

BAB 2
KEBIJAKAN DAN PEMANFAATAN PELAYANAN
KESEHATAN : KAJIAN LITERATUR

2.1. Kebijakan Publik

Banyak para ahli mengemukakan mengenai definisi kebijakan publik, diantaranya menyatakan bahwa kebijakan publik adalah keputusan yang dibuat oleh negara, khususnya pemerintah, sebagai strategi untuk merealisasikan tujuan negara yang bersangkutan ataupun kebijakan publik adalah strategi untuk mengantar masyarakat pada masa awal, memasuki masa transisi, untuk menuju pada masyarakat yang di cita – citakan (Nugroho, 2006). Ciri – ciri penting dari pengertian kebijakan. pertama, kebijakan adalah suatu tindakan pemerintah yang mempunyai tujuan menciptakan kesejahteraan masyarakat. kedua, kebijakan dibuat melalui tahap – tahap yang sistematis sehingga semua variabel pokok dari semua permasalahan yang akan dipecahkan tercakup. ketiga, kebijakan harus dapat dilaksanakan oleh (unit) organisasi pelaksana. Dan keempat, kebijakan perlu dievaluasi sehingga diketahui berhasil atau tidaknya dalam menyelesaikan masalah (Nurcholis, 2007: 265).

Definisi dari masalah kebijakan tergantung pada pola keterlibatan pelaku kebijakan (*policy stakeholder*) yang khusus, yaitu para individu atau kelompok individu yang mempunyai andil didalam kebijakan karena mempengaruhi dan dipengaruhi oleh keputusan pemerintah. Pelaku kebijakan sering menangkap secara berbeda informasi yang sama mengenai lingkungan kebijakan. Lingkungan kebijakan (*policy environment*) yaitu konteks khusus dimana kejadian – kejadian di sekeliling isu kebijakan terjadi, mempengaruhi dan dipengaruhi oleh pembuat kebijakan dan kebijakan publik (Dunn, 2003). Menurut Howlet dan Ramesh (1995 : 11) dikutip dari Nurudin (2007), menyatakan bahwa proses kebijakan publik terdiri dari lima tahapan sebagai berikut :

1. Penyusunan agenda (*agenda setting*), yakni suatu proses agar suatu masalah bisa mendapat perhatian dari pemerintah.

2. Formulasi kebijakan (*Policy Formulation*), yakni proses perumusan pilihan – pilihan kebijakan oleh pemerintah.
3. Pembuatan kebijakan (*Decision Making*), yakni proses ketika pemerintah memilih untuk melakukan suatu tindakan atau tidak melakukan suatu tindakan.
4. Implementasi kebijakan (*Policy Implemetation*), yakni proses untuk melaksanakan kebijakan supaya mencapai hasil.
5. Evaluasi kebijakan (*Policy Evaluation*), yakni proses untuk memonitor dan menilai hasil atau kinerja kebijakan.

Pada pemerintah daerah, lembaga sah yang membuat perencanaan kebijakan publik adalah kepala daerah dan DPRD. Langkah – langkah yang dilakukan dalam membuat rencana kebijakan: pertama, membuat agenda kebijakan; kedua melakukan identifikasi kebutuhan; ketiga membahas usulan yang konkrit berdasarkan langkah kedua; keempat membahas usulan yang telah disajikan secara sistematis dan logis dalam DPRD; kelima penetapan kebijakan dalam bentuk Peraturan Daerah; dan keenam melaksanakan kebijakan yang telah ditetapkan dalam peraturan daerah tersebut oleh pemerintah daerah. (Nurcholis,2007: 267)

Pelaksanaan kebijakan publik bisa berjalan efektif diperlukan komitmen berbagai pihak. Pendekatan yang efektif untuk mendukung berjalannya suatu kebijakan adalah pendekatan dari bawah ke atas. Target sasaran, pelaksana dan penilai kebijakan adalah orang yang terkena dampak langsung dari suatu kebijakan. Mereka yang lebih mengetahui masalah serta pemecahan masalahnya. Mereka itulah orang – orang yang akan memberikan komitmen bagi suksesnya pelaksanaan kebijakan. Negara dapat mempertahankan kewenangannya dengan mengatasi masalah pada tingkat negara (Gardner,1992).

Menurut Meter dan Horn (1975) bahwa model proses implementasi kebijakan menekankan pada sifat kebijakan dalam setiap implementasi serta menghubungkan dengan isu kebijakan dan implemetasi kebijakan melalui suatu model konseptual yang mempertalikan kebijakan dengan *performance* kebijakan. Dalam proses implemetasi kebijakan ditekankan prosedur yang mengutamakan perubahan, kontrol dan kepatuhan bertindak. Implementasi kebijakan akan

berhasil bila perubahan yang dikehendaki relatif sedikit, sementara kesepakatan terhadap tujuan terutama dari mereka yang mengoperasikan program di lapangan relatif tinggi. Sedangkan yang menghubungkan antara kebijakan dan *performance* dipisahkan oleh sejumlah variabel bebas yang saling berkaitan. Variabel bebas itu adalah ukuran dan tujuan kebijakan, sumber – sumber kebijakan, ciri atau sifat instansi pelaksana, komunikasi antar organisasi terkait dan kegiatan pelaksanaan, sikap para pelaksana serta lingkungan ekonomi, sosial dan politik.

Kriteria pengukuran keberhasilan implementasi menurut Ripley dan Franklin (1986: 12) dikutip dari Akib dkk (2008), didasarkan pada tiga aspek, yaitu: (1) tingkat kepatuhan birokrasi terhadap birokrasi di atasnya atau tingkatan birokrasi sebagaimana diatur dalam undang-undang, (2) adanya kelancaran rutinitas dan tidak adanya masalah; serta (3) pelaksanaan dan dampak (manfaat) yang dikehendaki dari semua program yang ada terarah.

Menurut Samodra Wibawa dkk. seperti dikutip Nugroho (2006), evaluasi kebijakan publik memiliki empat fungsi, yaitu :

1. Eksplanasi. Melalui evaluasi dapat dipotret realitas pelaksanaan program dan dapat dibuat suatu generalisasi tentang pola – pola hubungan antar berbagai dimensi realitas yang diamati sehingga dapat mengidentifikasi masalah, kondisi, dan aktor yang mendukung keberhasilan atau kegagalan kebijakan
2. Kepatuhan. Melalui evaluasi dapat diketahui apakah tindakan yang dilakukan para pelaku, baik birokrasi maupun pelaku lainnya, sesuai dengan standar dan prosedur yang ditetapkan oleh kebijakan.
3. Audit. Melalui evaluasi dapat diketahui, apakah output benar – benar sampai ke tangan kelompok sasaran kebijakan atau justru ada kebocoran atau penyimpangan.
4. Akunting. Dengan evaluasi dapat diketahui apa akibat sosial ekonomi dari kebijakan tersebut.

Hasil evaluasi yang obyektif dapat dipakai untuk mempertimbangkan :

1. Apakah kebijakan tersebut tetap dipertahankan sesuai dengan kondisi saat itu atau harus diganti dengan kebijakan baru?

2. Apakah kebijakan tersebut perlu diperluas cakupannya karena berhasil dilaksanakan dengan baik?
3. Apakah Kebijakan tersebut dihentikan sama sekali karena tidak mencapai target yang diinginkan (Hanif Nurcholis,2007: 279).

2.2. Puskesmas

Puskesmas adalah suatu organisasi kesehatan fungsional yang merupakan pusat pengembangan, pembinaan dan pelayanan kesehatan masyarakat yang sekaligus merupakan pos terdepan dalam pembangunan kesehatan di wilayah kerjanya dalam bentuk kegiatan pokok. Untuk maksud tersebut puskesmas berfungsi melaksanakan tugas teknis dan administratif (Depkes RI, 1990). Pelayanan kesehatan yang diberikan puskesmas meliputi pelayanan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pengobatan, dan pemulihan kesehatan yang ditujukan kepada seluruh penduduk.

Wilayah kerja puskesmas meliputi satu kecamatan atau sebagian dari kecamatan. Faktor kepadatan penduduk, luas daerah, keadaan geografis dan keadaan infrastruktur lainnya merupakan bahan pertimbangan untuk menentukan wilayah kerja puskesmas. Sasaran penduduk yang dilayani oleh sebuah puskesmas rata – rata 30.000 penduduk untuk sebuah puskesmas. Fungsi puskesmas adalah :

1. Pusat penggerak pembangunan berwawasan kesehatan

Puskesmas diharapkan dapat bertindak sebagai motivator, fasilitator dan turut memantau penyelenggaraan proses pembangunan di wilayah kerjanya, supaya berdampak positif terhadap kesehatan masyarakat.

2. Pusat pemberdayaan masyarakat dan keluarga dalam pembangunan kesehatan.

Sebagai pusat pemberdayaan masyarakat, puskesmas ikut serta memberdayakan masyarakat agar masyarakat tahu, bersedia serta mampu menjaga dan mengatasi masalah kesehatan masyarakat secara mandiri.

3. Pusat pelayanan kesehatan tingkat pertama

Puskesmas merupakan pelayanan kesehatan pemerintah yang wajib menyelenggarakan pelayanan kesehatan secara bermutu, terjangkau adil dan merata. Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan adalah pelayanan kesehatan dasar yang sangat dibutuhkan oleh sebaagian masyarakat dan sangat strategis

dalam upaya memelihara dan melindungi serta meningkatkan status kesehatan gizi dan masyarakat (Depkes RI,2000).

Tarif pelayanan puskesmas dalam pengertian sehari – hari sama dengan harga atau *price* yang dapat didefinisikan sebagai nilai suatu jasa pelayanan kesehatan dengan sejumlah uang yang berdasarkan nilai tersebut, unit/penyedia pelayanan kesehatan bersedia memberikan jasa pelayanan kepada pasien (Depkes RI, 1992). Bagi pasien, tarif merupakan harga yang dibebankan kepadanya untuk memperoleh pelayanan jasa kesehatan kepada pengelola unit pelayanan kesehatan. Penetapan tarif berupa penyesuaian tarif yang berlaku adalah salah satu upaya memobilisir dana masyarakat agar secara bertahap dapat melepaskan diri dari ketergantungan pada anggaran pemerintah.

2.3. Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Menurut Anderson (1975) mengemukakan konsep bahwa perilaku seseorang terhadap pelayanan kesehatan dipengaruhi oleh tiga hal yaitu :

1. Karakteristik predisposisi (*Predisposing Characteristic*)

Setiap individu memiliki kecenderungan yang berbeda untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan karena adanya perbedaan – perbedaan karakteristik demografi, struktur sosial dan kepercayaan tentang kesehatan yang akan menolongnya menyembuhkan penyakit

2. Karakteristik Pendukung (*Enabling Characteristic*)

Karakteristik ini menggambarkan bagaimana individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan perlu didukung oleh faktor lain seperti : faktor pendapatan, ketercapaian atau kemudahan mendapatkan pelayanan kesehatan yang ada.

3. Karakteristik kebutuhan (*Need Characteristic*)

Kebutuhan merupakan dasar dan stimulus langsung untuk menggunakan pelayanan kesehatan bila faktor predisposing dan faktor enabling mendukung. Jadi secara umum dapat dikatakan bahwa *need characteristic* merupakan penentu akhir bagi individu dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Menurut Evans (1984) Seperti dikutip oleh Thabrany (2008), dibandingkan dengan kebutuhan hidup manusia yang lain kebutuhan pelayanan kesehatan mempunyai tiga ciri utama yang unik. Ketiga ciri utama tersebut adalah :

Uncertainty

Uncertainty atau ketidakpastian menunjukkan bahwa kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak bisa dipastikan, baik waktunya, tempatnya, maupun besarnya biaya yang dibutuhkan. Sifat inilah yang menyebabkan timbulnya respons penyelenggaran mekanisme asuransi di dalam pelayanan kesehatan. Mekanisme asuransi menghimpun (pooling) resiko perorangan menjadi resiko kelompok atau dari suatu kelompok kecil kepada kelompok yang lebih besar. Dengan pooling resiko itu kepada kelompok (dengan membayar premi) maka resiko tiap orang menjadi kecil/ringan dan pasti karena dipikul bersama secara periodik.

Asymetry of information

Sifat kedua, *asymetry of information* menunjukkan bahwa konsumen pelayanan kesehatan berada pada posisi jauh yang lebih lemah sedangkan provider (PPK seperti dokter) mengetahui jauh lebih banyak tentang manfaat dan kualitas pelayanan yang "dijualnya". Akibat dari ciri ini, konsumen individu mudah menjadi "mangsa" PPK. Sebagai respons institutional dari ciri ini adalah pengendalian dan pemantauan dari pemerintah atau pembayar untuk melindungi konsumen yang lemah. Sistem pembayaran kapitasi antara lain bertujuan untuk mengatasi masalah informasi asimetri ini.

Externality

Externality berarti bahwa konsumsi pelayanan kesehatan tidak saja mempengaruhi "pembeli/pengguna/konsumen" tetapi juga bukan konsumen. Demikian juga resiko kebutuhan pelayanan kesehatan tidak saja mengenai diri pembeli. Contohnya adalah konsumsi rokok yang mempunyai resiko lebih besar pada yang bukan perokok. Karena ciri ini, pelayanan kesehatan membutuhkan subsidi dalam berbagai bentuknya. Oleh karenanya, pembiayaan pelayanan kesehatan tidak saja menjadi tanggung jawab diri seseorang, akan tetapi juga merupakan tanggung jawab bersama (publik).

Ditambahkan Gani (1993) aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu memperhatikan sifat atau ciri khusus sektor kesehatan, hal ini menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya

berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan. Ciri khusus tersebut adalah sebagai berikut :

1. **Kejadian penyakit tidak terduga**

Umumnya orang tidak banyak bisa menduga tentang penyakit apa yang akan dialaminya di masa yang akan datang. Oleh. sebab itu juga tidak diketahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang ia butuhkan. Adanya ketidak pastian (*uncertainty*) ini berarti seseorang menghadapi suatu risiko (*risk*) akan sakit dan oleh karenanya juga risiko harus mengeluarkan biaya pengobatan. Kesadaran akan adanya risiko inilah yang mendorong orang untuk mau secara bersama-sama menanggungnya, yaitu dalam suatu bentuk asuransi.

2. **Consumer ignorance**

Ciri yang sangat khusus adalah besarnya ketergantungan konsumen pada penyedia (provider) pelayanan kesehatan. Ini disebabkan karena umumnya konsumen tersebut tidak tahu banyak tentang jenis pemeriksaan dan pengobatan yang diperlukannya. Providerlah yang menentukan jenis dan volume pelayanan yang perlu dikonsumsi oleh konsumen. Seringkali keputusan profesional tersebut sama sekali lepas dari pertimbangan biaya dan kemampuan membayar si pasien.

3. **Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak**

Para politisi dan pakar ilmu sosial termasuk ekonom dan profesional kesehatan berpendapat bahwa makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang untuk membayarnya. Ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (*need*) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (*demand*).

4. **Eksternalitas**

Ciri khusus lainnya adalah efek eksternal yang ada dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Dalam ekonomi dikatakan bahwa *social marginal benefit* yang diperoleh dari imunisasi jauh lebih besar dari pada *private marginal benefit* bagi individu tersebut. Itulah sebabnya, menurut perhitungan ekonomi, pemerintah perlu menjamin agar program-program semacam imunisasi betul-betul dapat terlaksana, oleh karena bisa terjadi keadaan *demand* seseorang (dalam arti

kemauan membayar) tidak tinggi dibandingkan dengan *demand* untuk pelayanan kuratif yang tidak mempunyai efek eksternal.

Memang efek eksternal tersebut bervariasi antar berbagai jenis pelayanan kesehatan. Pelayanan yang tergolong pencegahan umumnya mempunyai eksternalitas besar, sehingga digolongkan sebagai "komoditi masyarakat" atau *public good*. Sedangkan pelayanan kuratif, lebih-lebih pelayanan yang bertujuan kosmetika, eksternalitasnya umumnya kecil. Pelayanan ini sering disebut sebagai *private good*. Ada pendapat yang mengatakan bahwa pelayanan kesehatan yang bersifat *public good* seyogyanya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sebaliknya pelayanan kesehatan yang tergolong sebagai *private good* hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunaannya atau oleh pihak swasta.

5. Motif non-profit

Walaupun dalam praktek ada industri kesehatan yang memperoleh untung, seperti misalnya rumah sakit tertentu milik swasta, secara ideal memperoleh untung maksimum (*profit maximization*) bukanlah tujuan utama pelayanan kesehatan. Pendapat umum yang secara tradisional dianut adalah "orang tidak layak mengambil keuntungan dari penyakit orang lain". Memang umumnya pelayanan kesehatan pada mulanya diselenggarakan dengan motif sosial, misalnya dalam bentuk Yayasan. Namun sekarang ini terjadi perubahan orientasi, terutama setelah pemilik modal dan dunia bisnis melihat sektor kesehatan sebagai peluang investasi yang menguntungkan.

6. Padat karya

Otomatisasi ternyata tidak membuat pelayanan kesehatan semakin bebas dari *input* tenaga manusia. Kecenderungan spesialisasi dan superspesialisasi menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar, seperti misalnya pelayanan RS. Analisis biaya RS misalnya menunjukkan bahwa komponen tenaga tersebut bisa mencapai antara 40-60% dari keseluruhan biaya. Ini berarti bahwa sektor kesehatan adalah sektor yang bersifat padat karya.

7. Mix outputs

Ciri lain adalah banyaknya ragam "komoditi" yang dihasilkan dari berbagai program kesehatan. Yang dikonsumsi oleh pasien adalah satu paket pelayanan:

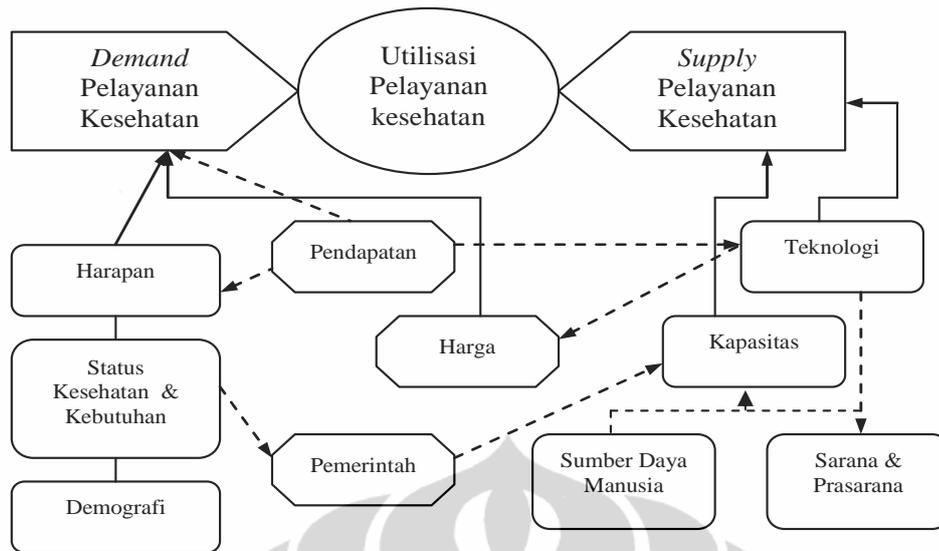
sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antar individu dan sangat tergantung pada jenis penyakit. Keadaan ini menyebabkan analisis *demand* terhadap pelayanan kesehatan menjadi kompleks. Di samping pelayanan kesehatan, upaya kesehatan bisa juga menghasilkan *output* lain, yaitu hasil penelitian serta pendidikan dan latihan tenaga kesehatan.

8. Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi

Dalam jangka pendek, upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang konsumtif, tidak memberikan *return on investment* secara jelas. Oleh sebab itu, sering kali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan, terutama kalau titik berat pembangunan adalah pertumbuhan ekonomi. Namun kalau orientasi pembangunan pada akhirnya adalah pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi, paling tidak untuk jangka panjang. Untuk jangka pendek pun, kalau penduduk *employed* di usaha produktif, pembangunan kesehatan jelas memberikan *return on investment* yang dapat diukur.

9. Restriksi berkompetisi

Ciri khusus selanjutnya adalah pembatasan praktek kompetisi. Ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sesempurna mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam mekanisme pasar (intervensi pemerintah kecil), wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan, dll.). Dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi *discount* atau *bonus* atau "banting harga" dalam pelayanan kesehatan.



Gambar 2.1 Kompleksitas Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan (Layte dkk,2009)

Berdasarkan ilustrasi diatas, bahwa pemanfaatan pelayanan kesehatan dipengaruhi dari sisi permintaan/*demand* masyarakat terhadap pelayanan kesehatan (misalnya status kesehatan dan kebutuhan yang dirasakan, faktor demografi dan harapan) dan sisi ketersediaan/*supply* pelayanan kesehatan (kapasitas, fasilitas, sumber daya dan tata kelola).

Menurut teori Grossman (1972) dikutip oleh Adisasmito(2008), *demand* untuk layanan kesehatan memiliki beberapa hal yang membedakan dengan pendekatan tradisional demand dalam sektor lain, yaitu:

1. Yang diinginkan masyarakat atau konsumen adalah kesehatan bukan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan derived demand sebagai input untuk menghasilkan kesehatan. Kebutuhan penduduk meningkat, penyakit semakin kompleks, dan teknologi kedokteran serta perawatan yang semakin tinggi menuntut tersedianya dana untuk investasi, operaional, dan pemeliharaan.
2. Masyarakat tidak membeli kesehatan dari pasar secara pasif, masyarakat menghasilkannya, menggunakan waktu untuk usaha-usaha peningkatan kesehatan, di samping menggunakan pelayanan kesehatan.
3. Kesehatan dapat dianggap sebagai bahan investasi karena tahan lama dan tidak terdeprisasi dengan segera.
4. Kesehatan dapat dianggap sebagai bahan konsumsi sekaligus sebagai bahan investasi.

Beberapa sudut pandang keterlibatan pemerintah dalam pelayanan kesehatan (Drez'e and Sen, 2002) :

1. Untuk memenuhi pelayanan publik, dimana individu kurang mendapatkan insentif terhadap proteksi untuk dirinya sendiri. Keputusan sektor swasta sering melihat pada terdapatnya eksternalitas positif yang berhubungan dengan perbaikan kesehatan tersebut oleh pemerintah (Contoh : Pemberantasan penyakit infeksi menular)
2. Dibidang dimana mekanisme pasar tidak mampu atau gagal melaksanakan fungsinya secara efisien dan berkeadilan, peranan pemerintah menjadi keharusan.
3. Untuk menjaga keadilan dan melindungi hak (Equity and Right) adalah diluar jangkauan mekanisme pasar.

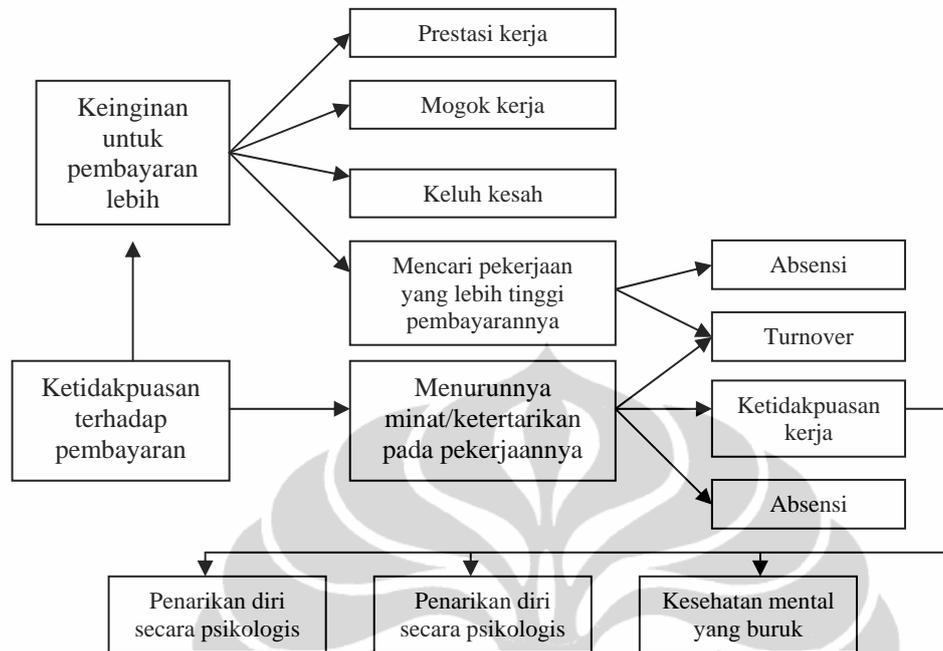
Analisis demand dalam *economic model* berasal dari asumsi bahwa harga dan pendapatan mempengaruhi permintaan barang dan jasa. Faktor – faktor ekonomi seperti harga dan pendapatan ditambah dengan faktor sosiodemografi dan faktor kebutuhan, akan menghasilkan demand terhadap pelayanan kesehatan yang ditujukan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Selain itu dari sisi demand, faktor yang mempengaruhi pemeliharaan kesehatan adalah asuransi kesehatan, pendapatan, umur, pendidikan, status perkawinan dan dari segi *supply* dipengaruhi oleh rasio dokter dengan jumlah penduduk, tipe provider (perawat/bidan dan dukun), kualitas dan kepemilikan (pemerintah atau swasta) juga mempengaruhi demand terhadap pelayanan kesehatan (Thabrany,1999).

2.4. Insentif Kerja

Ketidak puasan akan pembayaran bisa menimbulkan (T Sirait, J, 2006:182):

1. Keinginan untuk mencari imbalan lebih
2. Berkurangnya rasa tertarik pada diri pegawai akan pekerjaannya yang sekarang;
3. Pegawai mencari pekerjaan sambilan di tempat lain, sehingga mutu pekerjaannya yang sekarang tidak diperhatikan;
4. Mogok kerja;
5. Keluhan – keluhan;

6. Pegawai mencari pekerjaan yang menawarkan gaji lebih tinggi.



Gambar 2.2 Model konsekuensi Ketidakpuasan dalam hal pembayaran (Edward E Lawler)

Insentif merupakan bentuk kompensasi yang punya kaitan langsung dengan motivasi (jadi insentif diberikan guna meningkatkan motivasi pegawai). Insentif diberikan tergantung prestasi atau produksi pegawai. Insentif diberikan untuk mendorong pegawai untuk lebih giat bekerja dan biasanya diberikan pada pegawai yang mudah diukur prestasinya atau produktifitasnya secara satuan. Pegawai yang digaji dengan sistem ini juga sangat menentukan performance pegawai secara keseluruhan maupun bagian per bagian.

Sistem insentif ini dapat merugikan pegawai :

1. Sering kali sulit untuk menetapkan standar, sehingga dapat menimbulkan ketidakadilan.
2. Para pegawai tidak dapat mencapai standar karena faktor – faktor yang tidak dapat mereka kendalikan.
3. Jika terjadi sistem insentif yang biasanya tidak ada di perusahaan, maka serikat kerja (union) sering kali menentang sistem insentif karena standar insentif bisa berubah – rubah
4. Insentif sering kali memfokuskan upaya – upaya pada segi pekerjaan saja (Output, penjualan dan lain – lain) dan mengesampingkan segi – segi lainnya (kualitas jasa, tujuan jangka panjang) (T Sirait, J, 2006:201)

Dalam penerapan sistim insentif, masalah – masalah yang harus dijawab berkaitan dengan hal – hal sebagai berikut :

1. Tujuan penerapannya, yaitu apakah untuk meningkatkan perilaku kerja produktif individual dari pegawai dalam rangka meningkatkan produktifitas perusahaan, atau untuk meningkatkan kerjasama di antara pegawai, atau untuk mendorong munculnya inovasi baru dari pegawai dalam upaya meningkatkan produktivitas
2. Siapa yang termasuk dan dimana program ini. Apakah kelompok atau individu, pemegang jabatan apa, atau dalam pekerjaan apa.
3. Apa yang menjadi pemicu atau standanya. Apakah barang per unit yang dihasilkan, keuntungan yang diperoleh, penghematan biaya, waktu kerja, jumlah penjualan, prestasi kerja secara umum, dan lain – lain.
4. Bagaimana pelaksanaannya, dalam arti bagaimana perhitungannya, pengawasannya, dan pembayarannya. Kalau standar barang yang dihasilkan, apakah langsung dibayar begitu selesai dilakukan, dan bagaimana pengukurannya seperti mengukur atau menilai unjuk kerja. (T Sirait, J, 2006:266-267)

2.5. Mutu dan Kepuasan Layanan Kesehatan

Pada prinsipnya suatu produk baik barang atau jasa dikatakan bermutu bila memenuhi kriteria :

1. Sesuai dengan kebutuhan dan penggunaan
2. Memuaskan keinginan pengguna
3. Sesuai dengan persyaratan yang ditentukan
4. Sesuai dengan ketentuan hukum yang berlaku
5. Ekonomis

(Direktorat JPKM Depkes, 2005)

Zeithmalh, dkk (1990: 23) menyatakan bahwa dalam menilai kualitas jasa/pelayanan, terdapat sepuluh ukuran kualitas jasa/ pelayanan, yaitu :

1. *Tangible* (nyata/berwujud)
2. *Reliability* (keandalan)
3. *Responsiveness* (Cepat tanggap)

4. *Competence* (kompetensi)
5. *Access* (kemudahan)
6. *Courtesy* (keramahan)
7. *Communication* (komunikasi)
8. *Credibility* (kepercayaan)
9. *Security* (keamanan)
10. *Understanding the Customer* (Pemahaman pelanggan)

Namun, dalam perkembangan selanjutnya dalam penelitian dirasakan adanya dimensi mutu pelayanan yang saling tumpang tindih satu dengan yang lainnya yang dikaitkan dengan kepuasan pelanggan. Oleh Parasuraman et al.(1990) dimensi tersebut difokuskan menjadi 5 dimensi (ukuran) kualitas jasa / pelayanan, yaitu :

1. *Tangible* (berwujud); meliputi penampilan fisik dari fasilitas, peralatan, karyawan dan alat-alat komunikasi.
2. *Realibility* (keandalan); yakni kemampuan untuk melaksanakan jasa yang telah dijanjikan secara konsisten dan dapat diandalkan (akurat).
3. *Responsiveness* (cepat tanggap); yaitu kemauan untuk membantu pelanggan (konsumen) dan menyediakan jasa/ pelayanan yang cepat dan tepat.
4. *Assurance* (kepastian); mencakup pengetahuan dan keramah-tamahan para karyawan dan kemampuan mereka untuk menimbulkan kepercayaan dan keyakinan, kesopanan dan sifat dapat dipercaya yang dimiliki para staf, bebas dari bahaya, risiko atau keragu-raguan.
5. *Empaty* (empati); meliputi pemahaman pemberian perhatian secara individual kepada pelanggan, kemudahan dalam melakukan komunikasi yang baik, dan memahami kebutuhan pelanggan.

Berbagai definisi diberikan para ahli terhadap kualitas pelayanan. Parasuraman at. al (1988) mengartikan kualitas sebagai suatu bentuk sikap, berhubungan namun tidak sama dengan kepuasan, yang merupakan hasil dari perbandingan antara harapan dengan kinerja aktual. Namun kualitas pelayanan dan kepuasan dibentuk dari hal yang berbeda. Selanjutnya disebutkan bahwa pengertian yang paling umum dari perbedaan kualitas pelayanan dan kepuasan adalah bahwa kualitas pelayanan merupakan satu bentuk sikap, penilaian

dilakukan dalam waktu lama, sementara kepuasan merupakan ukuran dari transaksi yang spesifik. Perbedaan antara kualitas pelayanan dan kepuasan mengarah pada cara diskonfirmasi yang dioperasionalkan. Dalam mengukur kualitas pelayanan yang dibandingkan adalah apa yang seharusnya didapatkan, sementara dalam mengukur kepuasan yang diperbandingkan adalah apa yang pelanggan mungkin dapatkan (Parasuraman, et al., 1998).

Kepuasan adalah tingkat perasaan seseorang atau masyarakat setelah membandingkan hasil yang dirasakan dengan harapannya. Apabila hasil yang dirasakannya sama atau melebihi harapannya, akan timbul perasaan puas, sebaliknya akan timbul perasaan kecewa atau ketidakpuasan apabila hasil yang dirasakannya tidak sesuai dengan harapannya (Imbalo S.Pohan, 2006: 9)

Tjiptono (2000:54) menyebutkan bahwa 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 dengan cara memaksimalkan pengalaman pelanggan yang menyenangkan dan meminimumkan atau meniadakan pengalaman pelanggan yang kurang menyenangkan. Pada gilirannya kepuasan pelanggan dapat menciptakan kesetiaan atau loyalitas pelanggan kepada perusahaan yang memberikan kualitas yang memuaskan. Perspektif mutu layanan kesehatan menurut L.D Brown seperti dikutip oleh Imbalo S.Pohan (2006 : 13 -15)

Perspektif Pasien/Masyarakat

Pasien/masyarakat melihat layanan kesehatan yang bermutu sebagai layanan kesehatan yang dapat memenuhi kebutuhan yang dirasakannya dan diselenggarakan dengan cara yang sopan dan santun, tepat waktu, tanggap dan mampu menyembuhkan keluhannya serta mencegah berkembangnya atau meluasnya penyakit

Perspektif pemberi layanan kesehatan

Pemberi layanan kesehatan (provider) mengaitkan layanan kesehatan yang bermutu dengan ketersediaan alat, prosedur kerja atau protokol, kebebasan profesi

dalam setiap melakukan layanan kesehatan sesuai dengan teknologi kesehatan mutakhir, dan bagaimana keluaran (outcome) atau hasil layanan kesehatan itu.

Perspektif Penyandang Dana

Penyandang dana atau asuransi kesehatan menganggap bahwa layanan kesehatan yang bermutu sebagai suatu layanan kesehatan yang efisien dan efektif. Pasien diharapkan dapat disembuhkan dalam waktu sesingkat mungkin sehingga biaya layanan kesehatan dapat menjadi efisien. Kemudian upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit akan digalakan agar penggunaan layanan kesehatan penyembuhan semakin berkurang.

Perspektif pemilik sarana layanan kesehatan

Pemilik sarana layanan kesehatan berpandangan bahwa layanan kesehatan yang bermutu merupakan layanan kesehatan yang menghasilkan pendapatan yang mampu menutupi biaya operasional dan pemeliharaan, tetapi dengan tarif layanan kesehatan yang masih terjangkau oleh pasien/masyarakat, yaitu pada tingkat biaya ketika belum terdapat keluhan pasien dan masyarakat.

Perspektif administrator layanan kesehatan

Administrator layanan kesehatan walau tidak langsung memberikan layanan kesehatan, ikut bertanggungjawab dalam masalah mutu layanan kesehatan. Kebutuhan akan supervisi, manajemen keuangan dan logistik akan memberikan tantangan dan kadang – kadang administrator layanan kesehatan kurang memperhatikan prioritas sehingga timbul persoalan dalam layanan kesehatan. Pemusatan perhatian terhadap beberapa dimensi mutu layanan kesehatan tertentu, akan membantu administrator layanan kesehatan dalam menyusun prioritas dan dalam menyediakan apa yang menjadi kebutuhan dan harapan pasien serta pemberi layanan kesehatan.

Layanan kesehatan yang bermutu harus mempunyai paling sedikit 3 dimensi atau unsur. Pertama, dimensi konsumen, yaitu, apakah layanan kesehatan itu memenuhi kebutuhan dan harapan pasien/konsumen yang selanjutnya diukur berdasarkan kepuasan atau keluhan pasien/konsumen. Kedua, dimensi profesi, yaitu apakah layanan kesehatan memenuhi kebutuhan pasien/konsumen. Dimensi ini akan diukur dengan menggunakan prosedur atau standar profesi yang diyakini akan memberi hasil dan kemudian hasil itu dapat pula diamati. Ketiga,

manajemen atau dimensi proses, yaitu bagaimana proses layanan kesehatan menggunakan sumber daya yang paling efisien dalam memenuhi kebutuhan dan harapan/keinginan pasien/konsumen. Layanan kesehatan yang bermutu bukan hanya berorientasi pada kepuasan pasien/konsumen semata, sehingga definisi mutu layanan kesehatan yang bermutu yang lebih tepat adalah suatu layanan kesehatan yang dibutuhkan, dalam hal ini akan ditentukan oleh profesi layanan kesehatan, dan sekaligus diinginkan baik oleh pasien/konsumen ataupun masyarakat serta terjangkau oleh daya beli masyarakat. (Imbalo S.Pohan, 2006:17). Berikut kerangka pikir lain yang dikembangkan dalam lingkungan layanan kesehatan yang berasal dari kalangan industri dan sumber – sumber lain (Juran, 1988; Maxwell, 1984) dalam Christine C Wright et al (Imbalo S.Pohan, 2006:43)

Ketepatan waktu

Termasuk akses, waktu tunggu, dan waktu tindakan

Informasi

Penjelasan dari jawaban apa, mengapa, bagaimana, kapan dan siapa.

Kompetensi teknis

Termasuk pengetahuan kedokteran dan keperawatan, keterampilan dan pengalaman, teknologi, keparipurnaan, dan keberhasilan pengobatan.

Hubungan antarmanusia

Ke dalam ini termasuk rasa hormat, sopan santun, perilaku dan empati

Lingkungan

Termasuk gedung, taman, kebersihan, kenyamanan dan keamanan.

Menurut Kotler yang dikutip Tjiptono (1996:148) terdapat empat metode untuk mengukur kepuasan pelanggan, yaitu sebagai berikut.

1. Sistem keluhan dan saran, artinya setiap perusahaan yang berorientasi pada pelanggan perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pelanggannya untuk menyampaikan saran, pendapat, dan keluhan mereka. Media yang bisa digunakan meliputi kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat strategis, menyediakan kartu komentar, menyediakan saluran telepon.
2. Survei kepuasan pelanggan, artinya kepuasan pelanggan dilakukan dengan menggunakan metode survei, baik melalui pos, telepon, maupun wawancara

pribadi. Dengan melalui survei, perusahaan akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan sekaligus juga memberikan tanda positif bahwa perusahaan menaruh perhatian terhadap para pelanggannya. Pengukuran kepuasan pelanggan melalui metode ini dapat dilakukan dengan berbagai cara, di antaranya sebagai berikut.

- a. *Directly reported satisfaction*, yaitu pengukuran dilakukan secara langsung melalui pertanyaan, seperti sangat tidak puas, tidak puas, netral, puas, dan sangat puas.
 - b. *Derived dissatisfaction*, yaitu pertanyaan yang menyangkut besarnya harapan pelanggan terhadap atribut.
 - c. *Problem analysis*, artinya pelanggan yang dijadikan responden untuk mengungkapkan dua hal pokok, yaitu (i) masalah masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran dari perusahaan dan (ii) saran-saran untuk melakukan perbaikan.
 - d. *Importance-performance analysis*, artinya dalam teknik ini responden dimintai untuk me-ranking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan pentingnya elemen.
3. *Ghost shopping*, artinya metode ini dilaksanakan dengan cara memperkerjakan beberapa orang (*Ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan/pembeli potensial produk perusahaan dan pesaing. Kemudian *Ghost shopper* menyampaikan temuan-temuan mengenai kekuatan dan kelemahan produk perusahaan dan pesaing berdasarkan pengalaman mereka dalam pembelian produk-produk tersebut.
 4. *Lost customer analysis*, artinya perusahaan menghubungi para pelanggannya yang telah berhenti membeli atau yang telah beralih pemasok dan diharapkan diperoleh informasi penyebab terjadinya hal tersebut.

Martila and James (2000) dalam Jauhari (2004) mengemukakan salah satu alat yang dapat digunakan dalam menggambarkan aspek aspek yang dinilai tersebut dengan menggunakan *Importance and Performance analysis*. Pendekatan ini disebut juga *Quadrant Analysis* (analisis kuadran). *Importance analysis* bertujuan untuk :

1. memperlihatkan aspek – aspek yang paling penting dalam pandangan klien dan sangat mempengaruhi kepuasan klien secara keseluruhan.
2. Memperlihatkan aspek mana yang perlu ditingkatkan.

Mutu layanan kesehatan dapat diukur melalui tiga cara yaitu :

Pengukuran mutu prospektif

Pengukuran terhadap mutu layana kesehatan yang dilakukan sebelum layanan kesehatan diselenggarakan yang ditujukan terhadap struktur atau masukan layanan kesehatan dengan asumsi bahwa layana kesehatan harus memiliki sumber daya tertentu agar dapat menghasilkan suatu layanan kesehatan yang bermutu, seperti :

1. Pendidikan profesi kesehatan
2. Perizinan atau licensure
3. Standarisasi
4. Sertifikasi atau certification
5. Akreditasi

Pengukuran mutu retrospektif

Suatu pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan yang dilakukan setelah penyelenggaraan layanan kesehatan telah selesai diselenggarakan. Pengukuran ini biasanya merupakan gabungan dari beberapa kegiatan sebagai berikut :

1. Penilaian rekam medik
2. Wawancara
3. Pembuatan Kuesioner
4. Penyelenggaraan pertemuan

Pengukuran mutu konkuren

Pengukuran terhadap mutu layanan kesehatan, yang dilakukan selama layanan kesehatan dilangsungkan atau diselenggarakan. Pengukuran ini melalui pengamatan langsung dan kadang – kadang perlu dilengkapi dengan peninjauan pada rekam medik, wawancara dengan pasien/keluarga/petugas kesehatan dan mengadakan pertemuan dengan pasien/keluarga/petugas kesehatan. (Imbalo S.Pohan ,2006:73)

Pengukuran mutu pelayanan kesehatan itu sendiri sesungguhnya menyangkut 2 (dua) konsep dasar, yaitu :

- a. Pengukuran mutu teknis pelayanan (*technical of care*) yakni berkaitan dengan kesesuaian proses pelayanan kesehatan dengan standar yang telah dibutuhkan.
- b. Pengukuran seni pelayanan kesehatan (*art of care*) yakni berhubungan dengan lingkungan, sikap, tingkah laku pemberi pelayanan kesehatan serta cara berkomunikasi dengan pasien. (Depkes,2007)

2.6. Kesenjangan Pelayanan Kesehatan

Parasuraman, Zeithmal dan Berry (Walker et.al, 1992: 308–311) mengemukakan bahwa perbedaan (kesenjangan) antara jasa pelayanan yang dirasakan dengan yang diharapkan terjadi karena adanya :

- 1 Kesenjangan antara harapan konsumen dengan pandangan manajemen (*Gap between the customer's expectations and the manajemen perceptions*)

Pihak manajemen tidak selalu memiliki pemahaman yang tepat tentang apa yang diinginkan oleh para pelanggan atau bagaimana penilaian pelanggan terhadap usaha pelayanan yang diberikan oleh perusahaan. Sebagai contoh : manajemen menganggap bahwa pelanggan menilai mutu pelayanan rumah sakit dari kualitas (mutu) makanan yang diberikan, tetapi sebenarnya yang diharapkan oleh pelanggan adalah cepat tanggap dan keramahan dari tenaga medis. Oleh karena itu manajemen perlu mengumpulkan informasi untuk menentukan atribut-atribut pelayanan apa yang dianggap penting oleh pelanggan. Parasuraman et al (1990) dalam penelitiannya menyatakan ada tiga faktor yang dapat mempengaruhi gap satu ini, yaitu:

- a. Manajer sebagai pengambil keputusan kurang mempergunakan atau bahkan tidak menggunakan hasil penelitian pasar terhadap produk yang ditawarkannya.
- b. Tidak adanya komunikasi yang efektif antara karyawan yang langsung berhadapan dengan konsumen dengan pihak manajer sebagai penentu kebijaksanaan.
- c. Terlalu banyak tingkatan birokrasi yang ada antara karyawan yang langsung berhadapan dengan konsumen dengan manajer sebagai penentu kebijaksanaan.

2 Kesenjangan antara pandangan manajemen dengan spesifikasi kualitas pelayanan (*Gap between management perceptions and service quality specification*)

Manajemen mungkin tidak membuat standar kualitas yang jelas, atau standar kualitas sudah jelas tetapi tidak realistis, atau standar kualitas sudah jelas dan realistis namun manajemen tidak berusaha untuk melaksanakan standar kualitas tersebut. Hal ini akan mengakibatkan karyawan tidak memahami tentang kebijakan perusahaan dan ketidakpercayaan terhadap sikap manajemen, yang selanjutnya menurunkan prestasi kerja karyawan. Contoh : Adanya keinginan manajemen untuk memberikan jawaban yang cepat terhadap telepon yang masuk, namun tidak mempersiapkan operator telepon dalam jumlah yang cukup; adanya kebijakan – kebijakan yang tidak jelas, dikomunikasikan dengan buruk kepada karyawan. Gap ini dapat terjadi karena:

- a. Tidak adanya atau kurangnya komitmen dari manajer bahwa kualitas pelayanan merupakan kunci dari strategi mencapai tujuan.
- b. Ketidakyakinan manajer bahwa harapan pelanggan tersebut dapat dipenuhi
- c. Kekurangan sumberdaya, baik peralatan maupun manusianya

Perusahaan dalam menetapkan standar tidak memperkirakan apa yang sekiranya menjadi standar konsumen terhadap jasa tersebut

3 Kesenjangan antara penyajian pelayanan dan komunikasi eksternal (*Gap between service quality specifications and service delivery*)

Standar-standar yang tinggi harus didukung oleh sumber-sumber daya, program program dan imbalan yang diperlukan untuk mendorong karyawan dalam memberikan pelayanan yang baik kepada pelanggan. Banyak faktor yang mempengaruhi pemberian pelayanan, seperti ketrampilan dan kompetensi karyawan, moral karyawan, peralatan yang digunakan, pemberian penghargaan. Gap ini disebabkan oleh beberapa faktor, yaitu:

- a. Karyawan tidak mengerti apa yang diharapkan oleh manajer atau atasan mereka dari pelayanan yang mereka berikan serta bagaimana cara memenuhi harapan tersebut.
- b. Adanya standar yang saling bertentangan satu dengan lainnya.

- c. Ketidakcocokan antara ketrampilan atau keahlian karyawan dengan pekerjaan/tugas yang diembannya.
- d. Ketidaksesuaian antara peralatan yang disediakan dengan pekerjaan.
- e. Ketidakjelasan dari sistem penilaian pekerjaan serta sistem bonus.
- f. Ketidakmampuan karyawan untuk fleksibel terhadap situasi yang ada (rule by the book)

Manajer dan karyawan tidak mampu bekerja sebagai suatu tim yang solid.

- 4 Kesenjangan antara penyajian pelayanan dan komunikasi eksternal (*Gap between service delivery and external communications*)

Harapan pelanggan dipengaruhi oleh janji-janji yang disampaikan penyedia jasa melalui komunikasi eksternal seperti para wiraniaga, brosur- brosur, iklan, dan lain-lain. Hasil pelayanan yang baik dapat mengecewakan pelanggan jika komunikasi pemasaran perusahaan menyebabkan mereka memiliki harapan yang terlalu tinggi sehingga tidak realistis lagi. Contoh brosur hotel memperlihatkan ruangan yang indah dan kenyataannya pada saat tamu datang ke hotel tersebut, mereka menemukan ruangan yang sederhana. Gap ini terjadi karena beberapa faktor, antara lain:

- a. Tidak jalannya hubungan antar departemen, yakni antara bagian periklanan dengan bagian pelayanan, antara sales dengan pelayanan, antara bagian SDM, pemasaran dan pelayanan.
 - b. Memberikan janji yang terlalu berlebihan.
- 5 Kesenjangan antara pelayanan yang dirasakan dengan pelayanan yang diharapkan (*Gap between perceived service and expected service*)

Perbedaan ini terjadi jika pihak manajemen gagal menutup salah satu atau lebih dari empat kesenjangan tersebut di atas. Perbedaan inilah yang menimbulkan rasa ketidakpuasan pelanggan.

2.7. Sistem Pembayaran Pelayanan Kesehatan

Pemeliharaan kesehatan dalam jaminan kesehatan yang dilaksanakan dengan pelayanan terkendali (*Managed Care*) merupakan suatu manajemen resiko yang mencakup: resiko penyakit, resiko finansial, baik yang menyangkut kelangsungan

usaha, maupun yang menyangkut kelangsungan program serta resiko regulasi yakni berkaitan dengan peraturan – peraturan yang berlaku. (Depkes,2007)

Bentuk pembayaran sebagai balas jasa kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) pada saat ini terdiri dari :

1. *Retrospective*

Bentuk pembayaran ini juga dikenal dengan nama *fee for services system* yaitu pembayaran/imbalance jasa sesuai dengan frekuensi kunjungan yang dibayarkan setelah pelayanan berlangsung. Model ini ternyata tidak memberikan insentif bagi PPK untuk melaksanakan efisiensi. Dan apabila biaya pelayanan itu ditanggung oleh pihak ketiga, terjadinya *moral hazard* akan lebih terbuka lebar, sehingga memberi dampak kenaikan biaya pelayanan kesehatan yang drastis.

2. *Prospective*

Yaitu suatu sistem pembayaran kepada PPK dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Bentuk pembayaran ini akan mendorong adanya insentif finansial pada PPK untuk melakukan hal – hal yang secara medik memang diperlukan sehingga adanya kemungkinan penggunaan sarana kesehatan yang berlebih (*over utilization*) dapat dicegah. Jenis – jenis pembayaran kepada PPK pada bentuk ini yaitu :

a. *DRG's (Diagnostic Related Groups)*

Merupakan suatu sistem pemberian imbalan jasa pada PPK yang ditetapkan berdasar pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan/pelayanan yang diberikan.

b. *Perdiem/Budget Tariff*

Rumah sakit dibayar sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan, yang meliputi biaya mondok serta jumlah kelompok tindakan medik. Semakin besar pengelompokan tindakan medik tentunya akan mendorong efisiensi dan keuntungan penyederhanaan administrasi bagi rumah sakit.

c. *Capitation System*

Pada prinsipnya bentuk pembayaran ini adalah pemberian imbalan jasa kepada PPK yang diberikan berdasarkan jumlah jiwa yang menjadi

tanggung jawab PPK. Konsep kapitasi menimbulkan dorongan adanya upaya pencegahan dan promotif sangat besar sehingga konsep ini secara intrinsik mengubah orientasi pelayanan dari kuratif ke preventif dengan sangat mempertimbangkan dampak ekonomi dari upaya preventif tersebut. (Sulastomo,2007)

Menurut Thabrany (2001) pembayaran kapitasi antara sebuah Pembayar atau asuradur kepada PPK dapat dilakukan dengan berbagai model. Masing-masing model memiliki persyaratan dan keunggulan tersendiri. Kegagalan pembayaran kapitasi dapat terjadi jika model kontrak kapitasi disama ratakan, tanpa memperhatikan kondisi lapangan.

Model 1: Model Individual/Kapitasi parsial

Model 1 ini dapat dilaksanakan jika Pembayar memiliki jumlah anggota cukup banyak dan masing-masing individu PPK atau rumah sakit mendapatkan jumlah anggota yang memadai jumlahnya. Jumlah anggota yang terlalu sedikit pada suatu PPK menyebabkan varians utilisasi menjadi besar dan karenanya resiko PPK menjadi besar pula. Dengan jumlah anggota yang kecil, PPK akan enggan menerima pembayaran kapitasi, apalagi jika PPK tersebut telah memiliki pasien langganan yang cukup banyak. Jika ada PPK yang mau menerima jumlah kecil tersebut, kemungkinan besar PPK itu adalah PPK baru yang belum memiliki langganan dan tidak memberikan pelayanan yang memadai kualitasnya. Model ini tentu saja memberikan pekerjaan yang cukup banyak bagi Pembayar untuk melakukan kontrak kapitasi dengan tiap-tiap PPK. Kapitasi parsial mengandung resiko lebih banyak bagi Pembayar untuk menanggung biaya rujukan dan obat. Akan tetapi, model ini akan memberikan peluang lebih besar kepada Pembayar untuk mendapatkan informasi utilisasi yang lebih baik. Pembayar juga dapat melakukan pemantauan kinerja masing-masing PPK secara rinci.

Model 2: Model Kombinasi IPA/Kapitasi parsial

Pada model kedua, Pembayar melakukan kontrak kapitasi kepada asosiasi PPK untuk wilayah dimana jumlah anggota sangat menyebar. Di Amerika asosiasi ini disebut *Independent Practice Association, IPA* (PT Jamsostek menyebutnya *main provider*). Asosiasi PPK membayar anggotanya dengan berbagai cara, misalnya dengan FFS, gaji, atau bujet; tetapi umumnya dengan cara FFS. Hal ini

mengingat kendala manajemen yang paling memungkinkan. Akan tetapi pada daerah dimana jumlah anggota cukup memadai, Pembayar masih melakukan kontrak langsung secara individual. Dengan cara ini, Pembayar dapat mengatasi sulitnya mengadakan kontrak di daerah yang sebaran anggotanya sedikit, padahal menurut peraturan Pembayar harus membayar kapitasi. Hal ini terjadi pada JPK yang secara legal tidak memberikan alternatif pembayaran lain.

Model 3: Kapitasi Parsial/Grup

Model ini membagi dua kelompok perawatan kepada PPK rawat jalan dan PPK rawat inap. Pada model ini, seluruh rawat jalan dikontrak kepada kelompok (*main provider*) dengan pembayaran kapitasi, sementara untuk rawat inap juga dikontrakkan kepada kelompok rumah sakit. Kelompok PPK dapat membayar anggota kelompok dengan cara FFS atau cara lain. Secara legal tidak ada larangan kelompok membayar kapitasi kepada anggota kelompoknya, akan tetapi hal ini bukanlah tujuan pembayaran kapitasi. Lagi pula, kelompok/grup bukanlah organisasi *risk bearer*, sehingga tidak tepat jika kelompok kemudian membayar kapitasi lagi kepada anggotanya, apalagi jika jumlah tertanggung yang terdaftar pada anggota PPK1 misalnya tidak cukup banyak. Dengan model ini, Pembayar dapat berkonsentrasi mengembangkan kepesertaan sementara grup dan PPK dapat berkonsentrasi dengan pelayanan yang sesuai dengan kebutuhan tertanggung.

Model 4: Grup, Kapitasi penuh

Model ini sangat memudahkan Pembayar dalam mengembangkan kepesertaan sementara grup dapat berkonsentrasi penuh dengan pelayanan. Disini grup menanggung resiko penuh atas fluktuasi utilisasi dan dapat mengendalikan rujukan dengan baik. Pada model terdahulu, rujukan rawat inap dapat cukup tinggi jika komunikasi antara Pembayar dengan kedua grup tidak baik. Pada model ini, Pembayar tidak perlu khawatir dengan adanya rujukan yang berlebihan. Karenanya pada model ini dana *withold* atau *referral pool* tidak diperlukan. Anggota grup dapat dibayar dengan FFS, gaji, atau cara lain. Pembayaran FFS merupakan pilihan yang paling dapat diterima oleh masing – masing anggota PPK.

Model 5: Kombinasi lain

Tentu saja, sebuah Pembayar dapat mengembangkan berbagai kombinasi kontrak kapitasi. Namun perlu diingat bahwa konsep kapitasi dilakukan antara Pembayar kepada PPK bukan antara Pembayar dengan Pembayar yang lain atau antara PPK dengan PPK yang lain.

Untuk mencapai hal tersebut, PPK yang bersifat memaksimalkan laba dapat melakukan hal-hal sebagai berikut:

Yang positif;

- Memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, dengan menegakkan diagnostik yang tepat dan memberikan pengobatan atau tindakan yang tepat. Dengan pelayanan yang baik ini, pasien akan cepat sembuh dan tidak kembali ke PPK untuk konsultasi atau tindakan lebih lanjut yang menambah biaya.
- Memberikan pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insidens kesakitan. Apabila angka kesakitan baru menurun, maka peserta tentu tidak perlu lagi berkunjung ke PPK yang akan menurunkan utilisasi menjadi lebih rendah dan biaya pelayanan menjadi lebih kecil.
- Memberikan pelayanan yang pas, tidak lebih dan tidak kurang, untuk mempertahankan efisiensi operasi dan tetap memegang jumlah pasien JPK sebagai *income security*. Hal ini akan berfungsi baik jika situasi pasar sangat kompetitif, dimana PPK sulit mencari pasien/langganan baru.

Yang negatif;

- Jika kapitasi yang diberikan terpisah-pisah (parsial) antara pelayanan rawat jalan tingkat pertama dan rujukan dan tanpa diimbangi dengan insentif yang memadai untuk mengurangi rujukan, PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis atau merawat di rumah sakit. Dengan merujuk, waktunya untuk memeriksa menjadi lebih cepat dan resiko menjadi lebih kecil. Dengan demikian, PPK tingkat pertama dan rawat jalan rujukan dapat mengantongi surplus yang dikehendaki.
- Mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak untuk melayani pasien non JPK yang "dinilai" membayar lebih banyak. Artinya mutu pelayanan dapat dikurangi, karena waktu pelayanan yang singkat. Jika ini terjadi, pada kapitasi parsial pihak JPK pada akhirnya dapat memikul biaya

lebih besar karena efek akumulatif penyakit yang menjadi lebih mahal di kemudian hari. Pasien yang tidak mendapatkan pelayanan rawat jalan yang memadai akan menderita penyakit yang lebih berat, akibatnya biaya pengobatan sekunder dan tersier menjadi lebih mahal.

- Tidak memberikan pelayanan dengan baik, supaya kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak. Hal ini menimbulkan banyaknya keluhan anggota atas pelayanan yang tidak memuaskan. Untuk jangka pendek strategi ini mungkin berhasil tetapi untuk jangka panjang hal ini akan merugikan PPK itu sendiri.

Salah satu cara untuk mengevaluasi berbagai kekhawatiran perilaku PPK yang mendapatkan pembayaran sistem kapitasi dan yang mendapatkan pembayaran FFS adalah dengan mengevaluasi utilisasi biaya, status kesehatan, dan kepuasan peserta.

Pada prinsipnya biaya pemeliharaan kesehatan ditimbulkan oleh dua faktor, yaitu penggunaan pelayanan dan harga satuan pelayanan. Besarnya biaya ditentukan oleh banyaknya penggunaan (utilisasi) pelayanan dikalikan besarnya satuan biaya. Biaya pemeliharaan kesehatan dipengaruhi oleh :

1. Jenis pelayanan yang diberikan

Jenis pelayanan minimal adalah berupa paket ini tergantung pada fasilitas kesehatan yang pada umumnya dapat memberi harga yang berbeda bagi jenis pelayanan yang sama. Memilih fasilitas pemerintah biasanya biayanya lebih rendah daripada swasta, begitu pula dokter spesialis akan lebih mahal dari dokter umum. Perbedaan kelas di rumah sakit juga membawa perbedaan dalam harga pelayanan yang diberikan, meskipun jenis pelayanannya sama.

2. Biaya satuan pelayanan kesehatan

Biaya satuan tergantung kepada : siapa yang memberi pelayanan, dimana diberikannya, obat/bahan/alat yang dipergunakan dan jenis tindakan yang diberikan.

3. Frekwensi penggunaan pelayanan kesehatan

Banyak tidaknya penggunaan (utilisasi) pelayanan tergantung pada pola digunakannya pelayanan tersebut, pola penyakit dan profil demografi peserta. Mekanisme struktur pelayanan diterapkan sedapat mungkin agar

utilisasi pelayanan dapat terarah sehingga menguntungkan kesehatan peserta dan mengendalikan biaya yang dikeluarkan.

4. Demografi dan epidemiologi

Umur dan jenis kelamin turut menentukan dalam penggunaan pelayanan kesehatan karena menimbulkan risiko yang bervariasi. Umur balita dan lansia, yang berisiko tinggi dalam hal kesehatan, memerlukan pelayanan kesehatan yang cenderung lebih mahal. Oleh sebab itu maka penetapan premi dan kapitasi sedapat mungkin memperhitungkan besarnya risiko menurut umur dan jender ini.

Pengendalian biaya dan kendali mutu dalam pelayanan kesehatan yang terkendali dapat dilakukan melalui 2 (dua) sisi pelayanan kesehatan, yaitu :

1. Pengendalian dari sisi *supply*

Pengendalian biaya dan mutu dari sisi *supply* dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain :

a. Peningkatan efisiensi

1) Efisiensi teknis

Hal ini dapat dilakukan terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Untuk melakukan investasi peralatan canggih perlu dilakukan dengan perhitungan yang matang, karena apabila utilisasi dari alat itu rendah berarti terjadi inefisiensi. Disamping itu dapat terjadi peningkatan biaya pelayanan yang dapat mendorong *supply induced demand* karena tuntutan pengembalian biaya investasi yang telah ditanamkan.

2) Efisiensi ekonomi

Yang dimaksud adalah penggunaan input yang biayanya rendah. Hal ini dapat dilakukan terhadap obat, alat kesehatan dan ketenagaan.

b. Sistem pembayaran

Sistem pembayaran prospektif kepada PPK akan mengendalikan kecenderungan *supply induced demand*, yakni kecenderungan mendorong tingkat penggunaan utilisasi pelayanan kesehatan apabila PPK masih dibayar tunai.

c. Standarisasi pelayanan

Standarisasi pelayanan secara medis dan standarisasi pelayanan administratif merupakan bagian yang penting dari pengendalian biaya (*cost containment, cost effectiveness, quality control*). Tanpa standar yang jelas, akan sulit memprediksi dan mengendalikan biaya, artinya ketidakpastian akan semakin besar karena sifat dari pelayanan kesehatan adalah kebutuhan yang tidak dapat diprogramkan.

d. Pembinaan, promosi dan penyuluhan kesehatan

Adalah upaya yang sistematis dan terencana untuk mengarahkan pelayanan kesehatan pada upaya promotif, preventif dan edukatif.

2. Pengendalian dari sisi *demand*

Pengendalian *demand* pelayanan kesehatan pada dasarnya adalah pengendalian utilisasi pelayanan kesehatan pada sisi pengguna jasa pelayanan/peserta. Beberapa hal yang sering dilakukan dalam rangka mengendalikan perilaku pengguna jasa pelayanan kesehatan adalah :

a. Eksklusi dan Limitasi

Eksklusi adalah jenis – jenis pelayanan yang tidak ditanggung/tidak termasuk dalam paket standar pelayanan. Limitasi adalah pembatasan penggunaan jenis pelayanan tertentu. Hal ini dilakukan karena tidak mungkin biaya yang terkumpul dari peserta akan dapat menutup seluruh biaya pelayanan kesehatan. Eksklusi dan limitasi pelayanan juga dilakukan untuk mendidik pasien agar menggunakan pelayanan kesehatan secara rasional.

b. *Cost sharing*

Yakni membebankan pasien sebagian dari biaya pelayanan. Hal ini dilakukan agar tidak terjadi penggunaan fasilitas secara berlebihan oleh peserta.

c. Identifikasi epidemiologi dan demografi

Merupakan faktor kendali biaya karena dapat dibuat pola perencanaan pelayanan kesehatan yang akurat. (Depkes,2007)