

Perbedaan Kualitas Pelayanan Pada Sistem Pembayaran INA-CBGs Dengan Fee For Service Di RS PKU Muhammadiyah Bantul

Sisyani^{1*}, Firman Pribadi², Mariska Urhmila³

¹Program Studi Manajemen Rumah Sakit, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Jalan Lingkar Selatan, Tamantirto, Kasihan, Bantul, Yogyakarta 55183

*Penulis Korespondensi: sisy_ani@yahoo.com

Riwayat Artikel: Riwayat artikel: Diterima 12 April 2016; Direvisi 22 Mei 2016; Dipublikasikan 17 Juni 2016

ABSTRACT

Background: Development of health system in Indonesia based on the national health system (SKN). The national health subsystem is a subsystem of financing. To protect the people from financial risks are needed healths financing prepaid systems. There are some patients assumed that the quality of service of direct payment system and payment by health insurance are distinguished. The purpose to determine the differences between the quality of service payment system INA-CBGs With Fee For Service inpatients class II at PKU Muhammadiyah Hospital Bantul.

Method: This study used descriptive method. The population research was inpatients class II at PKU Muhammadiyah Hospital Bantul. The sample size on the payment systems INA-CBG 50 respondents and Fee For Service 50 respondents. The method of data collection using questionnaires. Data analysis performed by different test average to the independent samples using Mann-Whitney method.

Result and Discussion: Patients assume the quality of service at PKU Muhammadiyah Hospital in Bantul distinguished between fee for service financing and INA-CBGs. They think fee for service financing get better service than financing by health insurance. Statistics showed the mean rank of INA-CBGs is 44.41 and the mean rank of Fee For Service is 56.59. Different test average result to the independent samples using Mann-Whitney method indicate there is significant differences between the payment system INA-CBGs with Fee For Service to quality of service. This differences is due to the large number of INA-CBGs patients. This is because the communication aspect, long queues and administration become complicated so that patients are not satisfied.

Conclusions: There are significant differences between the quality of service payment system INA-CBGs With Fee For Service.

Keywords: System Financing, INA-CBGs, Fee For Service, Quality of Service

PENDAHULUAN

Penyelenggaraan pembangun-an kesehatan di Indonesia berpedoman pada Sistem Kesehatan Nasional (SKN)¹. Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem pembiayaan kesehatan. Salah satu sub sistem kesehatan nasional adalah subsistem

pembiayaan kesehatan. Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni: Pemerintah, Pemerintah Daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Upaya untuk melindungi warga terhadap risiko finansial dibutuhkan sistem pembiayaan kesehatan pra-upaya (*prepaid system*), bukan pembayaran pelayanan kesehatan secara langsung (*direct payment, out-of-pocket payment, dan fee-for-service*)².

Di Indonesia mewajibkan setiap warga memiliki akses pelayanan kesehatan komprehensif yang dibutuhkan melalui sistem pra-upaya yaitu dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)³. Prof dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr PH⁴ mengatakan untuk menyediakan pelayanan yang berkualitas membutuhkan biaya asuransi kesehatan nasional yang memadai, sedangkan biaya yang tidak memadai akan memaksa

fasilitas kesehatan dan sumber daya medis manusia untuk memberikan kualitas layanan yang lebih rendah. Untuk mengetahui kualitas pelayanan yang diberikan oleh pemberi jasa layanan terdapat lima dimensi kualitas jasa yang terdiri dari bukti fisik, keandalan, daya tanggap (ketanggapan), jaminan dan empati⁵.

Beberapa pasien merasa bahwa pelayanan kesehatan terhadap pasien dengan cara pembayaran langsung dan cara pembayaran melalui asuransi kesehatan dibedakan serta pengguna BPJS merasa masih ada perbedaan dalam pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan⁶.

Di RSU PKU Muhammadiyah Bantul keluhan yang dirasakan pasien dalam hal ini pelayanan BPJS meliputi membludaknya jumlah, antriannya lama, jam visite dokter ke pasien selalu telat, pemberian obat terbatas, fasilitas ambulan hanya untuk merujuk saja, pasien dibatasi waktu periksa ke Rumah Sakit sebulan hanya 1 x kunjungan serta pemeriksaan penunjang dibatasi. Untuk itu penelitian ini berupaya untuk mengetahui perbedaan kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service* di ruang rawat inap kelas II RSU PKU Muhammadiyah Bantul.

LANDASAN TEORI

Secara umum, dikenal dua sistem pembayaran kesehatan yaitu retrospektif dan prospektif⁸. Sistem pembayaran retrospektif dengan cara *fee for service*, sedangkan untuk prospektif dengan cara kapitasi dan INA-CBGs. Mekanisme pembayaran *Fee For Service* (FFS) mempunyai kelebihan apabila dilihat dari perspektif pasien, yaitu mempunyai kekuatan untuk mempengaruhi dokter agar memberikan pelayanan terbaik untuk dirinya⁹. Sedangkan sistem pembiayaan prospektif ini lebih mendorong adanya insentif finansial pada fasilitas kesehatan untuk melakukan hal-hal yang secara medik memang diperlukan dan menurunkan LOS. Melalui mekanisme ini kemungkinan penggunaan sarana kesehatan yang berlebihan (*overutilization*) dapat dicegah, namun dapat juga akhirnya mengandung resiko menurunkan kualitas layanan¹⁰.

Pasien yang membayar secara langsung (*Out Of Pocket*) merasakan mendapatkan pelayanan yang tinggi bila dibandingkan dengan yang pembayaran asuransi. Dampak yang terjadi dapat mempengaruhi pada sikap dan perilaku provider terhadap ekspektas pasien yaitu turun pada sistem kapitasi dan meningkat pada sistem *fee for service* dan nantinya akan mempengaruhi dimensi kualitas pelayanan yang diberikan⁶.

Persepsi terhadap kualitas pelayanan kesehatan merupakan cerminan kepuasan pasien yang berdasarkan pada sikap dan tanggapan terhadap pelayanan, dan sikap tenaga kesehatan. Sikap pasien ini terbentuk akibat interaksi pasien dengan tenaga kesehatan yang melayaninya. Sikap tenaga kesehatan sendiri juga dipengaruhi oleh insentif yang disediakan oleh berbagai sistem pembayaran¹¹.

Cara konsumen menilai lima dimensi kualitas jasa dalam bidang Kesehatan sebagai berikut : (a) Kehandalan (Reliability) meliputi : Janji ditepati sesuai jadwal dan diagnosisnya terbukti akurat; (b) Responsiveness (Ketanggapan atau kepedulian) meliputi : Mudah diakses, tidak lama menunggu, dan bersedia mendengar keluh kesah pasien; (c) Assurance (Jaminan

Kepastian) meliputi : Pengetahuan, ketrampilan, kepercayaan, dan reputasi; (d) Empathy (Empati) meliputi : Mengenal pasien dengan baik, mengingat masalah (penyakit, keluhan, dll) sebelumnya, sabar, dan menjadi pendengar yang baik; (e) Berwujud (Tangible) meliputi : Ruang tunggu, ruang operasi, peralatan dan bahan-bahan tertulis¹².

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian ini adalah penelitian deskriptif. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service* di ruang rawat inap kelas II RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap kelas II RSU PKU Muhammadiyah Bantul. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini dengan menggunakan teknik *Non Probability Sampling* pada teknik *purposive sampling* berdasarkan dengan pertimbangan tertentu.

Besarnya Sampel dalam penelitian ini berdasarkan keputusan peneliti atas pertimbangan tertentu untuk mewakili dari populasi yaitu untuk pasien rawat inap kelas II dengan pembiayaan INA-CBGs sebanyak 50 pasien dan pasien rawat inap kelas II dengan pembiayaan *Fee For Service* sebanyak 50 pasien. Untuk mengukur tingkat kualitas pelayanan dari masing-masing kelompok dengan menggunakan kuesioner. Hasil perolehan data dianalisis dengan analisis deskriptif dan kemudian dilakukan analisis Uji Beda Rata-Rata dengan *Mann Whitney*.

HASIL PENELITIAN

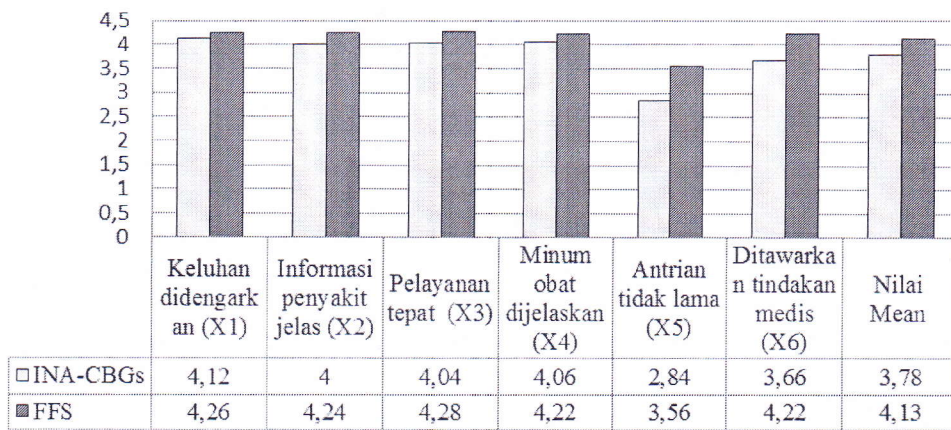
1. Analisis Deskriptif

a. Karakteristik Responden

Responden pada penelitian ini adalah 50 responden pada pasien INA-CBGs dan 50 responden pada pasien *Fee For Service* yang di rawat di ruang kelas II RSU PKU Muhammadiyah Bantul

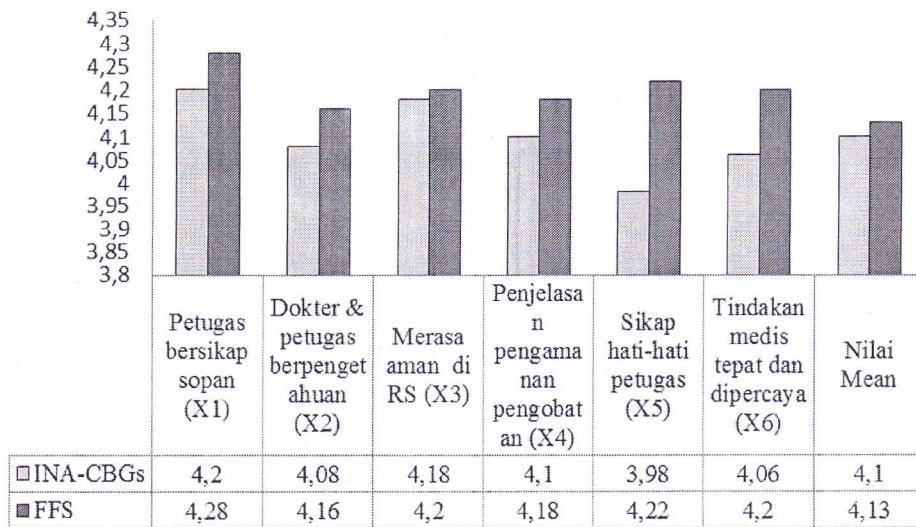
Tabel 1. Karakteristik Responden Penelitian

No	Karakteristik Responden	Presentase Kriteria	
		INA-CBGs	<i>Fee For Service</i>
1.	Umur Responden	31-40 th	21-30 th
		34%	36%
2.	Jenis Kelamin	Perempuan	Perempuan
		60%	58%
3.	Pendidikan	SMA	SMA
		48%	56%
4.	Ruang Rawat Inap	Al Insan	Ar Rahman
		78 %	48%
5.	Lama Hari Rawat	2 hari	3 hari
		38%	36%



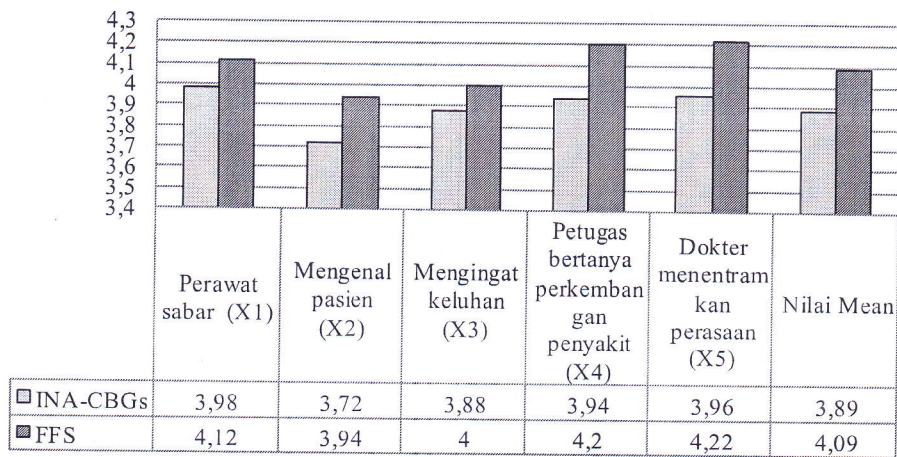
Gambar 2. Penilaian Responden INA-CBGs Dan *Fee For Service* Terhadap Dimensi *Responsiveness*
 Berdasarkan hasil penilaian dimensi pembiayaan *Fee For Service* lebih baik jika dibandingkan dengan INA-CBGs. terlihat nilai mean *fee for service* lebih besar, dapat disimpulkan bahwa sistem

3. Dimensi *Assurance*



Gambar 3. Penilaian Responden INA-CBGs Dan *Fee For Service* Terhadap Dimensi *Assurance*
 Berdasarkan hasil penilaian dimensi *Assurance* terlihat nilai mean *fee for service* lebih besar, dapat disimpulkan bahwa sistem pembiayaan *Fee For Service* lebih baik jika dibandingkan dengan INA-CBGs.

4. Dimensi *Empathy*



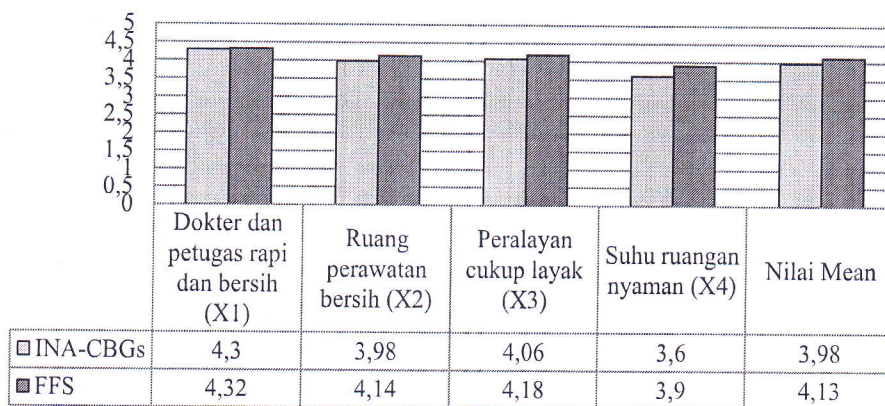
Gambar 4.

Penilaian Responden INA-CBGs Dan *Fee For Service* Terhadap Dimensi *Empathy*

Berdasarkan hasil penilaian dimensi *Empathy* terlihat nilai mean *fee for service* lebih besar, dapat disimpulkan bahwa sistem pembiayaan *Fee For*

Service lebih baik jika dibandingkan dengan INA-CBGs.

5. Dimensi *Tangible*



Gambar 5. Penilaian Responden INA-CBGs Dan *Fee For Service* Terhadap Dimensi *Tangible*

Berdasarkan hasil penilaian dimensi *Tangible* terlihat nilai mean *fee for service* lebih besar, dapat disimpulkan bahwa sistem pembiayaan *Fee For*

Service lebih baik jika dibandingkan dengan INA-CBGs.

2. Hasil Uji Beda Rata-Rata

a. Uji Normalitas Data

Tabel 2. Uji Normalitas Dengan *Kolmogorov-Smirnov Test*

		Kualitas Pelayanan
N		100
Normal Parameters	Mean	4,0606
	Std. Deviation	0,42517
Most Extreme Differences	Absolute	0,178
	Positive	0,178
	Negative	-0,130
Kolmogorov-Smirnov Z		1,780
Asymp. Sig. (2-tailed)		0,004

Berdasarkan tabel di atas dari hasil uji *Kolmogorov-Smirnov* nilai sig (2-tailed) $0,004 < 0,05$, maka tidak signifikan karena nilai $p < 0,05$ sehingga data tidak berdistribusi

b. Uji Mann-Whitney

normal. Oleh karena itu uji beda rata-rata yang digunakan dalam penelitian ini adalah Uji *Mann-Whitney*.

Tabel 3. Mean Rank Kualitas Pelayanan

	Sistem		Mean Rank	Sum of Ranks
	Pembiayaan	N		
Kualitas Pelayanan	BPJS	50	44,41	2220,50
	Umum	50	56,59	2829,50
	Total	100		

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan nilai Mean Rank atau rata-rata peringkat tiap kelompok, yaitu pada kelompok kesatu INA-CBGs rerata peringkatnya lebih rendah daripada rerata peringkat

kedua yaitu *fee for service*. Untuk melihat perbedaan rerata peringkat kedua kelompok tersebut bermakna secara signifikan dengan menggunakan uji *Mann-Whitney* adalah sebagai berikut :

Tabel 4. Uji Mann-Whitney

Kualitas Pelayanan	
Mann-Whitney U	945,500
Wilcoxon W	2220,500
Z	-2,103
Asymp.Sig. (2-tailed)	0,035

Berdasarkan tabel di atas menunjukkan nilai signifikan *p value* pada kualitas pelayanan sebesar $0,035 < 0,05$. Apabila nilai *p value* $< 0,05$ maka terdapat

perbedaan yang bermakna kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service*.

PEMBAHASAN

Dalam penelitian ini, peneliti ingin mengetahui apakah ada perbedaan kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service* di ruang rawat inap kelas II RSUD Muhammadiyah Bantul. Berdasarkan hasil uji beda rata-rata *Mann-Whitney* menunjukkan nilai signifikan *p value* pada kualitas pelayanan sebesar $0,035 < 0,05$. Apabila nilai *p value* $< 0,05$ maka terdapat perbedaan yang bermakna kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service*. Yang menyatakan bahwa sistem pembayaran kesehatan dengan *Fee For Service* lebih baik kualitas pelayanannya jika dibandingkan dengan INA-CBGs. Ini terlihat pada nilai *mean rank* INA-CBGs sebesar 44,41 dan nilai *mean rank Fee For Service* sebesar 56,59. Hal ini dapat disimpulkan bahwa sistem pembayaran *Fee For Service* lebih baik kualitas

pelayanannya jika dibandingkan dengan BPJS sehingga berdampak positif terhadap kualitas pelayanan sedangkan sistem pembayaran INA-CBGs lebih rendah kualitas pelayanannya jika dibandingkan *Fee For Service* sehingga berdampak negatif terhadap kualitas pelayanan.

Peneliti berasumsi perbedaan disebabkan karena banyaknya pasien yang harus diperiksa sehingga petugas menjadi kurang merespon keluhan yang disampaikan oleh pasien dan waktu untuk menjelaskan informasi tentang penyakit pasien menjadi singkat karena terkesan terburu-buru sehingga pasien merasa kurang jelas dan akhirnya pasien menjadi tidak puas. Salah satu penyebabnya aspek komunikasi, pesan menjadi tidak jelas karena ungkapan yang tidak dikenal oleh si penerima pesan atau berkomunikasi yang tidak maksimal. Hal ini didukung oleh Sunarto menyatakan bahwa komunikasi berpengaruh terhadap kualitas pelayanan yang

mengandung arti bahwa semakin tinggi/baik komunikasi yang dilakukan, maka akan semakin tinggi/baik kualitas pelayanannya. Karena komunikasi dapat memberikan kejelasan informasi maka pencapaian tujuan akan lebih mudah tercapai¹³.

Kecepatan petugas dalam melayani pasien juga masih dikeluhkan oleh sebagian responden, mereka mengharapkan pelayanan yang lebih tanggap terhadap keluhan/penyakit yang mereka alami padahal rumah sakit sudah memberikan pelayanan tepat sesuai dengan standar *clinical pathway*. Dan yang menjadi masalah di RSUD Muhammadiyah Bantul di sini antrian pasien yang disebabkan karena banyaknya jumlah pasien BPJS dan kurangnya tempat tidur pasien sehingga mengantri lama serta masalah administrasi yang cukup banyak yang harus dipersiapkan oleh pasien BPJS sehingga merasa bahwa pasien *Fee For Service* lebih cepat ditindak lanjuti/ditangani. Semoga ini menjadi bahan pertimbangan rumah sakit untuk memperbanyak jumlah tempat tidur pasien.

Sikap hati-hati tenaga kesehatan dalam memberikan pelayanan masih dikeluhkan oleh sebagian responden berarti di rumah sakit masih ada petugas yang tidak berhati-hati dalam bertindak. Hal ini harus diperhatikan apabila tidak berhati-hati, maka akan terjadi kelalaian dalam melakukan tindakan. Pengetahuan petugas dalam menjawab pertanyaan juga dikeluhkan oleh pasien. Maka dari rumah sakit sebaiknya memberikan pelatihan kepada petugas kesehatan untuk meningkatkan keterampilan dan pengetahuannya. Hal ini didukung oleh Yuristri, dkk yang mengatakan di RSUD Laki padada masih ada responden yang mengeluhkan mengenai pengetahuan petugas dalam menangani masalah/ keluhan mereka. Hal ini perlu mendapat perhatian khusus dari pihak rumah sakit dengan cara meningkatkan SDM semua perawat baik kualitas maupun kuantitas¹⁴.

Dokter mengingat keluhan sebelumnya serta petugas menanyakan tentang perkembangan penyakit ini juga masih dikeluhkan oleh sebagian responden, mereka mengharapkan pelayanan yang lebih berempati. Empati merupakan salah satu faktor pendorong kemajuan rumah sakit. Karena empati sangat dibutuhkan oleh orang yang sedang sakit atau yang sedang dalam perawatan. Apabila empati yang diberikan tidak sesuai maka pasien tidak akan menggunakan jasa di rumah sakit tersebut apalagi merekomendasikan kepada orang lain. Empati dalam hal ini mencakup perhatian tenaga medis, pelayanan tenaga medis, dan kemampuan tenaga medis¹⁵.

Kebersihan ruangan serta kenyamanan suhu ruang perawatan juga masih ada sebagian responden yang mengeluhkan hal ini disebabkan karena banyaknya jumlah pasien di ruang rawat inap kelas II. Untuk ruang perawatan memang berbeda antara pasien anak dan dewasa. Di RSUD Muhammadiyah Bantul untuk pasien *Fee For Service* mayoritas di bangsal Ar Rahman yaitu pada bangsal anak dan pasien INA-CBGs mayoritas pada bangsal Al Insan yaitu pada bangsal dewasa. Pada bangsal Al Insan jumlah pasiennya lebih banyak jika dibandingkan dengan bangsal Ar Rahman sehingga untuk tingkat kebersihan dan kenyamanan suhu ruangan menjadi menurun. Maka sebaiknya hal ini dapat menjadi perhatian

rumah sakit tentang masalah kenyamanan suhu ruangan, pencahayaan ruangan serta kebersihan ruangan supaya dapat diperbaiki oleh pihak rumah sakit sehingga pasien akan menjadi nyaman selama menjalani perawatan.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Puspa yang melakukan penelitian berjudul perbedaan kualitas pelayanan Puskesmas Kelurahan Sukorame kecamatan Mojoroto kota Kediri berdasarkan Sistem pembayaran ditinjau dari persepsi konsumen hasil penelitian menunjukkan bahwa, ada perbedaan kualitas layanan yang diberikan oleh puskesmas terhadap pasien berdasarkan sistem pembayaran yang digunakan. Pasien pengguna sistem pembayaran langsung mendapatkan kualitas layanan yang lebih baik dibandingkan dengan dua sistem pembayaran yang lain¹⁶.

Hasil penelitian ini didukung penelitian sebelumnya yang dilakukan oleh sulistyono mengatakan bahwa terdapat hubungan antara sistem pembiayaan dengan kualitas Pelayanan yang membuktikan bahwa sistem pembiayaan akan mempengaruhi pada sikap dan perilaku pemberi pelayanan kesehatan, ekspektasi terhadap pasien turun pada sistem kapitasi, meningkat pada sistem *fee for service* dan akhirnya juga mempengaruhi pada dimensi kualitas pelayanan yang diberikan. Kualitas pelayanan akan turun pada sistem asuransi/Jaminan Kesehatan sedangkan pada sistem pembiayaan langsung akan naik⁶.

Kualitas pelayanan di RSUD Muhammadiyah Bantul menyatakan ada perbedaan kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dengan *Fee For Service* yang mana mengatakan lebih baik sistem pembayaran *Fee For Service* (FFS) tetapi responden mengatakan lain bahwa sistem pembayaran lebih baik dengan INA-CBGs/BPJS karena pasien merasa beban pembayaran rumah sakit berkurang dengan adanya jaminan kesehatan.

Sistem pembayaran kesehatan dengan jaminan kesehatan merupakan sistem pembayaran kesehatan yang baik menurut hasil survei karena dengan adanya jaminan kesehatan badan biaya rumah sakit menjadi berkurang dan tidak perlu mengeluarkan biaya saat menjalani rawat inap. Maka dari itu sistem ini lebih efektif dan efisien sesuai dengan kebutuhan medik dalam hal pengendalian mutu dan biaya pelayanan kesehatan. Penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 36 pada Permenkes RI Nomor 71 Tahun 2013 Bab VI tentang "Kendali mutu dan kendali biaya pada tingkat fasilitas kesehatan dilakukan oleh fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dilakukan dengan melalui pemenuhan standar mutu Fasilitas Kesehatan, pemenuhan standar proses pelayanan kesehatan dan pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta¹⁷.

Jaminan kesehatan menggunakan sistem tarif INA-CBGs yang berlaku untuk Rumah Sakit Umum dan Rumah Sakit Khusus, milik pemerintah dan milik swasta yang bekerja sama dalam program BPJS. Penerapan tarif paket INA-CBGs menuntut Rumah Sakit untuk mampu mengefisiensi biaya dan mengoptimalkan pengelolaan keuangan rumah sakit, serta melakukan kendali mutu, kendali biaya dan akses melalui penghitungan biaya

pelayanan dari masing-masing Clinical Pathway. Sehingga rumah sakit bisa lebih efisien terhadap biaya perawatan yang diberikan kepada pasien, tanpa mengurangi mutu pelayanan. Hal ini didukung oleh alwi bahwa pembayaran dengan jaminan kesehatan mampu menekan biaya rumah sakit dua kali lebih sedikit daripada *fee for service* dan tidak menimbulkan dampak negatif pada kepuasan pasien¹⁸.

Menggunakan jaminan kesehatan di rumah sakit dapat mencegah pemberian pelayanan kesehatan yang berlebihan (*overutilization*) karena rumah sakit memberikan pelayanan sesuai dengan *Clinical Pathway* sehingga menjadi lebih efektif dalam mengendalikan biaya kesehatan. Sedangkan sistem pembiayaan *Fee For Service* (FFS) pasien dapat mempengaruhi dokter untuk memberikan pelayanan terbaik untuk dirinya sehingga pelayanan menjadi boros. *Dalam hal ini sistem pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien adalah sistem jaminan kesehatan. Hal ini didukung oleh Charles, dkk yang menyatakan bahwa perawatan yang berkualitas adalah perawatan lebih murah, lebih baik, lebih efisien, dan tidak boros*¹⁹.

Pemerintah menjamin tidak akan ada perbedaan jumlah dan kualitas pengobatan yang diberikan kepada masyarakat dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Meskipun harga paket pelayanan kesehatan berbeda pada tiap wilayah berdasarkan regionalisasi, namun dengan sistem paket Indonesia-Case Based Groups (INA-CBG's), kualitas pelayanan pengobatan tetap sama di setiap wilayah. Obatnya tidak berbeda dalam jumlah dan kualitas di regional manapun, selama paket dan penyakitnya sama. Perbedaan hanya pada harga yang diwujudkan dalam tarif paket yang tidak sama²⁰.

Masalah yang terjadi di RSUD PKU Muhammadiyah Bantul dikarenakan banyaknya jumlah antrian pasien rawat inap di UGD, ada juga yang sampai mengantri dari rumah jauh-jauh hari dan apabila ada kamar yang kosong pihak rumah sakit menghubungi pasien tersebut ini dikarenakan banyaknya jumlah pengguna INA-CBGs/BPJS. Ini sebaiknya menjadi bahan pertimbangan rumah sakit untuk memperluas fasilitas pelayanan dengan menambah jumlah tempat tidur dan rumah sakit tidak boleh takut pasiennya mayoritas BPJS. Karena menurut Budiono salah satu kunci keberhasilan sebuah rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS

Kesehatan adalah komitmen mensukseskan JKN melalui BPJS Kesehatan, dengan memberikan pelayanan tanpa iur biaya kepada peserta, tidak membedakan jenis kepesertaan BPJS Kesehatan, semua diperlakukan sama, serta pengelolaan yang baik, pasti rumah sakit tersebut akan berkembang dengan baik²¹.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan di bab sebelumnya, maka dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan kualitas pelayanan antara sistem pembayaran INA-CBGs dan *Fee For Service* di ruang rawat inap kelas II RSUD PKU Muhammadiyah Bantul, dimana sistem pembayaran INA-CBGs nilai rata-ratanya lebih rendah dari *Fee For Service* artinya sistem pembayaran *Fee For Service* lebih baik

kualitas pelayanan dibandingkan sistem pembayaran INA-CBGs. Perbedaan ini disebabkan karena antrian panjang dan pengurusan administrasi pada pasien BPJS yang tidak mudah sehingga pasien merasa tidak puas.

DAFTAR PUSTAKA

1. Mukti, Ali Ghufron dan Moertjahjo, 2007, *Sistem Jaminan Kesehatan :kousep Desentralisasi Terintegrasi*, Fakultas kedokteran UGM, Yogyakarta.
2. WHO, 2005, *Achieving universal health coverage: Developing the health financing system. Technical brief for policy-makers. Number 1, 2005*. World Health Organization, Department of Health Systems Financing, Health Financing Policy.
3. Republik Indonesia, 2004, *Undang-Undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)*, Lembaran Negara RI 2004, Jakarta.
4. Tabrany, Hasbullah, 2013, *Kualitas pelayanan kesehatan yang dicakup oleh Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) 2014 :Dalam forum Novartis "Sehati Bicara"*, Jakarta. Diakses tanggal 3 Juni 2013, dari http://www.id.novartis.com/indo/news-detail-Sehati-Bicara-2_0.html
5. Lupiyoadi, Hamdani, 2006, *Manajemen Pemasaran Jasa*, Edisi Kedua, Salemba, Jakarta.
6. Sulisty, 2010, Hubungan antara sistem pembiayaan dengan kualitas pelayanan Di puskesmas Slogohimo Wonogiri, *Tesis*, Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
7. Kompasiana, 2014, Peserta JKN Terabaikan, Tanpa Perlindungan, 5 Mei 2014.
8. Makhfudli, & Effendi, Ferry, 2009, *Keperawatan Kesehatan Komunitas :teori dan praktikd alam keperawatan*, Salemba Medika, Jakarta.
9. Triantoro, Laksono, 2004, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*, Gadjah Mada University Press, Yogyakarta.
10. Hendrartini, J, 2010, Model Kinerja Dokter Dengan Pembayaran Kapitasi Dalam Program Asuransi Kesehatan. *Disertasi*. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
11. Etter, J.F and Perneger, T.V, 1997, "Quantitative and Qualitative assesment of Patient Satisfaction In a Managed Care Plan". Evaluation and programe planning. Vol. 20 (2).129-135.
12. Tjiptono, Fandy, 2011, *Pemasaran Jasa*, Andi, Yogyakarta.
13. Sunarto, 2005, Pengaruh Komunikasi dan Motivasi Kerja Aparatur Terhadap Kualitas Pelayanan Sertifikat Tanah, *Jurnal*, Dirjen Dikti.
14. Yuristri, dkk, 2013, Hubungan Kualitas Pelayanan Kesehatan dengan Kepuasan Pasien Pengguna Askes Sosial Pada Pelayanan Rawat Inap DI RSUD Laki padada Kabupaten Tana Toraja, *Jurnal Bagian Administrasi Dan Kebijakan Kesehatan*, Universitas Hasanudin.
15. Ayuningrum, dkk, 2012, Pengaruh Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien Di Rumah Sakit Islam Kota Magelang, *Jurnal*, Jurusan Administrasi Bisnis, Fakultas Ilmu Sosial dan Ilmu Politik, Universitas Diponegoro

16. Puspa, Suciati, 2013, *Perbedaan Kualitas Layanan Puskesmas Kelurahan Sukorame Kecamatan Mojoroto Kota Kediri Berdasar Sistem Pembayaran Ditinjau dari Persepsi Konsumen*, *Jurnal*, Universitas Surabaya Vol. 2 No. 2.
17. Kemenkes RI, 2013, *Peraturan Presiden RI Nomor 71 Tahun 2013 tentang pelayanan kesehatan pada jaminan kesehatan nasional*, Lembaran Negara Republik Indonesia Jakarta.
18. Charles Andel, Stephen L. Davidow, Mark Hollander, and David A. Moreno, 2012, The Economics of Health Care Quality and Medical Errors, *Journal of Health Care Finance*, Vol. 39, No. 1.
19. Martiningsih, Dwi, 2008, Pengaruh Metode Pembayaran Kepada Dokter Keluarga Terhadap Efisiensi Biaya Dan Kualitas Pelayanan, *Tesis*, Program Pasca Sarjana Universitas Sebelas Maret, Surakarta.
20. Kompas, 2012, *Dalam JKN Kualitas Pelayanan Sama*, <http://health.kompas.com/read/2013/06/18/1503341/Dalam,JKN.Kualitas.Pelayanan.Sama>, Di akses februari 2016
21. Budiono, 2013, *Komitmen dan Kerja Keras Kunci Surplus RS Mardi Waluyo Kelola JKN. Metro (05/10/2015)*. <http://www.bpis-kesehatan.go.id/bpis/index.php/post/read/2015/370/Komitmen-dan-Kerja-Keras-Kunci-Surplus-RS-Mardi-Waluyo-Kelola-JKN-Testimoni-drg-Budiono-Direktur-RS-Mardi-Waluyo-Lampung>.