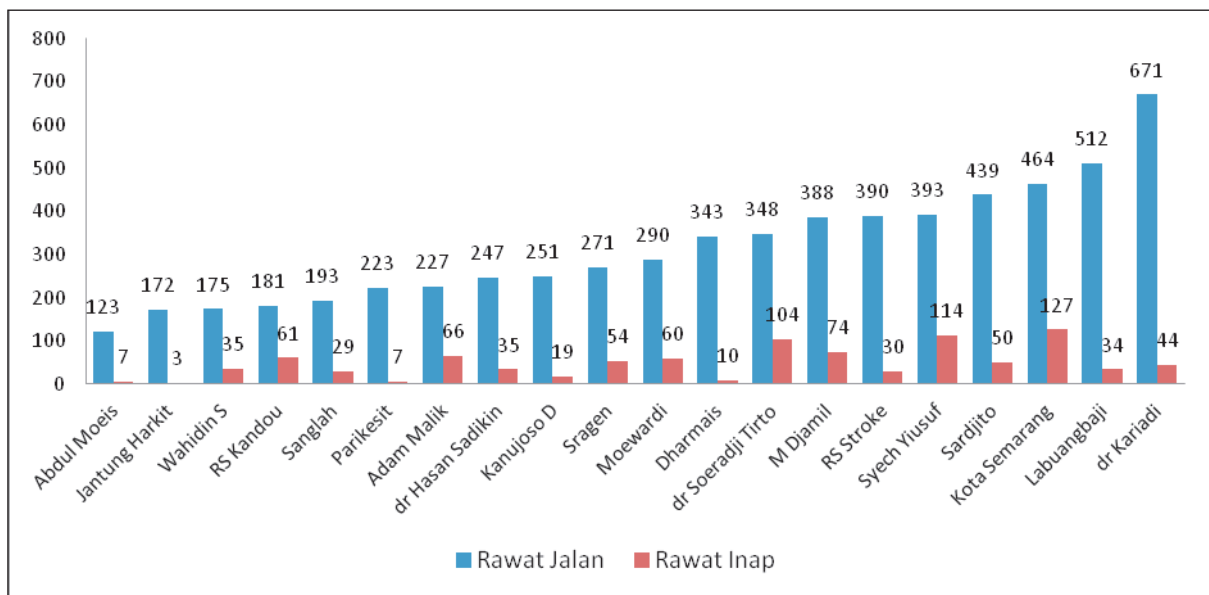
Analisis berikutnya adalah kecukupan tenaga keperawatan di rumah sakit. Rasio kunjungan rawat jalan dan rawat inap per tenaga keperawatan (perawat dan bidan) adalah hasil bagi antara jumlah kunjungan rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit dengan

jumlah seluruh tenaga keperawatannya, Jumlah tenaga bidan hanya 8,07% sedangkan tenaga perawat sebanyak 91,93% dari total tenaga keperawatan.

Dari gambar 2 menunjukkan bahwa RSUP dr. Kariadi merupakan rumah sakit yang rasio antara jumlah kunjungan rawat jalan dengan tenaga keperawatan paling tinggi (671 kunjungan rawat jalan per tenaga keperawatan) sedangkan yang terendah di RSUD dr. Abdul Moeis Kab. Gowa (123 kunjungan rawat jalan per tenaga keperawatan). Untuk rawat inap kunjungan per tenaga keperawatan yang tertinggi di RSUD Kota Semarang (127 kunjungan rawat inap per tenaga keperawatan) sedangkan yang terendah di RS Jantung Harapan Kita (3 kunjungan rawat inap per tenaga keperawatan). Di sini menunjukkan bahwa kondisi tenaga keperawatan sudah cukup baik, dalam arti rasio antara jumlah dengan jumlah kunjungannya.

Mutu Layanan menurut Petugas Kesehatan Rumah Sakit

Perspektif mutu menurut petugas kesehatan didasarkan pada teori yang menyatakan bahwa mutu adalah kesesuaian antara kenyataan dan kebutuhan sebagai nilai. Dasar yang lain adalah teori bahwa mutu adalah kesesuaian dengan kenyataan dengan kebutuhan – *conformance to requirement*, 8,9 sedangkan teori lain menyatakan bahwa mutu adalah kecocokan dalam penggunaan – *fitness for*



Gambar 2. Kunjungan Rawat Jalan dan Rawat Inap per Tenaga Keperawatan menurut Rumah Sakit

use. Yang dapat menyatakan kesesuaian antara kenyataan dan kebutuhan (*normative need*) adalah petugas kesehatan. Mutu menurut perspektif petugas kesehatan ditinjau dari kelengkapan fasilitas dan peralatan. Pendapat petugas kesehatan tentang kelengkapan fasilitas dan peralatan di beberapa instalasi dan bagian dalam memberikan layanan pada peserta Jamkesmas terlihat pada tabel 1.

Dari tabel 1 terlihat bahwa yang menyatakan lengkap & sangat lengkap sebanyak 73,45% sedangkan yang menyatakan kurang & sangat tidak lengkap sebanyak 14,26% saja, sedangkan lainnya tidak berpendapat. Fasilitas dan peralatan lengkap sebagian besar terdapat pada layanan yang hampir semua rumah sakit ada, seperti pelayanan umum, rawat jalan/rawat inap, gawat darurat, obat dan alat kesehatan, sedangkan yang dinyatakan tidak lengkap adalah pelayanan khusus seperti cuci darah, dan transplantasi organ. Di sini menunjukkan bahwa fasilitas dan peralatan rumah sakit untuk pelayanan dasar dan spesialisasi peserta Jamkesmas sudah cukup memadai, sedangkan untuk pelayanan khusus sebaiknya dilakukan rujukan ke rumah sakit yang mampu menangani.

Perspektif Mutu menurut Pasien Peserta Jamkesmas

Dasar teori yang dipakai dalam perspektif mutu menurut pasien adalah tercapainya harapan

pelanggan. Perspektif mutu dapat ditinjau dari kesesuaian antara kenyataan dan harapan pasien peserta Jamkesmas dalam pelayanan kesehatan. Dilakukan wawancara terhadap pasien peserta Jamkesmas di rumah sakit untuk rawat jalan dan rawat inap dengan jawaban pasien terdiri dari sangat tidak sesuai (STS), tidak sesuai (TS), sesuai (S) dan sangat sesuai (SS).

Dari tabel 2 terlihat bahwa pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dirasakan pasien Jamkesmas sebagian besar sudah sesuai dengan harapannya (76,31%), sedangkan yang kurang sesuai (3,92%) adalah pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan langsung, seperti visite dokter, layanan non medis oleh perawat/bidan, kunjungan perawat, layanan rawat inap dan administrasi rujukan. Di samping itu, fasilitas yang kurang sesuai dengan harapan pasien Jamkesmas adalah kondisi ruang rawat, suhu ruangan, pintu dan jendela, kasur dan sprei serta menu makanan untuk pasien rawat inap. Hal tersebut mengindikasikan bahwa pelayanan bagi peserta Jamkesmas sudah sesuai dengan harapan pasien, sedangkan yang kurang sesuai dengan harapan pasien justru pada pelayanan utama/mediknya. Hal yang sama juga dikemukakan JCAHCO bahwa mutu pelayanan kesehatan adalah memenuhi dan melebihi kebutuhan serta harapan pelanggan melalui peningkatan yang berkelanjutan (*continuous improvement*) atas

Tabel 1. Persentase Pendapat Petugas Kesehatan tentang Kelengkapan Fasilitas dan Peralatan RS (n = 280)

No	Instalasi	Kelengkapan Fasilitas dan Peralatan					Total
		TA	Sangat Lengkap	Lengkap	Kurang Lengkap	Sgt Tidak Lengkap	
1	Pelayanan Umum	3,93	27,50	61,43	6,79	0,36	100
2	Rawat Jalan	1,43	21,43	67,50	9,29	0,36	100
3	Rawat Inap	1,43	17,50	58,93	20,71	1,43	100
4	Gawat darurat	0,36	27,50	60,00	11,43	0,71	100
5	Pelayanan persalinan	4,64	22,86	60,00	12,14	0,36	100
6	Pelayanan transfusi darah	13,57	15,36	54,29	16,07	0,71	100
7	Pelayanan obat-obatan	1,43	14,29	67,50	16,07	0,71	100
8	Pelayanan alat kesehatan	5,71	14,29	59,64	20,36	0,00	100
9	Pelayanan cuci darah	21,43	17,86	50,00	10,36	0,36	100
10	Transplantasi organ	82,14	1,07	10,71	5,71	0,36	100
11	Pelayanan operasi	3,57	17,50	64,64	14,29	0,00	100
12	Teknologi informasi	7,86	15,36	54,29	22,14	0,36	100
	Persen Total	12,29	17,71	55,74	13,78	0,48	100

Tabel 2. Persentase Pendapat Pasien Peserta Jamkesmas tentang Kesesuaian Harapan dan Kenyataan Pelayanan Kesehatan di Rumah Sakit (n = 1700)

No	Aspek Pelayanan Kesehatan di RS	Tidak ada jawaban	Pendapat Pasien				Total
			STS	TS	S	SS	
1	Pelayanan dokter	0,82	0,24	3,24	91,65	4,06	100
2	Kunjungan dokter	30,47	0,12	2,82	63,41	3,18	100
3	Sikap dokter	1,24	0,24	3,00	89,71	5,82	100
4	Informasi dari dokter	4,59	0,12	6,00	85,24	4,06	100
5	Yan oleh per/bidan	4,29	0,00	2,18	89,82	3,71	100
6	Yan nonmed per/bidan	27,82	0,00	1,94	67,59	2,65	100
7	Kunjungan per/bidan	28,06	0,00	2,06	67,24	2,65	100
8	Sikap perawat/bidan	2,53	0,06	2,88	90,71	3,82	100
9	Penyampaian informasi	8,18	0,06	3,71	85,65	2,41	100
10	Layanan rawat inap	35,18	0,41	3,06	59,12	2,24	100
11	Pintu dan jendela rawat	27,94	0,53	3,18	66,00	2,35	100
12	Suhu ruangan	29,94	0,76	5,53	61,65	2,12	100
13	Tempat tidur	29,29	0,65	2,00	65,06	3,00	100
14	Kasur dan spreng	29,82	1,00	2,53	63,88	2,76	100
15	Menu makanan	35,00	0,29	3,65	58,76	2,29	100
16	Yan administrasi	10,76	0,06	7,29	79,47	2,41	100
17	Yan administrasi rujukan	30,12	0,12	7,06	61,12	1,59	100
Persen Total		19,77	0,27	3,65	73,30	3,01	100

seluruh proses. Hal tersebut agak berbeda dengan pendapat lain yang menyatakan bahwa mutu dari persepsi individu pasien dapat dilihat dari akses dan efektivitasnya, artinya komponen layanan kesehatan dapat dijangkau dan pelayanannya efektif baik dari aspek medisnya maupun hubungan interpersonalnya. Untuk itu perlu dilakukan pembenahan yang lebih baik untuk pelayanan kesehatan/medik bagi peserta Jamkesmas.

Dari beberapa bahasan tentang mutu, maka terdapat empat hal yang perlu diperhatikan dalam pendekatan untuk mencapai pelayanan prima melalui peningkatan mutu pelayanan, yaitu: (1) pelanggan dan harapannya, (2) perbaikan kinerja, (3) proses perbaikan dan (4) budaya yang mendukung perbaikan terus-menerus. (Feigenbaum, 1983)

Efisiensi Pembiayaan Jamkesmas

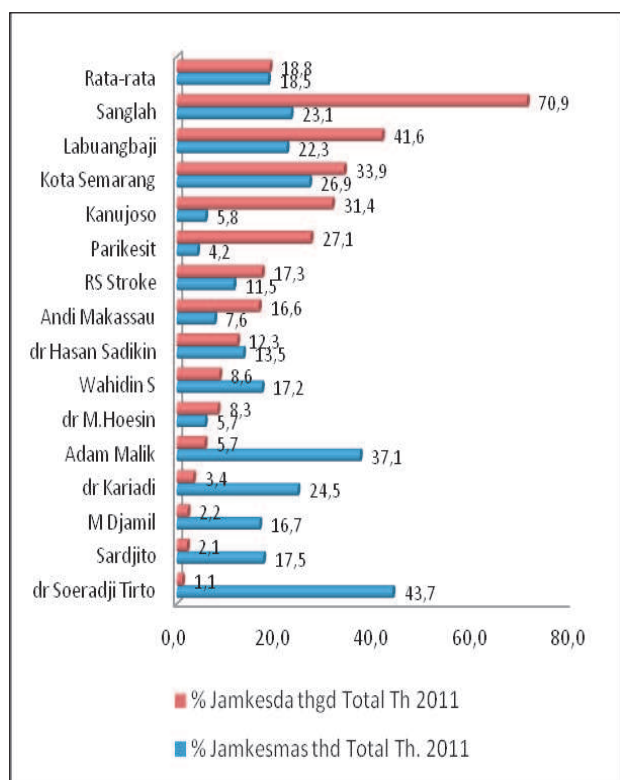
Salah satu bentuk efisiensi dalam konsep ekonomi yang berkaitan dengan kesehatan adalah efisiensi alokatif (*allocative efficiency*) yakni efisiensi

yang ditinjau dari penggunaan sumber daya yang serendah mungkin dengan hasil yang dapat dicapai seoptimal mungkin. Penelitian yang dilakukan di 54 unit pelayanan kesehatan mental di rumah sakit New Jersey menggunakan indikator efisiensi dengan mendasarkan pada pengukuran sumber daya termasuk pembiayaan dan kegiatan pelayanan serta dampaknya terhadap pasien. (Schinnar, 1990)

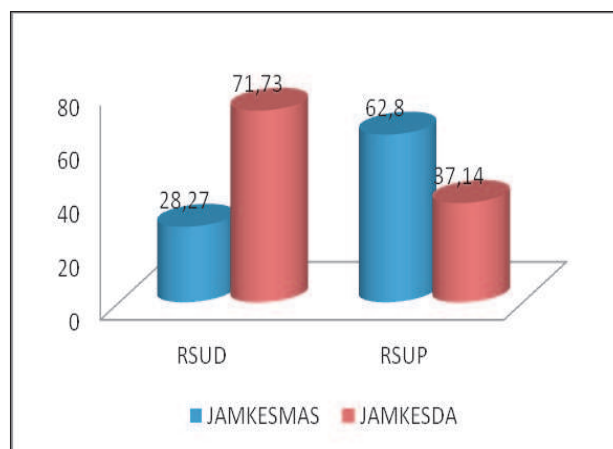
Pembiayaan kesehatan di rumah sakit diperoleh melalui penerimaan anggaran dan penerimaan dari penjualan jasa pelayanan kesehatan. Jumlah penerimaan total rumah sakit di daerah studi pada tahun 2011 secara rata-rata sebesar Rp.185.075.865.680,00 dengan range Rp.33.501.085.525,00 (RSUD Syech Yusuf) dan Rp.460.645.022.098,00 (RSUP Hasan Sadikin) menunjukkan bahwa penerimaan rumah sakit dari pelayanan kesehatan relatif cukup besar, walaupun juga terjadi ketidakmerataan yang besar pula. Proporsi penerimaan rumah sakit dari program Jamkesmas dan Jamkesda terhadap total penerimaan terlihat pada gambar 4.

Dari gambar 3 terlihat bahwa secara rata-rata proporsi penerimaan dari Jamkesmas dan Jamkesda terhadap total penerimaan tahun 2011 relatif sama, yakni sebesar 18,5% untuk Jamkesmas sedangkan Jamkesda rata-rata 18,8%. Di RSUP dr Soeradji Tirtonegoro, proporsi penerimaan Jamkesmas terhadap total cukup besar yakni 43,7%, sedangkan penerimaan dari Jamkesda hanya 1,1% dari total penerimaan rumah sakit. Untuk RSUP dr. Sardjito, RSUP dr. M Djamil, RSUP dr Kariadi, RSUP H Adam Malik dan RSUP dr Wahidin Soedirohusodo, proporsi penerimaan dari Jamkesmas di atas Jamkesda. Di RSUP Sanglah, proporsi penerimaan dari Jamkesda justru lebih besar (Jamkesmas 23,1% dan Jamkesda 70,9%). Untuk RSUD, proporsi penerimaan dari Jamkesda lebih tinggi dibandingkan dari Jamkesmas sedangkan di RSUD proporsi penerimaan Jamkesmas lebih besar, yang terlihat pada gambar 4.

Dari gambar 4 terlihat bahwa proporsi penerimaan klaim Jamkesmas dan Jamkesda di RSUP dan RSUD menunjukkan proporsi penerimaan klaim yang berbeda, di mana di RSUP proporsi Jamkesmas



Gambar 3. Proporsi Penerimaan Jamkesmas dan Jamkesda terhadap Total Tahun 2011.



Gambar 4. Proporsi Penerimaan RSUP dan RSUD dari Jamkesmas dan Jamkesda Tahun. 2011.

lebih besar (62,8%) dibandingkan proporsi Jamkesda (37,14%), sedangkan di RSUD proporsi penerimaan klaim Jamkesmas lebih kecil (28,27%) dibandingkan proporsi penerimaan klaim Jamkesda (71,73%).

Efisiensi Pembiayaan menurut Persepsi Petugas

Efisiensi pembiayaan Jamkesmas juga diperoleh dari wawancara dengan petugas kesehatan, untuk memberikan pendapatnya tentang kesesuaian antara pembiayaan dengan jumlah pasien yang ditangani rumah sakit yang terlihat pada tabel 3.

Dari tabel 3 terlihat bahwa sebagian besar petugas menyatakan bahwa pembiayaan Jamkesmas sudah sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani (61,19%), artinya sudah mencukupi sedangkan yang menyatakan tidak cukup sebanyak 26,52% dan yang tidak memberikan jawaban (tidak tahu) sebanyak 12,29%. Di sini menunjukkan bahwa pembiayaan yang diberikan untuk pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas di rumah sakit sudah cukup atau sudah sesuai dengan yang dibutuhkan.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Mutu layanan ditinjau dari kecukupan tenaga dokter sangat variatif di mana yang tertinggi 2.372 kunjungan rawat jalan per dokter dan terendah sebesar 570 kunjungan rawat jalan per dokter, dan untuk rawat inap tertinggi sebesar 674 kunjungan

Tabel 3. Persentase Persepsi Petugas Kesehatan Rumah Sakit tentang Kesesuaian antara Pembiayaan dengan Jumlah Pasien Jamkesmas yang Dilayani

No	Instalasi/Bagian	Tidak ada Jawaban	Kesesuaian Pembiayaan dengan Pasien				Total
			Sangat Sesuai	Sesuai	Kurang Sesuai	Sngt tidak Sesuai	
1	Pelayanan Umum	3,93	1,79	70,00	23,21	1,07	100
2	Rawat jalan	1,43	1,07	66,07	30,00	1,43	100
3	Rawat inap	1,43	0,71	56,79	38,21	2,86	100
4	Gawat darurat	0,36	0,71	65,71	30,71	2,50	100
5	Persalinan	4,64	2,14	71,07	21,43	0,71	100
6	Transfusi darah	13,57	1,07	63,57	21,07	0,71	100
7	Obat-obatan	1,43	2,50	69,64	25,36	1,07	100
8	Alat kesehatan	5,71	1,07	67,86	25,00	0,36	100
9	Cuci darah	21,43	1,07	56,79	19,64	1,07	100
10	Transplantasi organ	82,14	0,00	10,71	6,43	0,71	100
11	Pelayanan operasi	3,57	1,43	64,64	28,21	2,14	100
12	Teknologi Informasi	7,86	1,43	56,43	31,43	2,86	100
Persen Total		12,29	1,25	59,94	25,06	1,46	100

rawat inap per dokter dan terendah 27 kunjungan rawat inap per dokter. Perspektif mutu ditinjau dari kecukupan tenaga keperawatan tidak terlalu lebar perbedaannya, dan distribusinya sudah lebih baik, yakni tertinggi untuk rawat jalan sebesar 671 kunjungan per tenaga keperawatan dan terendah 123 kunjungan per tenaga keperawatan, sedangkan untuk rawat inap, yang tertinggi 127 kunjungan dan yang terendah 3 kunjungan per tenaga keperawatan.

Mutu layanan menurut petugas kesehatan yang ditinjau dari kelengkapan fasilitas dan peralatan untuk peserta Jamkesmas relatif sudah cukup baik, di mana 73,45% petugas menyatakan lengkap untuk pelayanan dasar dan spesialisasi, dan hanya 14,26% menyatakan tidak lengkap, khususnya untuk pelayanan yang bersifat khusus, misalnya hemodialisis, transplantasi organ

Mutu layanan menurut pasien yang ditinjau dari harapan dan kenyataan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagian besar sudah sesuai dengan harapannya (76,31%), sedangkan yang kurang sesuai (3,92%) justru pelayanan yang berkaitan dengan kesehatan langsung, seperti visite dokter, layanan non medis oleh perawat/bidan, kunjungan perawat, layanan rawat inap dan administrasi rujukan.

Pembiayaan rumah sakit yang besarnya rata-rata Rp. 185 miliar (range 33–460 milyar) hanya sepertiganya untuk pelayanan Jamkesmas dan Jamkesda (Jamkesmas 18,5% dan Jamkesda 18,6% dari total pembiayaan rumah sakit. Proporsi pembiayaan untuk Jamkesda di RSUD lebih besar dibanding Jamkesmas, dan sebaliknya di RSUP proporsi pembiayaan Jamkesmas lebih besar dibanding Jamkesda.

Efisiensi pembiayaan Jamkesmas menurut petugas, sebagian besar petugas (61,19%) menyatakan bahwa pembiayaan untuk Jamkesmas sudah sesuai dengan jumlah pasien yang dilayani, artinya pembiayaan sudah sesuai dengan yang dibutuhkan.

Saran

Untuk itu disarankan agar mutu pelayanan kesehatan khususnya yang menyangkut kelengkapan fasilitas dan peralatan (technical domain) dan ketersediaan SDM kesehatan khususnya dokter lebih ditingkatkan, serta tetap mempertahankan keberlangsungan Jamkesda pada era BPJS 2014, karena merupakan kontribusi nyata dari Pemda dalam meningkatkan derajat kesehatan warganya.

DAFTAR PUSTAKA

- Bhisma Murti. 2011. Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia, Dalam: Temu Ilmiah Reuni Akbar FK UNS, Solo 27 Nov 2010. FK UNS Solo.
- Campbell SM, Roland MO, Buetow SA. 2000. Defining Quality of Care. *Special Science Medicine*, December, 51(11): 1611–25.
- Cooperberg MR, Brikmever JO, Litwin MS. 2009. Defining high quality care. UN National Library of Medicine, National Institute of Health, Available at: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19573771>
- Crosby, Phillip B. 1979. *Quality is Free*, New York: McGraw-Hill, Available at: <www.hk5sa.com/tqm/tqmex/intro.html>
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Pedoman Penyelenggaraan Jamkesmas Tahun 2009*. Jakarta.
- Feigenbaum AV. 1983. *Total Quality Control: Principles, practice and administration*. Available at: <books.google.co.id/books/about/total_quality_control.html>
- Fitzsimmons, James A, Mona J. Fitzsimmons. 1994. *Service Management for Competitive Advantage*. First Edition. McGraw-Hill Book.Co. Singapore:
- Gilmore HL. 1974. Product Conformance Cost. *Quality Progress*, June 1974. p16
- Gronroos C and Parasuraman. 1990. *Service Management and Marketing: Managing the Moments of Truth in Service Competition*, Lexington Books, Lexington, Mass.
- Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization. 1990. *Primer on Indicator Development and Application, Measuring Quality of Health Care*, Joint Commission, Oakbrook Terrace III, Washington DC.
- Juran JM and Joseph A de Feo. 1988. *Juran's Quality Handbooks: the complete guide to performance excellence*. Available at: <www.amazon.com/jurans-guide-handbook_performance_excellence/dp/0071629734>
- Reeves CA and DA. Bednar. 1994. Defining Quality: Alternatives and Implications, *Academy and Management Review*, 19(3), pp. 173–202.
- Rust, Rolland T and TL. Keiningham. 1995. Return on Quality (ROQ): Making Service Quality Financially Accountable. *Journal of Marketing* 59(2): 58–70.
- Suparyanto. 2011. *Mutu Pelayanan Kesehatan*. Tersedia pada: dr.suparyanto.blogspot.com/2011/04/mutu-pelayanan-kesehatan.html
- Shortel SM and AD Kaluzny. 1998. *Health Care Management: A Text in Organization Theory and Behavior*, 4th edition, A Willey Medical Publication. New York.
- Schinnar, Stephen P. 1990. *Marketing Strategy, A Customer-Driven Approach*, New Jersey.
- Wasis Budiarto. 2012. *Analisis Utilisasi Jamkesmas dalam rangka Peningkatan Kinerja Rumah Sakit*, Laporan Penelitian, Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat, Surabaya.
- Widodo J. Pudjirahardjo. 1997. *Total Quality Management dan Mutu Rumah Sakit*, Dalam: Gugus Kendali Mutu Rumah Sakit, Kanwil Depkes Prop. Jatim, Surabaya 24 Juni 1997, Surabaya.