

**Code/Field of Science:
Administrasi Rumah Sakit**

**USULAN
PENELITIAN MULTIDISPLIN
TAHUN KE-2**



**MODEL SISTEM REMUNERASI ISLAMI BAGI RS-RS
MUHAMMADIYAH**

TIM PENGUSUL

Ketua Tim :

Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes (NIDN: 0531106801)

Anggota :

1. Dr. Nur Hidayah, SE, MM (NIDN : 0311065902)

2. Rini Juni Astuti, SE, M.Si (NIDN: 0521057001)

**MAGISTER MANAJEMEN RUMAHSAKIT
PROGRAM PASACASARJANA
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH YOGYAKARTA
DESEMBER, 2019**

**HALAMAN PENGESAHAN
PENELITIAN MULTIDISIPLIN**

Judul Penelitian : SISTEM REMUNERASI ISLAMI BAGI RS-RS
MUHAMMADIYAH
Nama Rumpun Ilmu : Administarsi Rumah Sakit

Ketua Peneliti:

a. Nama Lengkap : Dr.dr. Arlina Dewi, M.Kes
b. NIDN/NIK : 0531106801
c. Jabatan Fungsional : Lektor
d. Program Studi : MMR
e. Nomor HP : 08122972576
f. Alamat surel (e-mail) : dewikoen@yahoo.com

Anggota Peneliti (1)

a. Nama Lengkap : Dr. Dr.Nur Hidayah, SE, MM
b. NIDN /NIK : 0311065902
c. Jabatan Fungsional : Lektor
d. Program Studi : MMR

Anggota Peneliti (2)

a. Nama Lengkap : Rini Juni Astuti, SE, M.Si
b. NIDN /NIK : 0521057001
c. Jabatan Fungsional : Lektor
d. Program Studi : Ekonomi Manajemen

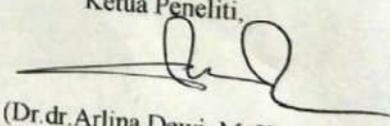
Biaya Penelitian

:
- diusulkan ke UMY : Rp. 50.000.000,-
- dana internal Prodi : Rp.
- dana institusi lain : Rp.
- inkind sebutkan


Mengetahui,
Kaprodi
(Dr.dr.Arlina Dewi, M.Kes)
NIK-196810312003101731060

Bantul, 10 Desember 2018

Ketua Peneliti.


(Dr.dr.Arlina Dewi, M.,Kes)
NIK 196810312003101731060


Mengetahui,
Wakil Direktur Pascasarjana
Prof. Dr. Siswoyo Haryono, M.Pd
NIP 19631101201501 143 104

JUDUL : SISTEM REMUNERASI ISLAMI BAGI RS-RS MUHAMMADIYAH

Tahun Usulan	2018
Tahun Pelaksanaan	2019
Durasi Kegiatan	2 tahun
Usulan Tahun ke-	2
Rumpun Ilmu/Sub Srumpun Ilmu	Administrasi Runah Sakit
Jumlah Tim	3 (1 ketua 2 Anggota)
Usulan dana	Rp 50.000.000,-
Luaran Wajib	1. Jurnal Internasional 2. HKI : Buku Monograph
Luaran Tambahan	Proceeding Scopus

RINGKASAN

Sistem remunerasi di RS merupakan bagian penting di era system pembiayaan kesehatan yang berubah dari *fee for service* menjadi Ina CBG's. Tujuan penelitian ini adalah membuat model awal sistem remunerasi Islami yang yang dapat digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan mutu dan kinerja Islami pegawai dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Metode yang akan digunakan adalah kuantitatif dengan pendekatan survey. Data kuantitatif dilakukan dengan mengumpulkan data persepsi karyawan dan pimpinan di seluruh RS Muhammadiyah /Aisyah di Indonesia tentang pelayanan Islami di RS tempat mereka bekerja. Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada 19 kata Islami yang paling banyak tercantum dalam visi, misi dan tujuan Rumah Sakit Muhammadiyah /Aisyah di Indonesia yang dibentuk dalam 10 tema yaitu: iman-amal sholeh-akhlaqul kharimah, inovasi, kesejahteraan umat, tugas sosial, sifat nabi (sidiq, amanah, tabligh, fathonah), bekerja sebagai ibadah, amanah dan ikhlas, silaturahmi, salam dan prinsip syariah. Hasil kuesioner mengenai sikap karyawan dalam penerapan nilai-nilai islam menunjukkan bahwa nilai terendah terdapat pada pernyataan bahwa operasional kegiatan Rumah Sakit menerapkan prinsip-prinsip syariah, sedangkan nilai tertinggi pada pernyataan hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi. Hal ini menunjukkan bahwa Penerapan nilai-nilai syariah sebagian besar karyawan Rumah Sakit Islam di Indonesia masih terfokus pada diri secara pribadi untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi namun belum optimal dalam kegiatan operasional karyawan di Rumah Sakit.

Luaran yang ditargetkan di akhir tahun ke 2 adalah publikasi di jurnal internasional, HKI buku monograph dan proceeding. Luaran yang sudah tercapai yaitu buku g Panduan Analisis Jabatan dan Penilaian Kinerja; LOA international conference yang akan dilaksanakan pada tanggal 7-8 Nopember 2019 di Unhas Makasar (<http://icha4.unhas.ac.id/>); fulltext oral presentasi akan dimasukkan pada Jurnal Enfermeria Clinica (Scopus Q3, edisi khusus)

Keyword : nilai syariah, Rumah Sakit Islam

A. Latar Belakang Masalah

Salah satu perubahan yang sangat signifikan yang harus diikuti oleh rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS adalah sistem pembayaran yang berupa Paket INA-CBGs (Indonesian *Case Based Groups*). Rumah sakit Muhammadiyah yang jumlahnya 104 di seluruh Indonesia, baru sekitar dua persen rumah sakit yang mulai merancang penerapan dan menerapkan sistem remunerasi secara parsial Tujuan penelitian ini adalah membuat model sistem remunerasi yang yang dapat digunakan sebagai strategi untuk meningkatkan mutu dan kinerja Islami pegawai dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit Muhammadiyah.

Model sistem remunerasi yang akan dibangun pada penelitian ini memiliki kekhususan karena sistem remunerasi ini akan menggunakan kaidah nilai-nilai Islam, sehingga “fit” untuk diterapkan di RS-RS keagamaan, khususnya RS-RS di bawah amal usaha kesehatan Muhammadiyah/Aisyah di Indonesia.

Penelitian ini termasuk **skema Penelitian Multidisiplin, dengan fokus penelitian pada bidang III yaitu pengembangan teknologi kesehatan dan obat. Penelitian ini ditargetkan dapat memberikan kontribusi berupa HKI model sistem remunerasi Rumah Sakit yang berlandaskan nilai-nilai Islami.**

Target capaian penelitian pada akhir tahun II adalah menghasilkan model sistem remunerasi RS berlandaskan nilai-nilai Islami yang diuji cobakan pada salah satu pelayanan kesehatan dibawah AUMKES. Sehingga diharapkan akan diperoleh luaran berupa buku monograph yang di HKI kan, publikasi di jurnal internasional dan presentasi di acara seminar (Proceeding)

B. TINJAUAN PUSTAKA

State of the art dalam penelitian ini adalah model sistem remunerasi untuk meningkatkan mutu, efektivitas biaya, dan *outcome* pelayanan kesehatan untuk rumah-rumah sakit Muhammadiyah di Indonesia yang belum menerapkan sistem remunerasi total padahal sudah ada panduan sistem remunerasi untuk RS BLU yaitu Keputusan Menteri Kesehatan No. 625 Tahun 2010, rumah sakit mampu membeli *software* sistem informasi rumah sakit yang saat ini mudah diperoleh secara *online*, atau *offline*. Belum ada *software* khusus untuk sistem remunerasi pegawai rumah sakit. Hambatan rumah sakit untuk menggunakan sistem remunerasi, disebabkan oleh berbagai hal yang perlu dianalisis lebih mendalam melalui penelitian ilmiah ini. Dari hasil penelitian terdahulu, remunerasi berpengaruh terhadap kepuasan kerja dan kinerja pegawai, terutama perawat sebagai pegawai yang proporsinya paling banyak di rumah sakit, dibandingkan dengan profesi dokter, spesialis, apoteker dan sebagainya yang bekerja di rumah sakit (Fitrianasari, Nimran, and Utami 2013).

Hambatan dalam penerapan sistem remunerasi adalah sulitnya merubah budaya dari *fee for service* menjadi sistem remunerasi, yang selain memperhitungkan jabatan fungsional dan jabatan struktural (*fee for position*), tunjangan kesejahteraan sesuai dengan karakteristik setiap pegawai seperti tunjangan asuransi sosial, pensiun, dan sebagainya (*fee for people*), juga menekankan pada kinerja pegawai dan kinerja unit kerja (*fee for performance*). Dengan demikian, ketika insentif diberikan berdasarkan kinerja pegawai dan kinerja unit, maka pegawai akan berusaha untuk memaksimalkan kinerjanya baik secara individu maupun bekerjasama dengan tim sehingga mendapatkan insentif yang memuaskan sesuai dengan kinerjanya. Indikator kinerja individu meliputi perilaku kerja dan prestasi kerja. Dalam prestasi kerja ditetapkan standar dan target mutu atau kualitas, jumlah atau kuantitas, waktu dan biaya dalam memberikan pelayanan kepada pelanggan. Mutu pelayanan menghasilkan *outcome* berupa kepuasan pasien dan kepuasan pegawai. Dengan sistem remunerasi biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit lebih efektif berdasarkan pada posisi, kinerja, dan karakteristik pegawai, bukan semata-mata berdasarkan pada jabatan, tingkat pendidikan dan senioritas (lamanya kerja).

Sudah menjadi keniscayaan bagi rumah sakit untuk menggunakan sistem remunerasi karena rencana pemerintah bahwa tahun 2019 semua penduduk Republik Indonesia harus menjadi peserta JKN sehingga tercapai *Universal Health Coverage* (Soetisna, Tri Wisesa, Dumilah Ayuningtyas 2015). Sistem pembayaran jasa pelayanan kesehatan tidak lagi langsung dari pasien yang menerima pelayanan kesehatan, tetapi dari klaim ke BPJS

dengan tarif paket INA-CBGs. Tarif INA-CBG's adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur” (Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (PMK) Nomor 59 Tahun 2014 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Pasal 1 Ayat 3). *International Classification of Diseases version 10 (ICD 10)* dan *International Classification of Diseases version 9 Clinical Modification (ICD 9 CM)* adalah kode yang digunakan secara internasional sebagai dasar acuan dalam pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Rumah sakit akan rugi jika terjadi kesalahan dalam pengkodean tersebut. Kerugian tersebut dapat berupa penundaan pembayaran klaim karena harus di-*review* ulang, atau tidak dibayar sama sekali jika tidak sesuai dengan ketentuan pengkodean. Hal ini berdampak pada ketidak-puasan bagi rumah sakit maupun BPJS. Dampak dari hal tersebut terjadi ketidak-pastian pembayaran terhadap jasa yang telah diberikan kepada pasien, sehingga rumah sakit juga mengalami kesulitan di dalam pembayaran jasa kepada pegawainya, terutama dokter-dokter spesialis.

Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss (1996), menyatakan bahwa pelayanan kesehatan di U.S telah mengembangkan model kompensasi berdasarkan kualitas. Melalui kompensasi tersebut dokter-dokter pelayanan primer, rumah sakit dan para spesialis mendapatkan tambahan kompensasi berdasarkan kualitas dan efektivitas biaya dari pelayanan yang diberikan kepada pasien. Model ini jelas menggambarkan semangat untuk memperbaiki kinerja, pelayanan yang berkualitas tinggi, efektivitas biaya pelayanan dan memaksimalkan *outcome* pasien.

Rumah sakit khas dibayar dengan perjanjian FFS, yang secara umum meliputi pembayaran rata-rata perhari, untuk setiap hari waktu yang digunakan di rumah sakit, tetapi juga meliputi rata-rata kasus untuk seluruh waktu selama berada di rumah sakit, contoh yang jarang, pembayaran mungkin didasarkan pada presentasi dari biaya aktualnya. Dokter di rumah sakit, seperti spesialis anastesi dan dokter instalasi gawat darurat, umumnya pembayaran sebagai sebuah komponen biaya langsung rumah sakit untuk pasien rawat inap. Spesialis penunjang seperti spesialis radiologi dan laboratorium klinik, khusus dibayar dengan kapitasi, dan pilihan dibuat oleh dokter pelayanan primer. Kebanyakan para spesialis yang menjadi pengambil keputusan di dalam proses pelayanan kesehatan dibayar berdasarkan FFS mengacu pada skedule pembayaran pelayanan kesehatan US (Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss, n.d.) (1996).

Pengaturan kompensasi telah memperkenalkan model kompensasi berdasarkan

kualitas menjadi dasar pelayanan kesehatan US. Untuk semua jenis provider pelayanan kesehatan di US telah dibentuk formula yang terdiri dari kompensasi dasar dan sebuah kesempatan untuk memperoleh kompensasi tambahan berdasarkan pada mutu dan efektivitas biaya dari pemberian pelayanan. Tambahan kompensasi ini didasarkan pada pengukuran kinerja klinik, yang menekankan pada kualitas pelayanan. Pengukuran kinerja tersebut mempunyai keterbatasan. Mengukur proses merujuk pada sesuatu dijalankan atau tidak dijalankan. Selain itu, keterbatasan dari panduan yang berdasarkan pada bukti sebagai ukuran dari kinerja. Rata-rata komplikasi sering dijadikan ukuran sebagai *outcome* dari kinerja sebagai data yang dikumpulkan secara rutin, tetapi reliabilitas data administratif yang tersedia masih bermasalah. Selain itu ukuran dari *outcome* sering memerlukan penyesuaian dengan resiko yang masih tidak tepat. Kebanyakan para spesialis dan pelayanan rumah sakit dibayar dengan bentuk pembayaran berdasarkan jadual (*fee-schedule-based*) dan diajukan sebagai klaim untuk penggantian pembayaran kembali. Pelayanan kesehatan di US sudah mengembangkan *casemix* dan pendekatan penyesuaian tingkat keparahan yang memperhitungkan perbedaan antar rumah sakit (Hanchak, Schlackman, and Harmon-Weiss, n.d.) (1996).

Tahun 1999, di Quebec (Canada) pemerintah membuat reformasi atau pembaharuan tentang pilihan sistem kompensasi campuran (*Mix Compensation*) untuk para spesialis yang bekerja di rumah sakit sebagai alternatif dari sistem kompensasi tradisional yaitu *fee for service* (Échevin and Fortin 2013).

Untuk meningkatkan efisiensi pelayanan kesehatan beberapa pemerintah telah merubah sistem remunerasinya sejak abad ke 20, umumnya dengan kerangka anggaran yang *fixed*, sebagai sistem yang lebih kompetitif berorientasi pasar. Perubahan sistem remunerasi ini membuat rumah sakit menjadi lebih kompetitif, dengan efektivitas biayanya dan volume produksi pelayanan yang lebih tinggi. Indikatornya sudah jelas, yaitu jumlah pasien rawat jalan, lama waktu pelayanan, mudah diakses, jumlah pengobatan dan kualitasnya, serta dokumentasi mutu pelayanan (Ekdahl 2014).

Penelitian tentang remunerasi secara total yang meliputi semua pegawai rumah sakit yang terdiri dari berbagai profesi masih sangat jarang. Beberapa penelitian terdahulu hanya meneliti bagian dari remunerasi untuk profesi tertentu saja seperti profesi dokter gigi dan profesi farmasi. Penelitian di Scotland pada 503 praktek dokter gigi, hasilnya menunjukkan bahwa kenaikan yang signifikan secara statistik pada aktivitas klinis, untuk dokter gigi yang diberikan pembayaran secara *fee for service*. Studi ini tidak melaporkan data ukuran pemanfaatan pelayanan kesehatan atau ukuran *outcomes* pasien. Informasi tentang

efektivitas biaya dari metode remunerasi yang berbeda tidak cukup. Insentif finansial di dalam sistem remunerasi mungkin menghasilkan perubahan untuk aktivitas klinis. Sangat direkomendasikan untuk melakukan penelitian eksperimen insentif finansial yang berdampak pada *outcomes* pasien (Brocklehurst et al. 2013).

Sebuah penelitian tentang model remunerasi untuk ahli farmasi, model remunerasi dibedakan di dalam cara bagaimana para ahli farmasi dibayar untuk pelayanan profesional di luar pengeluaran obat. Juga scope yang diberi remunerasi bervariasi. Kebanyakan negara mengtur remunerasi untuk pelayanan saja ketika obat dibayar di bawah skema penggantian. Remunerasi untuk pelayanan berimplikasi pada sebuah komitmen untuk memastikan kualitas mereka di beberapa negara. Model praktek kolaboratif sudah diatur ketika ahli farmasi bekerja sama dengan profesional pelayanan kesehatan lainnya untuk menyampaikan pelayanan dengan diagnose spesifik atau pelayanan berdasarkan pada penggunaan obat untuk pasien. Remunerasi dari pelayanan dipengaruhi oleh nilai pelayanan, kendala anggaran, perspektif pembayar, dan perilaku dari dokter, ahli farmasi dan pasien. Jadi, kesimpulannya, organisasi profesional butuh untuk membuat formulasi strategi yang jelas untuk membangun dan menambah remunerasi untuk pelayanan profesional farmasi. Implikasinya, ahli farmasi bukan hanya menunjukkan nilai pelayanan tetapi juga memastikan kualitasnya (Bernsten et al. 2010). Di rumah sakit banyak profesional yang terlibat dalam pelayanan kepada pasien, masing-masing profesi mempunyai perannya sendiri yang bekerja secara kolaboratif, sehingga diperlukan remunerasi gabungan yang dapat mengakomodasi semua profesi yang terlibat. Hal ini merupakan masalah yang sangat kompleks dan pelik untuk dipecahkan. Rumah sakit sebagai organisasi yang besar tidak mungkin dapat berhasil tanpa manajemen yang baik. Pihak para profesional yang terlibat langsung pada pelayanan pasien merupakan unit sumber atau pusat pendapatan rumah sakit, namun terdapat banyak unit lain di rumah sakit yang tidak langsung berhubungan dengan pelayanan pasien, namun unit tersebut merupakan unit penunjang agar pelayanan kepada pasien dapat berjalan sesuai harapan.

Penelitian tentang kepuasan kerja dokter spesialis sebagai salah satu *outcomes* pelayanan kesehatan masih sangat jarang. Satu penelitian di Manna Kabupaten Bengkulu menunjukkan bahwa kepuasan dokter spesialis masih rendah. Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kepuasan kerja dokter spesialis tersebut adalah hubungan antara dokter dan pasien, fasilitas rumah sakit, hubungan dengan teman kerja, pendapatan secara keseluruhan, karakteristik pekerjaan, fasilitas yang diterima dari rumah sakit, keberadaan profesional yang tidak diketahui, keselamatan kerja di dalam bekerja, masalah keluarga,

dan prospek karir. Sepuluh faktor tersebut berhubungan dengan kesenjangan ekonomi dan budaya yang diharapkan oleh dokter spesialis dan kenyataan di Rumah Sakit Umum Manna. Hasil penelitian ini memberikan rekomendasi untuk memperbaiki kebijakan kompensasi untuk dokter spesialis dan memperkuat budaya yang sesuai dengan dokter spesialis yang bekerja di Rumah Sakit Manna (Perpustakaan UGM 2003).

Hasil penelitian di 9 rumah sakit di Netherland antara tahun 2006-2009 tentang perbedaan remunerasi dokter antara *fee for service* dengan gaji untuk menjelaskan pengaruh insentif finansial pada produksi medis, menunjukkan bahwa rata-rata pemanfaatan lebih tinggi di area geografis yang lebih banyak pasien dengan perlakuan *fee for service*. Pengaruhnya kuat untuk pemberian pengobatan yang sensitif seperti katarak dan *tonsillectomies*, tetapi tidak ditemukan pengaruh pada pemberian pengobatan yang tidak sensitif seperti patah tulang panggul (*hip fractures*) (Douven, Mocking, and Mosca 2015). Di Indonesia juga kebiasaan yang sudah sejak dahulu yaitu *fee for service*, sulit diubah menjadi remunerasi yang komponennya gaji (*fee for position*), insentive kinerja (*fee for performance*) dan tunjangan-tunjangan seperti asuransi keselamatan kerja dan asuransi kesehatan (*fee for people*).

Bardey, Cremer, and Lozachmeur melakukan penelitian dengan membandingkan skema remunerasi untuk dokter antara murni gaji (*salary*), pembayaran per kasus atau *fee for service* dengan skema campuran antara *fee for service* dengan *salary* atau pembayaran per kasus (*case payments*). Hasilnya menunjukkan bahwa skema pembayaran per kasus (baik murni maupun campuran dengan *fee for service*) lebih nyaman bagi pasien dari pada *salary* (murni atau campuran), kebalikan bagi dokter. Sangat mengejutkan, pasien selalu hilang (berkurang) jika *fee for service* diterapkan (baik murni maupun campuran). Ini kenyataan, meskipun *fee for service* adalah cara satu-satunya (*the only way*) agar dokter mengerahkan usaha, apapun penilaian pasien terhadap usaha tersebut. Dengan kata lain peningkatan usaha dokter yang disebabkan oleh *fee for service* lebih dari pada kompensasi oleh peningkatan pembayaran yang dihadapi pasien. Dua rumah sakit yang mencari keuntungan bersaing untuk menarik pasien dan berafiliasi dengan dokter. Jumlah pasien dan dokter ditentukan oleh tingkat mutu rumah sakit yang dinilai dari kedua sisi. Mutu dapat ditingkatkan melalui usaha yang mahal. (Bardey, Cremer, and Lozachmeur 2012). Jadi rumah sakit mengalami dilema, antara meningkatkan usaha dokter dengan *fee for service* dan meningkatkan jumlah pasien yang tidak nyaman dengan *fee for service*, pasien lebih nyaman dengan pembayaran yang pasti (*fixed*) seperti pembayaran paket per kasus. Dengan *fee for service* dokter memberikan usahanya secara maksimal, sedangkan dengan

gaji dan atau pembayaran per kasus (*case payment*), usaha dokter minimal, tetapi lebih nyaman buat kebanyakan pasien. Rumah sakit lebih diuntungkan dengan *fee for service* untuk pasien umum, namun ketika melayani pasien peserta BPJS, yang pembayarannya secara paket berdasarkan kasus (*casemix*) dengan INA-CBGs, apabila menggunakan skema pembayaran *fee for service* rumah sakit rugi karena harus membayar kelebihan pemeriksaan atau tindakan (prosedur) yang melebihi paket INA-CBGs yang pembayarannya dikalim ke BPJS. BPJS tidak mau membayar pelayanan atau tindakan dokter atau obat yang di luar paket INA-CBGs. Jika terjadi hal yang demikian itu maka pembayaran kalim menjadi tertunda sampai hasil verifikasi menunjukkan klaim sudah sesuai dengan paket INA-CBGs yang telah ditetapkan.

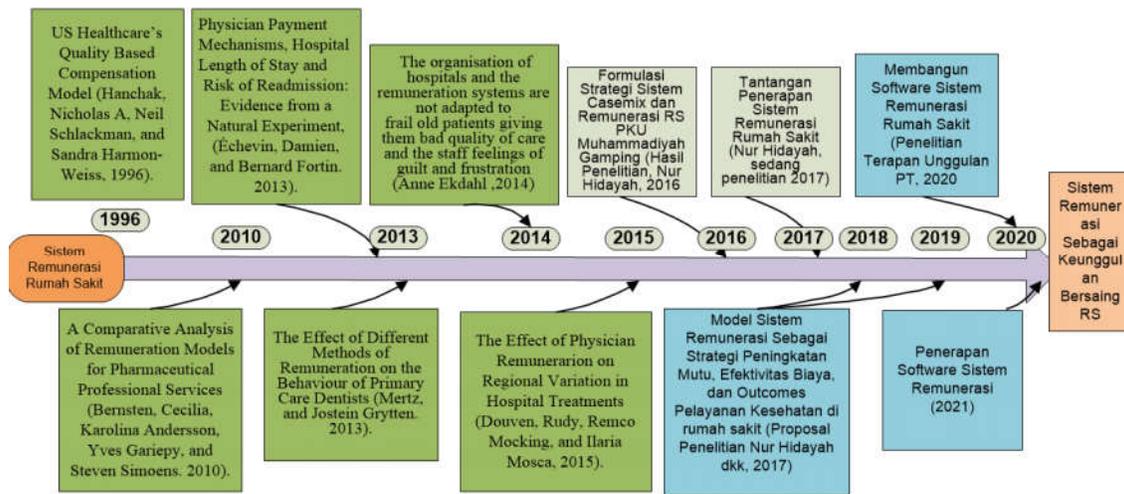
Menurut Robinson, ada banyak mekanisme pembayaran untuk dokter, beberapa bagus, dan beberapa jelek (buruk). Tiga yang paling buruk adalah *fee for service*, kapitasi, dan gaji (*salary*). *Fee-for-service* memberikan penghargaan pada ketentuan pelayanan yang tidak tepat. Kecurangan *upcoding* dari kunjungan dan prosedur, dan mencampurkan rujukan secara “ping-pong” di antara dokter spesialis. Kapitasi memberikan penghargaan pada “penolakan memberikan layanan yang tepat”, pembuangan penyakit khronis, dan skop praktek yang sempit yang merujuk setiap saat pasien yang memerlukan biaya tinggi. *Salary* (gaji) merusak produktivitas. Membiarkan waktu santai/luang, dan menyuburkan mental birokratis di dalam setiap prosedur adalah masalah orang lain. Di *American medicine* menunjukkan sejumlah sistem komponen yang menarik yang mencampurkan antara elemen pembayaran *retrospective* dan *prospective*, *fee-for-service*, *salary*, dan kapitasi. Inovasi ini mencari jalan tengah insentif dengan intensitas tinggi dan rendah, antara tarif satuan dengan gaji langsung. Mekanisme pembayaran juga disematkan di dalam dan didukung oleh mekanisme bukan harga (*nonprice*), contohnya metode monitoring dan memotivasi perilaku yang tepat yang mungkin mempunyai konsekuensi finansial tetapi lebih tergantung secara langsung pada screening, sosialisasi, pembentukan profil, promosi, dan praktik kepemilikan (Robinson 2001).

Perilaku dokter adalah kompleks, sulit untuk dimonitor, dan seringsulit untuk dimengerti. Mekanisme pembayaran yang sederhana (*simple*) tidak diharapkan. Bahkan diskusi sepintas lalu dari informasi yang tidak lengkap, menghindari resiko, tugas ganda atau banyak, dan produktivitas tim menggaris bawahi kewajiban penggunaan *fee for service* dan kapitasi untuk membujuk dan memberi penghargaan kepada dokter untuk melakukan apa yang diinginkan untuk mereka lakukan. Seperti kasus di pekerjaan dan industri lainnya, ketidak sempurnaan mekanisme pembayaran secara *retrospective* atau

prospective dapat dikelola melalui pencampuran dan penyesuaian (*through mixing and matching*), kreasi dan pencampuran seperti kapitasi dengan *fee for service* di dalam sebuah anggaran departemen yang dikapitasi, atau tarif kasus untuk episode-episode perawatan (Robinson 2001).

Perubahan dari *fee for service* menjadi sistem remunerasi yang komponennya terdiri dari *fee for position (salary)*, *fee for performance*, dan *fee for people* (tunjangan-tunjangan) sebagai satu kesatuan sistem memerlukan perubahan budaya. Menurut (Tyagi et al. 2013), teknologi pelayanan kesehatan dan program perbaikan mutu telah diidentifikasi sebagai sebuah cara untuk mempengaruhi biaya dan kualitas pelayanan di Canada. Hasil penelitiannya menunjukkan bahwa budaya organisasi berpengaruh signifikan secara langsung pada program perbaikan mutu yang digunakan, sedangkan penggunaan teknologi pelayanan kesehatan selain berpengaruh langsung terhadap program perbaikan mutu yang digunakan juga berpengaruh tidak langsung melalui budaya organisasi. Jadi penggunaan teknologi pelayanan kesehatan berpengaruh langsung pada budaya organisasi. Penelitian dilakukan dengan seluruh responden yang dikirim kuesioner berjumlah 592 rumah sakit di provinsi di Canada, dengan target fokus pada pengambil keputusan, yaitu manajemen tingkat menengah dan atas. Kuesioner yang kembali dan dapat diolah berjumlah 134 rumah sakit atau 22,6 persen.

Program perbaikan mutu tidak akan berhasil apabila kinerja organisasi tidak baik. Kinerja organisasi adalah sebuah *output* yang dihasilkan dari kinerja individu anggota organisasi atau pegawai dan kinerja unit-unit dari organisasi yang secara terintegrasi menghasilkan kinerja organisasi. *Outcomes* dari kinerja individu, unit dan organisasi adalah kepuasan *stakeholders*, terutama pasien, pegawai dan pemilik organisasi rumah sakit. Untuk itu sebagaimana yang dikemukakan oleh (Giannini 2015), penting mengimplementasikan sistem penilaian yang tepat yang berpengaruh secara terintegrasi terhadap kepuasan pelanggan, kontribusi dari staf kesehatan, dan kinerja organisasi secara keseluruhan. Sebuah penilaian kinerja yang terintegrasi dari seluruh organisasi dan pegawainya membuktikan dukungan yang mendasar untuk memonitor variabel yang strategik dan mengkombinasikannya di dalam tujuan efektivitas, efisiensi, mutu, dan kinerja individu untuk memperbaiki fungsi yang tepat dari organisasi pelayanan kesehatan.



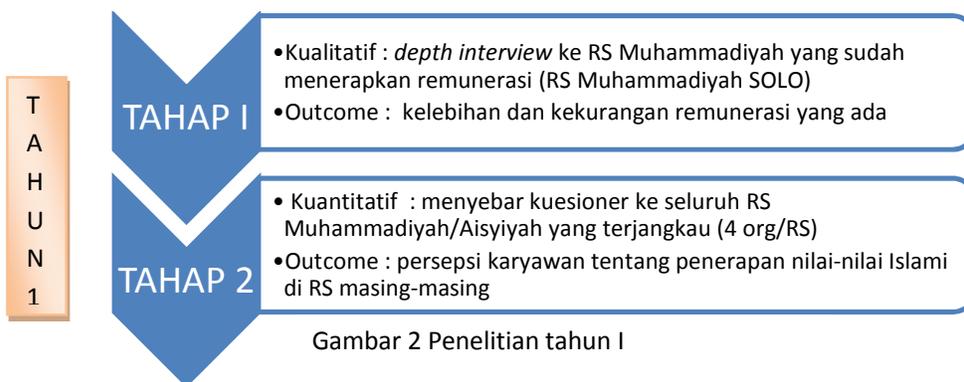
Gambar 1: Roadmap Penelitian

C. METODE

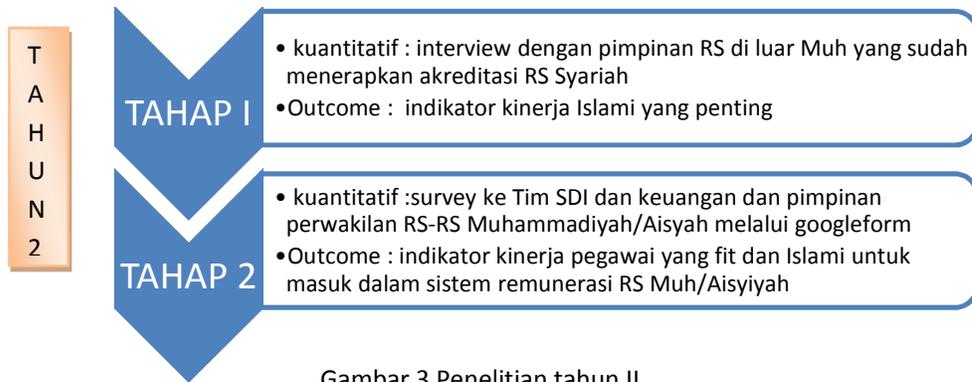
Penelitian ini adalah penelitian terapan, menggunakan pendekatan penelitian mix methode bertujuan untuk memecahkan masalah yang terjadi pada penerapan sistem remunerasi di rumah sakit. Berbagai fenomena masalah yang dihadapi oleh rumah sakit dan stakeholders-nya, perlu segera dipecahkan, namun masalahnya sendiri belum jelas sehingga perlu penelitian ilmiah untuk mengeksplorasi berbagai penyebab di lapangan, dan mencari solusi secara akademis berdasarkan penelitian-penelitian terdahulu dan solusi empiris berdasarkan pada data yang diperoleh di lapangan. Dari segi metode penemuan ilmu, penelitian ini termasuk penelitian kualitatif yang tidak menguji hipotesis, tetapi diharapkan dapat memberikan solusi dari masalah yang dihadapi rumah sakit dalam merumuskan model sistem remunerasi dan penerapannya. Meskipun penelitian ini adalah penelitian terapan, tetapi dari hasil penelitian juga diharapkan dapat memberikan kontribusi pengembangan ilmu manajemen rumah sakit terkait dengan penyusunan model sistem remunerasi ISLAMI yang efektif dan efisien yang dapat meningkatkan kinerja Islami pegawai pelayanan kesehatan di rumah sakit Muhammadiyah. Untuk membuat model sistem digunakan data-data baik data kuantitatif maupun data kualitatif dari RS-RS PKU Muhammadiyah.

Bagan Alir Penelitian

Bagan alir dari penelitian ini adalah sebagai berikut.



Gambar 2 Penelitian tahun I



Gambar 3 Penelitian tahun II

Tahun II penelitian dilaksanakan untuk mendapatkan indikator kinerja Islami yang penting dan menyusun indikator kinerja pegawai yang fit dan mendorong untuk menerapkan pelayanan dengan mengedepankan nilai-nilai Islami

Informan, Responden dan Obyek Penelitian

Informan untuk penelitian pada tahun II adalah para pakar Syariah, manajer pelayanan kesehatan, perwakilan dari profesi di pelayanan kesehatan (Sp, dokter umum, dokter gigi, perawat, profesi penunjang dan pegawai non tenaga kesehatan) Obyek penelitian ini adalah sistem pemberian kompensasi finansial baik langsung maupun tidak langsung dan komponen-komponen yang terkait dalam menyusun model sistem remunerasi yang dapat meningkatkan mutu dan kinerja pelayanan kesehatan di rumah sakit yang menerapkan nilai-nilai Islami.

Jenis dan Teknik Pengumpulan Data tahun ke 2:

Data Primer

1. Data primer diperoleh secara langsung dari responden menggunakan kuesioner dan informan melalui wawancara terbuka pengalaman RS Muhammadiyah yang sudah menerapkan Indikator Kinerja RS untuk remunerasi. Sesuai dengan desain penelitian campuran maka instrumen penelitian berupa pedoman wawancara
2. Data survey karyawan (SDI dan tim keuangan) serta Pimpinan RS Muhammadiyah/Aisyiyah yang disebar melalui googledoc.

Data Sekunder

Data sekunder diperoleh dari dokumen rumah sakit/pelayanan kesehatan lain yang berupa struktur organisasi, hasil analisis jabatan yang berupa deskripsi jabatan dan kualifikasi jabatan. Selanjutnya menyusun indikator kinerja individu setiap profesi di pelayanan kesehatan percontohan serta mengidentifikasi data-data yang diperlukan dari daftar gaji dan

tunjangan pegawai untuk dibuat modifikasi sesuai kebutuhan model sistem remunerasi. Data-data sekunder lainnya yang diperlukan adalah dokumen penjaminan mutu, biaya-biaya langsung maupun tidak langsung dari pelayanan kesehatan, kepuasan pegawai, dan kepuasan pelanggan (pasien).

Penelitian dilaksanakan pada Bulan Juli -Agustus 2018 dan tahun ke-2 pada Bulan Mei-Juni 2019

D. HASIL PENELITIAN

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Di Rumah Sakit Islam Indonesia

No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)	No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)
1.	Usia			5.	Non Jabatan	31	19.1
	<20-30 tahun	41	25.3		Pekerjaan		
	>30-40 tahun	72	44.4		Dokter Spesialis	5	3.1
	>40-50 tahun	38	23.5		Dokter Umum/ Gigi	44	27.2
	>50-60 tahun	11	6.8		Perawat	33	20.3
2.	Jenis kelamin				Bidan	5	3.1
	Laki-laki	64	39.5		Apoteker	13	8
	Perempuan	98	60.5		Lainnya	62	38.3
3.	Tingkat Pendidikan			6.	Status Kepegawaian		
	S3	3	1.9		Pegawai Tetap	129	79.6
	S2	30	18.5		Pegawai Tidak Tetap	33	20.4
	S1	49	30.2	7.	Lama kerja		
	Profesi	45	27.8		<1-5 tahun	55	34
	Diploma	35	21.6		>5-10 tahun	47	29
4.	Jabatan				>10-15 tahun	24	14.8
	Struktural	84	51.9		>15-20 tahun	19	11.7
	Fungsional	47	29		>20 tahun	17	10.5

Berdasarkan Tabel 1. menunjukkan sebagian besar karyawan berusia >30-40 tahun sebanyak 72 orang (44.4), berjenis kelamin perempuan sebanyak 98 orang (60.5), tingkat pendidikan S1 sebanyak 49 orang (30.2), jabatan struktural sebanyak 84 orang (51.9), pekerjaan karyawan dalam bidang lainnya sebanyak 62 orang (38.3), status kepegawaian pegawai tetap sebanyak 129 orang (79.6), dan lama kerja karyawan <1-5 tahun sebanyak 55 orang (34).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi Asal Responden di Rumah Sakit Islam Indonesia

No	Karakteristik Karyawan	Jumlah (n=162)	Total (%)
1.	Asal kelas Rumah Sakit		
	B	16	9.9
	C	81	50
	D	65	40.1
2.	Status Akreditasi		
	Belum Terakreditasi	26	16
	Terakreditasi Pratama	44	27.2
	Terakreditasi Madya	3	1.9
	Terakreditasi Utama	11	6.8
	Terakreditasi Paripurna	78	48.1

Berdasarkan Tabel 2. menunjukkan sebagian besar karyawan berasal dari Rumah Sakit Islam kelas C sebanyak 82 orang (50) dan Rumah Sakit terakreditasi paripurna sebanyak 78 orang (48.1) dan terakreditasi pratama sebanyak 44 orang (27.2)

Tabel 3. Kata-Kata Islami yang Terdapat Pada Visi, Misi dan Tujuan Di Rumah Sakit Islam Indonesia

No	Kata-Kata Islami yang muncul di Web RS Islam	Visi	Misi	Tujuan	Nilai	Motto	Total (%)
1.	Dakwah Amar Ma'ruf	5	21	1	3	1	31 (14.4)
2.	Ibadah	1	8	4	4	8	25 (11.6)
3.	Ridho Allah	1	2	5	4	2	24 (11.2)
4.	Kesejahteraan Umat	1	17	3	1	1	23 (10.7)
5.	Syariah	2	8	4	3	1	18 (8.4)
6.	Silturahmi	2	8	3	0	3	16 (7.4)
7.	Ikhlas	2	1	2	1	4	13 (6.1)
8.	Tugas Sosial	1	8	0	2	0	11 (5.1)
9.	Amal Sholih	4	3	0	0	3	10 (4.7)
10.	Amanah	2	2	0	1	3	8 (3.7)
11.	Dhu'afa	1	6	0	0	0	7 (3.2)
12.	Inovatif	1	3	1	0	1	6 (2.8)
13.	Tabligh	0	3	0	0	2	5 (2.3)
14.	Iman	1	1	0	2	0	4 (1.9)
15.	Kader	2	1	1	0	0	4 (1.9)
16.	Salam	0	1	0	0	2	3 (1.4)
17.	Berakhlaqul Karimah	0	1	0	0	2	3 (1.4)
18.	Sidiq	0	0	0	0	2	2 (0.9)
19.	Fathonah	0	0	0	0	2	2 (0.9)

Berdasarkan tabel 3. menunjukkan bahwa kata-kata islami yang sering digunakan Rumah Sakit Islam di Indonesia dalam profil visi yaitu dakwah amar ma'ruf, misi yaitu dakwah amar ma'ruf, tujuan yaitu ridho Allah, nilai yaitu ibadah dan ridho Allah, dan motto yaitu ibadah. Urutan penggunaan kata-kata Islami tertinggi adalah dakwah amar ma'ruf sebanyak 31 (14.4) dan terendah adalah sidiq dan fathonah sebanyak 2 (0.9).

Tabel 4. 10 Tema Kata yang Disusun Menjadi 9 Pernyataan Sikap Setuju Menurut Persepsi Karyawan Terhadap Kenerja Islami Di Rumah Sakit Islam

No	Kata Tema	Pernyataan
1.	Iman Amal Sholeh Akhlauq kharimah	Rumah Sakit menyediakan masjid dan menganjurkan untuk melaksanakan sholat fardhu berjama'ah dan ceramah singkat, untuk memupuk iman, amal sholeh dan akhlauq karimah
2.	Inovasi	Hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi
3.	Kesejahteraan umat	Rumah Sakit ikut serta dalam mewujudkan kesejahteraan umat dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat
4.	Tugas sosial	Rumah Sakit juga melakukan kegiatan sosial untuk masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan
5.	Sifat nabi (sidiq, amanah, tabligh, fathonah)	Pribadi Rasulullah SAW yang mempunyai sifat sidiq, amanah, tabligh dan fathonah menjadi contoh dalam pembinaan kader Organisasi Islam di Rumah Sakit
6.	Bekerja sebagai ibadah	Penanaman nilai " bekerja sebagai ibadah" dilakukan oleh Rumah Sakit agar pegawai Rumah Sakit dapat menjalankan amanah bekerja dengan ikhlas
7.	Amanah dan ikhlas	

8.	Silaturahmi,	Kegiatan silaturahmi antara pimpinan Rumah Sakit dan pegawai diadakan secara rutin (misalnya sebulan sekali dalam bentuk pengajian atau lainnya)
9.	Salam	Memberikan salam ketika bertemu dengan sesama pegawai Rumah Sakit, pasien dan keluarganya atau tamu Rumah Sakit sudah menjadi budaya Rumah Sakit
10.	Prinsip Syariah,	Operasional kegiatan Rumah Sakit menggunakan prinsip-prinsip syariah

Berdasarkan tabel 4. 19 kata Islami yang muncul di Profil 68 Rumah Sakit Islam, selanjutnya peneliti menggabungkan kata-kata yang setema. Hasil dari penggabungan tersebut diperoleh 10 kata yaitu kesejahteraan umat, prinsip Syariah, silaturahmi, salam, bekerja sebagai ibadah, amanah dan ikhlas, tugas sosial, iman-amal sholeh-akhlaql kharimah, sifat nabi (sidiq, amanah, tabligh, fathonah) dan inovasi. Dari 10 tema kata tersebut maka disusun 9 pernyataan sikap setuju menurut persepsi karyawan terhadap kinerja islami yang sudah dilakukan di Rumah Sakit Islam tempat mereka bekerja

Tabel 3. Sikap Karyawan terhadap Kinerja RS Diukur Berdasarkan Nilai-Nilai Islam Diurutkan Berdasarkan Skor Tertinggi

No	Persepsi karyawan terhadap kinerja islami di RS tempat bekerja	Rata-Rata Skor
1.	Hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi	9.05
2.	Rumah Sakit menyediakan masjid dan menganjurkan untuk melaksanakan sholat fardhu berjama'ah dan ceramah singkat, untuk memupuk iman, amal sholeh dan akhlaql karimah	9.04
3.	Rumah Sakit ikut serta dalam mewujudkan kesejahteraan umat dengan memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat	9
4.	Rumah Sakit juga melakukan kegiatan sosial untuk masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan	8.97
5.	Pribadi Rasulullah SAW yang mempunyai sifat sidiq, amanah, tabligh dan fathonah menjadi contoh dalam pembinaan kader Organisasi Islam di Rumah Sakit	8.94
6.	Penanaman nilai “ bekerja sebagai ibadah” dilakukan oleh Rumah Sakit agar pegawai Rumah Sakit dapat menjalankan amanah bekerja dengan ikhlas	8.79
7.	Kegiatan silaturahmi antara pimpinan Rumah Sakit dan pegawai diadakan secara rutin (misalnya sebulan sekali dalam bentuk pengajian atau lainnya)	8.75
8.	Memberikan salam ketika bertemu dengan sesama pegawai Rumah Sakit, pasien dan keluarganya atau tamu Rumah Sakit sudah menjadi budaya Rumah Sakit	8.51
9.	Operasional kegiatan Rumah Sakit menggunakan prinsip-prinsip syariah	8.04

Berdasarkan tabel 3. menunjukkan bahwa implementasi sikap karyawan yang sesuai dengan nilai-nilai Islam sebagian besar menyatakan hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi dengan skor 9.05 dan skor terendah 8.04 menyatakan bahwa implementasi sikap karyawan yang sesuai nilai-nilai Islam di operasional kegiatan Rumah Sakit menggunakan prinsip syariah.

E. PEMBAHASAN

Berdasarkan data karakteristik karyawan menunjukkan sebagian besar karyawan di 68 Rumah Sakit Islam di Indonesia berusia >30-40 tahun sebanyak 72 orang (44.4), berjenis kelamin perempuan sebanyak 98 orang (60.5), tingkat pendidikan S1 sebanyak 49 orang (30.2), jabatan struktural sebanyak 84 orang (51.9), pekerjaan karyawan dalam bidang lainnya sebanyak 62 orang (38.3), status kepegawaian pegawai tetap sebanyak 129 orang (79.6), lama kerja karyawan <1-5 tahun sebanyak 55 orang (34), tipe Rumah Sakit Islam C sebanyak 81 orang (50) dan status akreditasi paripurna sebanyak 78 orang (48.1).

Hasil penelitian terhadap 68 Rumah Sakit Islam di Indonesia dengan 162 responden menunjukkan bahwa sebagian besar karyawan menyatakan bahwa hari ini harus lebih baik dari kemarin, hari esok harus lebih baik dari hari ini adalah nilai-nilai Islam untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi dengan skor 9.05, dalam hal ini sikap karyawan belum selaras dalam mengaplikasikan prinsip-prinsip syariah dalam melakukan kegiatan operasional di Rumah Sakit Islam dengan skor terendah 8.04. Layanan kesehatan merupakan salah satu area penting dalam masyarakat. Pengobatan berdasarkan kacamata Islam tidak terbatas pada fisik namun juga psiko-spiritual yang bersifat holistik. Rumah Sakit yang sesuai syariah merupakan Rumah Sakit yang memiliki prinsip syariah baik dari pekerjaan, kebijakan, prosedur dan penerimaan kepegawaian, sehingga tidak terfokus pada produk halal atau layanan yang sesuai syariah (9).

Operasional kegiatan yang belum optimal sesuai prinsip syariah di Rumah Sakit Islam dapat dipengaruhi beberapa hal diantaranya adalah sistem manajemen RS, sumber daya manusia belum kompeten dan etos kerja petugas kesehatan. Sistem manajemen Rumah Sakit berperan penting dalam memantau jalannya suatu kegiatan, sehingga Rumah Sakit yang mengusung prinsip syariah harus memiliki *Quality Management System* yang didalamnya terdiri dari *Shariah Advisory Council* (Dewan Penasihat Syariah) dan petugas syariah dalam organisasi yang bertugas untuk memastikan jalannya operasional kegiatan di Rumah Sakit (10), namun dalam praktiknya tidak semua Rumah Sakit Islam memiliki sistem manajemen yang menunjang untuk mensukseskan jalannya kegiatan operasional dengan prinsip syariah.

Rahman dan Shariff (2016) mengemukakan bahwa prinsip-prinsip syariah harus diterapkan secara adil untuk seluruh lapisan struktur Rumah Sakit Islam dalam hal ini karyawan mendapatkan hak yang sama baik perlakuan maupun training dalam upaya meningkatkan kualitas kerja berdasarkan syariah (10). Dalam layanan kesehatan, etos kerja karyawan berkaitan dengan kualitas pelayanan kesehatan. Etos kerja dalam tradisional

medis meunjukkan bahwa petugas kesehatan/ dokter bertanggung jawab atas privasi pasien, namun hal ini tidak sesuai dengan persepsi perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi serta praktik medis secara kompleks (11).

Berdasarkan penelitian Zawawi dan Othman (2017) menyebutkan bahwa pasien muslim mengalami kondisi yang tidak nyaman selama perawatan di Rumah Sakit terkait masalah privasi, interaksi *cross-gender* dengan petugas kesehatan dan pengobatan yang halal. Kondisi ini membuat pasien cenderung memilih Rumah Sakit yang menggunakan prinsip Islam dalam memberikan pelayanan kesehatan (12). Sejalan dengan penelitian di Iran sebagai negara mayoritas muslim, pelayanan kesehatan belum sepenuhnya mengaplikasikan sesuai prinsip syariah meskipun sebagian besar pasien muslim menginginkan pelayanan kesehatan berbasis islami yang dilakukan oleh petugas kesehatan dengan gender yang sama (13).

Rumah Sakit Islam berdasarkan prinsip-prinsip syariah dalam memberikan pelayanan lebih efisiensi, menjaga aurat dan privasi pasien, mengingatkan waktu sholat, bimbingan spiritual, menjamin keamanan, dan halal makanan serta obat-obatan (9). Sejalan dengan penelitian di Arab Saudi bahwa perawat berusaha memenuhi kebutuhan spiritual pasien dengan membantu wudhu atau tayamun sebelum sholat dan menempatkan pasien kearah kiblat. Selain itu dalam hubungan antara perawat dan pasien, perawat berusaha menjaga privasi pasien dengan menutup aurat dengan hijab dan jika tidak dimungkinkan menggunakan tirai pembatas. Sehingga perawat harus profesional dengan memiliki pengetahuan tentang islam dan mengintegrasikannya kedalam rencana perawatan pasien (14).

Rumah Sakit berprinsip syariah menyediakan beberapa fasilitas bagi pasien muslim diantaranya adalah bacaan islami yang membahas tentang topik kesehatan dalam Islam seperti cara berpuasa dan sholat bagi orang sakit, menyiapkan panduan dan peralatan untuk sholat seperti panduan tayamun dan mukena, adanya *Shariah Compliance Officer (SCO)* yang bertugas memberikan konseling sesuai *Spiritual Patient Care Assesment, Islamic antenatal class* dan program perawatan bayi (5). Kamaruzzaman menjelaskan konsep ideal Rumah Sakit Islami yang berpedoman pada prinsip syariah meliputi proses manajemen RS yang berkualitas, manajemen keuangan berprinsip syariah, fasilitas yang memadai untuk perawatan berkualitas, kebijakan untuk pasien dan staf dalam melakukan ibadah dan wajib berpakaian menutup aurat, menggunakan produk (makanan dan obat) dan prosedur yang halal, semua SOP keperawatan harus berprinsip pada syariah, memiliki pedoman dalam menangani pasien muslim dan non muslim, memiliki staf terlatih dalam membimbing pasien

dalam ibadah dan ruksah, memiliki badan ahli manajemen RS untuk pemenuhan syariah dan melakukan penilaian secara rutin termasuk upan balik pasien dalam memastikan kepatuhan karyawan dalam menjalankan prinsip-prinsip syariah dalam pelayanan di Rumah Sakit Islam (15).

Rumah Sakit Islam yang berpedoman pada prinsip syariah dan tersertifikasi tentu memiliki keunggulan dalam pelayanan dan fasilitas yang disuguhkan untuk pasien dibandingkan Rumah Sakit yang belum syariah, diantaranya: Rumah Sakit Islam syariah mengutamakan kesembuhan dan kesehatan pasien baik fisik psiko spiritual dengan aktifitas keagamaan, sholat dan tilawah Al Qur'an, berbeda dengan pasien risiko tinggi dengan adanya pendampingan secara khusus. Pada makanan dan obat-obatan RS menjamin kehalalan dari bahan haram, higienitas dan keamanan nutrisi sesuai terapi sebagaimana Allah SWT berfirman dalam Qs. Al Baqarah: 168 dan tersedianya laundry yang memperhatikan kesucian. Selain itu, pelayanan kesehatan yang lebih menarik adalah adanya system layanan husnul khotimah di ICU bagi pasien yang mengalami sakaratul maut. Pelayanan kesehatan berprinsip syariah sangat menghormati privasi pasien baik aurat, tidak ikhlilat kecuali kondisi *emergency* yang tidak dimungkinkan (16).

Rumah Sakit yang tersertifikasi syariah berdampak positif dalam kinerja pelayanan terbukti lebih efisiensi, fokus karyawan dan terpusat pada pasien. Hal ini dapat ditingkatkan dengan membangun budaya kerja yang berkualitas antar karyawan berdasarkan nilai-nilai syariah (19) (9). Hasil penelitian di Rumah Sakit Islam Sultan Agung menunjukkan bahwa pelayanan keperawatan berbasis syariah berhubungan dengan loyalitas pasien. Hal ini karena pasien mendapatkan pelayanan yang baik sehingga merasa nyaman (17) dan meningkatnya kepuasan pasien (18).

F. KESIMPULAN

Penerapan nilai-nilai syariah sebagian besar karyawan Rumah Sakit Islam di Indonesia masih terfokus pada diri secara pribadi untuk melakukan perbaikan secara terus menerus dan melakukan inovasi namun belum optimal dalam kegiatan operasioanl karyawan di Rumah Sakit.

DAFTAR PUSTAKA

1. Suryana A, Amri DrS, Keng DDrCH, Huat DrWC, Muhriz T 'Abidin. TATA NILAI IMPIAN CITA-CITA PEMUDA MUSLIM DI ASIA TENGGARA SURVEI DI INDONESIA DAN MALAYSIA. GOETHE INSTITUT; 2011.
2. Yahaya RR. What is Shariah Compliant Hospital Criteria and Scope? Int J Acad Res Bus Soc Sci. 2018 May 17;8(5):Pages 1071-1079.

3. Zailani S, Ali SM, Iranmanesh M, Moghavvemi S, Musa G. Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals. *ScienceDirect*. 2016;(Tourism Management):159–67.
4. Zailani S, Ali SM, Iranmanesh M, Moghavvemi S, Musa G. Predicting Muslim medical tourists' satisfaction with Malaysian Islamic friendly hospitals. *Tour Manag*. 2016 Dec;57:159–67.
5. Shariff S, Mohtar S, Jamaludin R. A Practical Journey in Implementing a Shari'ah Compliant Hospital: An Nur Specialist Hospital's Experience. 2019;17(2):12.
6. Rassool GH. Cultural competence in nursing Muslim patients. 2015;111(14). Available from: www.nursingtimes.net
7. Farhan M. PENERAPAN PRINSIP-PRINSIP SYARIAH DALAM RUMAH SAKIT ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG. [Jakarta]: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta; 2018.
8. Hafid HP. PENGARUH PELAYANAN DENGAN PRINSIP-PRINSIP SYARIAH TERHADAP KEPUASAN PASIEN PADA RS IBNU SINA MAKASSAR. [Makassar]: UIN Alauddin Makassar; 2016.
9. Ismail SA, Hamid B, Sulistiadi W, Sagiran. Journey to Shariah Hospital: An Indonesian Experience. *Int J Hum Health Sci*. 2018;02.
10. Rahman ARA, Shariff SM. Shari'ah Compliant Hospital; From Concept to Reality: A Malaysian Experience. *Bangladesh Journal of Medical Science*. 2016 Jan;Vol. 15 No. 01.
11. Tarım M, Zaim H, Torun Y. The Effects of Work Ethics Practices on Hospital Performance: A Field Study on Public Hospitals. *Turk J Bus Ethics*. 2015 Feb 28;7(2):135–51.
12. Zawawi M, Othman K. AN OVERVIEW OF SHARI'AH COMPLIANT HEALTHCARE SERVICES IN MALAYSIA. *Malays J Consum Fam Econ*. 2017;10.
13. Dargahi H. The implementation of the Sharia Law in medical practice: a balance between medical ethics and patients rights. *Br Dent J*. 2012 Feb;212(4):187–187.
14. Halligan P. Caring for patients of Islamic denomination: Critical care nurses' experiences in Saudi Arabia. *J Clin Nurs*. 2006;15(12):1565–73.
15. Zulkifly PDrAH. IIUM Teaching Hospital: The Way Forward? *Int Med J Malays*. 2014;13(1).
16. Sulistiadi W, S R. ASSESSMENT OF FIRST SHARIA HOSPITAL CERTIFICATION IN INDONESIA FACING THE GLOBAL COMPETITION. *Batusangkar Int Conf*. 2017;(Islamic Economic Development: Opportunities and Challenges in Global Economic Competition).

17. Sari DWP, Abdurrouf M, Rismawati. PELAYANAN KEPERAWATAN BERBASIS SYARIAH DAN LOYALITAS PASIEN DI RUMAH SAKIT ISLAM. *J Keperawatan Dan Pemikir Ilm Sari*. 2018;109–17.
18. Abdurrouf Muh, Rosalia C. Pelayanan Syariah dalam Bidang Keperawatan dengan Tingkat Kepuasan Pasien di Rumah Sakit. UNISSULA PRESS. 2018;24–31.
19. Ismail SA, Masyhudi, Bachtiar A. Implementation of Shariah Hospital Certification as a Strategy to Improve Quality of Life in the Era of Universal Health Coverage in Sultan Agung Islamic Hospital [Internet]. 2018 [cited 2019 Aug 16]. Available from: <https://www.ingentaconnect.com/content/asp/asl/2018/00000024/00000009/art00095>

Anggaran Biaya

Anggaran besaran biayanya Rp 100.000.000,- untuk penelitian dalam jangka waktu 2 tahun, sebagai berikut:

Tabel 2 Anggaran Biaya Penelitian

Jenis Pengeluaran	Biaya Yang Diusulkan	
	Th I	Th II
Honorarium	14.400.000	14.400.000
Peralatan habis pakai/Pengeluaran langsung	9.500.000	23.000.000
Peralatan penunjang	13.350.000	12.600.000
Perjalan dan pertemuan	12.750.000	-
Jumlah	50.000.000	50.000.000

Tabel 3 Justifikasi Anggaran

1.Honorarium					
Honor	Honor/hour	Time	Week	Honor/Year	
	(Rp)	(hour/week)		Year 1	Year 2
Researcher 1	30000	8	24	5.760.000	5.760.000
Researcher 2	30000	6	24	4.320.000	4.320.000
Researcher 3	30000	6	24	4.320.000	4.320.000
Subtotal (Rp)				14.400.000	14.400.000
2.Peralatan habis pakai/Pengeluaran langsung					
Material	Pemakaian	Kuantitas	Harga (Rp)	Total	
				Tahun I	Tahun II
Consumables 1	Depth interview (Tahap 1 2018)	4	500.000	2.000.000	
Consumables 2	Data sekunder (tahap 1 2018)	1	500.000	500.000	
Consumables 3	Focus Group Discussion tahap 2 2018 (PKU Gamping))	2 event	2.000.000	4.000.000	
Consumables 4	Eksperimen di RS PKU Gamping	1	3.000.000		3.000.000
Consumables 5	Focus Group Discussion tahap 1 2019 (PKU Gamping)	1 event	2.000.000		2.000.000

Consumables 6	Focus Group Discussion Tahap 2 2019 (RS PKU Gamping)	2 event	2.000.000		4.000.000
Consumables 7	Focus Group Discussion Tahap 2 2019 (MPKU PWM DIY)	1 event	2.000.000		2.000.000
Consumables 8	Kuesioner PKU Gamping	30	100.000		3.000.000
Consumables 9	Data sekunder (tahap 2 2019)	1	1.000.000		1.000.000
Consumables 14	Prototype Property Right	1	5.000.000		5.000.000
Consumables 15	Biaya komunikasi	6 months	500.000	3.000.000	3.000.000
Subtotal (Rp)				9.500.000	23.000.000
3.Peralatan penunjang					
Material	Pemakaian	Kuantitas	Harga (Rp)	Total	
				Tahun I	Tahun II
Consumables 1	Ijin penelitian	4	1000000	3000000	1000000
Consumables 2	Etika penelitian	2	300000	300000	300000
Consumables 3	Kesekretariatn	12	500000	3000000	3000000
Consumables 4	Report	2	1.000.000	1.000.000	1.000.000
Consumables 5	Invited speaker di seminar nasional;	2	5.000.000	5.000.000	4.000.000
Consumables 6	Publication Book	50 exp	51.000		2.550.000
Consumables 7	Konsumsi rapat tim	12x	150.000	1050000	750.000
Subtotal (Rp)				13.350.000	12.600.000
4. Perjalanan dan pertemuan					
Material	Justification	Quantity	Unit cost (Rp)	Price	
				Year 1	Year 2
Travel 1	Jogya Solo	3 person*3x pp	750.000	6.750.000	
Travel 2	Jogya-Pati	3 person*2 hari	1.000.000	6.000.000	
Subtotal (Rp)				12.750.000	
TOTAL (Rp)				50.000.000	50.000.000

REFERENSI

- Bardey, David, Helmuth Cremer, and Jean Marie Lozachmeur. 2012. "Doctors' Remuneration Schemes and Hospital Competition in a Two-Sided Market." *B.E. Journal of Economic Analysis and Policy*. doi:10.1515/1935-1682.3254.
- Bernsten, Cecilia, Karolina Andersson, Yves Gariepy, and Steven Simoens. 2010. "A Comparative Analysis of Remuneration Models for Pharmaceutical Professional Services." *Health Policy* 95 (1): 1–9. doi:10.1016/j.healthpol.2009.11.008.
- Brocklehurst, Paul, Juliet Price, Anne-Marie Glenney, Martin Tickle, Stephen Birch, Elizabeth Mertz, and Jostein Grytten. 2013. "The Effect of Different Methods of Remuneration on the Behaviour of Primary Care Dentists." In *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.CD009853.pub2.
- Douven, Rudy, Remco Mocking, and Ilaria Mosca. 2015. "The Effect of Physician Remuneration on Regional Variation in Hospital Treatments." *International Journal of Health Economics and Management* 15 (2): 215–40. doi:10.1007/s10754-015-9164-2.
- Échevin, Damien, and Bernard Fortin. 2013. "Evidence from a Natural Experiment Physician Payment Mechanisms, Hospital Length of Stay and Risk of Readmission: Evidence from a Natural Experiment." *Journal of Health Economics* 36 (7835): 112–24. doi:10.1016/j.jhealeco.2014.03.008.
- Ekdahl, A. W. 2014. "The Organisation of Hospitals and the Remuneration Systems Are Not Adapted to Frail Old Patients Giving Them Bad Quality of Care and the Staff Feelings of Guilt and Frustration." *European Geriatric Medicine* 5 (1): 35–38. doi:10.1016/j.eurger.2013.10.002.
- Fitrianasari, Dini, Umar Nimran, and Hamidah Utami. 2013. "Pengaruh Kompensasi Dan Kepuasan Kerja Terhadap Organizational Citizenship Behavior (OCB) Dan Kinerja Karyawan (Studi Pada Perawat Rumah Sakit Umum ".)" *Profit (Jurnal ...* 7: 12–24. <http://www.ejournalfia.ub.ac.id/index.php/profit/article/view/296>.
- Giannini, Marco. 2015. "Performance and Quality Improvement in Healthcare Organizations." *International Journal of Healthcare Management* 8 (3): 173–80. doi:10.1179/2047971915Y.0000000002.
- Hanchak, Nicholas A, Neil Schlackman, and Sandra Harmon-Weiss. n.d. "U.S. Healthcare's Quality-Based Compensation Model."
- Perpustakaan UGM, i-lib. 2003. "KEPUASAN KERJA DOKTER SPESIALIS DI RUMAH

SAKIT UMUM DAERAH MANNA KABUPATEN BENGKULU SELATAN DENGAN PENDEKATAN EMIC.” *Jurnal I-Lib UGM*. <http://i-lib.ugm.ac.id/jurnal/download.php?dataId=9985>.

Robinson, James C. 2001. “Theory and Practice in the Design of Physician Payment Incentives.” *The Milbank Quarterly* 79 (2). Milbank Memorial Fund. Published by Blackwell Publishers.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2751195/pdf/milq_202.pdf.

Soetisna, Tri Wisesa, Dumilah Ayuningtyas, Misnaniarti. 2015. “Penerapan_Sistem_Remunerasi_dan_Kinerja_Pelayanan.” *Kesmas: Jurnal Kesehatan Masyarakat Nasional Vol. 10, No. 1, Agustus 2015* Vol 10 (No.1): 17–23.

Tyagi, Rajesh K, Lori Cook, John Olson, and James Belohlav. 2013. “Healthcare Technologies, Quality Improvement Programs and Hospital Organizational Culture in Canadian Hospitals.” *BMC Health Services Research* 13 (1): 413. doi:10.1186/1472-6963-13-413.

LAMPIRAN-LAMPIRAN

Lampiran 1. Biodata ketua dan anggota tim pengusul

A. BIODATA KETUA

Nama	Dr. dr.Arlina Dewi,M.Kes
NIDN/NIDK	0531106801
Pangkat/Jabatan	Lektor
E-mail	dewikoen@yahoo.com
ID Sinta	5973820
h-Index google	4

Publikasi di Jurnal Internasional terindeks

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)
1	The Strategy to Achieve Universal Health Coverage Membership in Indonesia	First (Index Scopus)	Research J. Pharm. and Tech 2018; 11(5):1774-1777	http://rjptonline.org/AbstractView.aspx?PID=2018-11-5-13
2	The difference of satisfaction level in bpjs health insurance patient and non insurance patient toward health service in negara general hospital	Co author	International Journal of Public Health Science vol.5 no 1 , 2016	
3	Differences In Attitude of Urban and Rural Residents In Accepting National Health Insurance	First	Journal of Biology, Agriculture and Healthcare vol. , 2014	

4.	College Student's Motivation And Willingness To Pay For Smoking Cessation Services Program	First	INTERNATIONAL SUMMIT ON KNOWLEDGE ADVANCEMENTS (ISKA2017)	
5	Key success factors in leadership at the first step implementing mid-level provider model in maternity waiting home: a pilot study in rural Indonesia	Co Author (Index Scopus)	Global Health Action Vol 15, 2018	

Publikasi di Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 1 dan 2

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)

Prosiding seminar/konferensi internasional terindeks

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)
1	Relationship Quality, Key Performane Indicator, and Performance of Hospital Services	First	"4th Asian International Conference on Humanized Health Care" P-Issn	
2	Maternal Mortality in Indonesian's Hospital, International Conference on Translational Medicine and Health Sciences (ICTMHS),	First	ICTMHS	
3	Kemauan Mahasiswa Membayar Layanan Berhenti Merokok di Klinik Kampus	First	, Prosiding Konferensi Nasional APPTMA, 8 – 9 September 2017, ISBN : 978-602-50710-1-0	
4	The Pregnant Women's Acceptance Toward Maternity Waiting Homes	First	ICHAA 2017	

Buku

No	Judul Buku	Tahun Penerbitan	ISBN	Penerbit	URL (jika ada)
1	Buku Kumpulan Kasus-Kasus Manajemen Rumah Sakit di Indonesia	2015		Lp3M UMY	
2	Buku Menulis Tesis dengan benar	2016	978-602-7577-51-0	Lp3M UMY	

3	Strategi Pendirian Klinik Pratama	2018	978-602-5450-31-0	LP3M UMY	
----------	--	------	--------------------------	-----------------	--

Perolehan Hak Kekayaan Intelektual

No	Judul Hak Kekayaan Intelektual	Tahun Perolehan	Jenis Hak Kekayaan Intelektual	Nomor	Status Hak Kekayaan Intelektual (terdaftar/granted)	URL (jika ada)
1	Panduan Deteksi Kebutuhan Edukasi Ibu Hamil Bagi Kader Kesehatan	2018	Buku Panduan	EC 00201826324	Terdaftar	

BIODATA ANGGOTA 1

Nama	Dr.Dr. Nur Hidayah, S.E., M.M.
NIDN/NIDK	0311065902
Pangkat/Jabatan	Penata/III/c
E-mail	nurhidayah@umy.ac.id
ID Sinta	5973392
h-Index	2

Publikasi di Jurnal Internasional

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)
1	How To Develop Strategic Leadership In Higher Education Institution? An Empirical Study In Jakarta, Indonesia	First author, dan corresponding author	International Journal of Economic, Commers, and Management, 2015, Vol. III, Issue 5, May 2015, ISSN 2348 0386	http://ijecm.co.uk/wp-content/uploads/2015/05/3576.pdf
	The Influence of Health Workers' Knowledge, Attitudes and Compliance on Implementation of Standard Precautions in Hospital-Acquired Infections Prevention at X Hospital Bantul	Co author	Archives of Business Research – Vol.6, No.1 Publication Date: Jan. 25, 2018	http://www.sseuk.org/index.php/ABR/article/viewFile/4142/2499

Publikasi di Jurnal Nasional Terakreditasi Peringkat 1 dan 2

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)
----	---------------	--	---	------------------------

1	Analisis Jalur Brand Image Sebagai Anteseden Loyalitas:(Studi Pada Program Pascasarjana Universitas Terbuka)	Co-author dan corresponding author	Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan, 2013, val 19 no. 1, ISSN 0215-2673	http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk
2	Penggunaan Laptop dalam Perkuliahan di Kelas Manfaat atau Mudharatkah?	Co-author dan corresponding author	Jurnal Pendidikan dan Kebudayaan, 2011, val 17 no. 3, ISSN 0215-2673	http://jurnaldikbud.kemdikbud.go.id/index.php/jpnk/article/view/25

Prosiding seminar/konverensi internasional terindeks

No	Judul Artikel	Peran (First author, Corresponding author, atau co-author)	Nama Jurnal, Tahun terbit, Volume, Nomor, P-ISSN/E-ISSN	URL artikel (jika ada)

Buku

No	Judul Buku	Tahun Penerbitan	ISBN	Penerbit	URL (jika ada)
1	Buku Ajar Manajemen Stratejik Rumah Sakit	2018	97860254503411	Lembaga Penelitian , Publikasi dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	
2	Sistem Remunerasi Sebagai Strategi Manajemen Sumber Daya Manusia	2018	9786025450334	Lembaga Penelitian , Publikasi dan Pengabdian Masyarakat Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	

Perolehan Hak Kekayaan Intelektual

No	Judul Hak Kekayaan Intelektual	Tahun Perolehan	Jenis Hak Kekayaan Intelektual	Nomor	Status Hak Kekayaan Intelektual (terdaftar/granted)	URL (jika ada)

BIODATA ANGGOTA 2

Nama	Rini Juni Astuti, SE, M.Si
NIDN/NIDK	0521057001
Pangkat/Jabatan	Lektor/III/c
E-mail	rini_heralambang@yahoo.com
ID Sinta	5999469
h-Index	0

No.	Judul Artikel Ilmiah	Nama Jurnal	Volume/Nomor/Tahun
1	Analisis pengaruh consumer innovativeness dan market maven terhadap opinion leadership	Utilitas Jurnal Manajemen dan Bisnis ISSN : 0854-47610 Akreditasi : 23a/DIKTI/Kep/2004	Vol 13, No. 1A, Mei 2005
2	Pengaruh kualitas lingkungan kerja terhadap kinerja karyawan non akademik Universitas Muhammadiyah Yogyakarta	Utilitas Jurnal Manajemen dan Bisnis ISSN : 0854-47610 Akreditasi :	Vol.15, No. 1A, Mei 2007

		23a/DIKTI/Kep/2004	
3	Persepsi dan ekspektasi karyawan terhadap Jasa Tidak Langsung dalam Remunerasi RSUD Panembahan Senopati Bantul	Jurnal Asosiasi Dosen Muhammadiyah Magister Administrasi Rumah Sakit	Vol. 2 No.2. 2018
	College Performance Based on QS-Stars Method: Model Designing of College Performance through Knowledge Management System (Empirical Study on A Accreditation Colleges in Java)	International Journal of Applied Business and Economic Research ISSN : 0972-7302	Volume 15 • Number 16 • 2017
2	Analysis of effect pay equity indirect incentive system toward organizational commitment of employees at the hospital in Yogyakarta	Archieves of Business research DOI: 10.14738/abr.61.4141	Vol 6.No. 1, 25 Januari 2018

Prosiding seminar/konverensi internasional terindeks

No.	Nama Pertemuan Ilmiah / Seminar	Judul Artikel Ilmiah	Waktu dan Tempat
1	Workshop	Narasumber: Pengelolaan SDM berbasis Kinerja pada Perguruan Tinggi	2016 (STIKES YARSI Pontianak)
2	Workshop	Narasumber: Pengelolaan SDM kesehatan	2016 (RSPAD Gatot Subroto Jakarta)
3	Workshop	Narasumber: Peningkatan kemampuan intrapersonal dalam mendukung kinerja Organisasi	2016 (Syncore Group)
4	Workshop	Narasumber: Penyusunan Instrumen Remunerasi	2016 (RS Propinsi Gracia Yogyakarta)
5	Workshop	Narasumber: Penyusunan program DiKLAT Rumah Sakit	2016 (RSUD MardiRahayu Kudus)
6	Seminar Nasional	Narasumber: Menjadikan Indonesia Berdikari dengan Bisnis Islami	2016 (UMY)
7	Workshop	Narasumber: Remunerasi pada rumah sakit	2016(RSUD Sidoarjo)
8	Workshop	Narasumber: Problem Solving Kelembagaan	2016(Badan Ketahanan Pangan dan Penyuluhan DIY)
9	Bimbingan Teknis	Narasumber: Pengelolaan Tenaga Kerja Asing di Yogyakarta	2015(Dinas Tenaga Kerja dan Transmigrasi DIY)

BUKU

No.	Judul Buku	Tahun	Jumlah Halaman	Penerbit
1	Bahan Ajar Manajemen SDM Internasional	2016	100	Lab Manajemen UMY
2	Bahan Ajar Komunikasi Bisnis	2015	100	Lab Manajemen UMY
3	Modul Pengembangan Bisnis	2016	120	Lab Manajemen UMY
4	Manajemen Knowledge : Implementasi Perguruan Tinggi	2017	238	ISBN : 978-602-545-018-1 penerbit LP3M UMY

SURAT PERNYATAAN KETUA PENGUSUL

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes

NIDN : 0531106801

Pangkat/Golongan : IIIC

Jabatan Fungsional : Lektor

Dengan ini menyatakan bahwa proposal saya dengan judul :
Sistem Remunerasi Islami Bagi RS-RS Muhammadiyah yang diusulkan dalam skema
Penelitian Multidisplin LP3M UMY untuk tahun anggaran 2018/2019 **bersifat
original dan belum pernah dibiayai oleh lembaga/sumber dana lain.**

Bilamana di kemudian hari ditemukan ketidaksesuaian dengan pernyataan ini, maka
saya bersedia dituntut dan diproses sesuai dengan ketentuan yang berlaku dan
mengembalikan seluruh biaya penugasan yang sudah diterima ke UMY.

Demikian pernyataan ini dibuat dengan sesungguhnya dan dengan sebenar-benarnya.

Mengetahui,
Ketua Program Studi
MMR UMY



Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes
NIK:19683110200310 173060

Bantul, 10 Desember 2018
Ketua Tim Peneliti



Dr. dr. Arlina Dewi, M.Kes
NIK:19683110200310 173060

PETUNJUK TEKNIS YANG LAIN

Jenis Luaran Penelitian

No	Jenis Luaran				Indikator Capaian		
	Kategori	Sub Kategori	Wajib	Tambahan	TS1)	TS+1	
1	Artikel ilmiah dimuat di jurnal	Internasional bereputasi	1		submit	reviewed	
		Nasional Terakreditasi					
2	Artikel ilmiah dimuat di Prosiding	Internasional Terindeks				Presentasi	
		Nasional					
3	<i>Invited speaker dalam</i>	Internasional					
		Nasional					
4	<i>Visiting Lecturer</i>	Internasional					
5	Hak Kekayaan	Paten					
		Paten sederhana					
		Hak Cipta					Terdaftar (Buku)
		Merek dagang					
		Rahasia dagang					
		Desain Produk Industri					
		Indikasi Geografis					
		Perlindungan Varietas Tanaman					
6	Teknologi Tepat Guna	Perlindungan Topografi Sirkuit Terpadu					
7	Model/Purwarupa/Desain/ Karya seni/ Rekayasa Sosial						
8	Bahan Ajar						
9	Tingkat Kesiapan Teknologi (TKT)					3	