

TINGKAT KEMAUAN PASIEN RAWAT INAP UNTUK MEMBAYAR DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH BUDHI ASIH SEBAGAI RUMAH SAKIT UNIT SWADANA

*WILLINGNESS TO PAY OF INPATIENTS
AT BUDHI ASIH GENERAL HOSPITAL
AS A SELF-RELIANT HOSPITAL*

Untung Suseno, Sutarjo¹, Makmuri Muchlas², dan Hari Kusnanto²

¹Sub Direktorat Rumah Sakit Khusus

²Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada

ABSTRACT

Price is an economic sacrifice a customer makes to acquire a product or service. In Indonesia, the prices of health services at the hospitals are set empirically by comparing with similar prices at other hospitals. Patients (customers) are never involved in setting the price of care, although more and more hospitals have been forced to apply customer-oriented strategy. Budhi Asih General Hospital (BAGH) is a state-owned hospital which is allowed to use its revenue for operational purpose, so-called as Rumah Sakit Swadana. Hospitals of such kind are permitted to set price on the basis of their needs. Study of willingness to pay (WTP) is one of the many methods by which customers are involved in predicting the price. Theoretically, the WTP is a very subjective study, because each individual will have his/her own measurement. This study aimed to look at the possibility of correlation between perception of quality and WTP of the patients. Perception of quality was considered as one of the subjective measurements that played an important role for a patient in deciding the suitable price. This study was conducted at BAGH Jakarta, in 2 weeks of March 1998. Data were collected using a questionnaire to provide three types of data (i.e. basic data, quality perception data, and WTP). Respondents included all adult patients who understood Bahasa Indonesia and who were nearly discharged from the hospital. Data collected were then analyzed statistically to determine whether there was any correlation between perception on the quality of care and WTP. Sixty eight patients were involved in the BAGH study, with an average education level of high school and an earnings of Rp. 150.000,- to Rp. 500.000,-. Perception of quality and ability to pay seemed to be correlated with different classes of care. Perception of quality was statistically correlated with WTP for the prices of the room and laboratory, but it had no correlation with surgical prices. This may happen because the patients measure what they can see. As it is true in a surgical operation where they are often in a state of high stress and sedation, they can not make the right judgment. WTP had no correlation with education and ability to pay. The BAGH could increase prices differently across classes depending on the willingness to pay of patients in each class. This study showed that the BAGH could raise the tariff of the first class room up to 20 percent, and of the third class to 40 percent, whereas of the second class tariff could not be increased. The laboratory prices could be increased uniformly to as much as 40 percent. WTP of patients is correlated with their perceptions towards quality of care, particularly those attributed to room and laboratory. As such, a self-reliant hospital has the room for increasing prices differently across classes, depending on the quality of care perceived.

Key words : willingness to pay, quality, ability to pay, education, price.

PENGANTAR

Pemerintah Daerah DKI Jakarta memiliki 4 buah rumah sakit yang tersebar di 4 wilayah kota. Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih merupakan salah satu dari rumah sakit milik Pemerintah Daerah DKI Jakarta yang berada di kawasan Jakarta Timur tepatnya di Jalan Dewi Sartika III/200, Jakarta Timur.

Pada saat ini RSUD Budhi Asih berdiri di atas tanah seluas 5000 m² dengan luas bangunan tingkat dua dengan luas 5200 m². Pada saat ini menyediakan 11 jenis pelayanan spesialis dengan 146 TT yang terdiri atas Kelas I:14 TT, Kelas II:17 TT, Kelas III:94 TT, Kelas khusus gepeng 15 TT. Kunjungan rawat jalan rata-rata pada tahun 1996 adalah 350 orang/hari sedangkan BOR 63,7 % dengan *Length of Stay* 4 hari. Pasien yang dilayani sebagian besar berasal dari golongan sosial ekonomi lemah.¹

Sebagai rumah sakit milik Pemda DKI Jakarta, anggaran operasional dan investasi sepenuhnya bersumber dari APBD DKI Jakarta. Pembagian jasa medis merupakan 30% dari pendapatan, yang kemudian menurut SK Gubernur dibagi menjadi 58% untuk tenaga medis dan 42% untuk paramedik. Pembagian secara individual dilaksanakan berdasarkan pada suatu kesepakatan bersama dengan memperhatikan masa kerja, tingkat pendidikan, jabatan dan beban kerja. Untuk merangsang kinerja mereka, 10 % kontribusi penerimaan tiap unit kerja dikembalikan ke unit masing-masing untuk dimanfaatkan, dalam upaya peningkatan motivasi kerja. Dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan, Pemerintah Daerah Tingkat I Jakarta akan mengupayakan agar semua RSUD menjadi rumah sakit swadana. Setelah diujicobakan selama beberapa waktu Rumah Sakit Budhi Asih menjadi rumah sakit swadana pada akhir 1997.

Tarif RSUD Budhi Asih cukup rendah dibandingkan dengan tarif rumah sakit lain. Jumlah penerimaan retribusi dan seluruh pelayanan pada tahun anggaran 1994/1995 adalah Rp. 1,103 milyar yang meningkat terus menerus, sedangkan biaya operasionalnya (diluar nilai investasi) adalah Rp. 2,406 milyar. Biaya yang harus disubsidi oleh Pemda untuk biaya operasional adalah sebanyak Rp. 1,303

milyar (54%). Pendapatan rumah sakit pada tahun anggaran 1995/1996 adalah sebesar Rp. 1,390 milyar, meningkat kurang lebih 20% dari tahun sebelumnya, dan biaya operasional mencapai Rp. 2,445 milyar. Akibatnya Pemda DKI harus mensubsidi Rp. 1,055 milyar (43%). Namun dengan adanya perubahan tarif pada tahun anggaran 1996/1997 pendapatan rumah sakit sudah mencapai Rp. 2,5 milyar, dengan biaya operasional Rp. 3,113 milyar berarti Pemda DKI hanya menyediakan subsidi sebesar Rp. 613 juta atau 19% dari biaya operasional dan memenuhi persyaratan untuk swadana.

Wilayah cakupan rumah sakit ialah wilayah Jakarta Timur seluas 187,55 km² dengan jumlah penduduk sebesar 1.915.718 jiwa. Wilayah Jakarta Timur termasuk daerah padat ketiga di DKI Jakarta sesudah Jakarta Pusat dan Jakarta Utara. Penduduk wilayah ini sesuai data 1995, menunjukkan mata pencarian terbanyak adalah sebagai pegawai pemerintahan (31,64%), sedang yang terkecil adalah sebagai petani (1,30%).

Menurut Indrajaya, konsultan WHO di Biro Perencanaan Departemen Kesehatan (komunikasi pribadi, 1998), penduduk wilayah Jakarta Timur rata-rata hanya membelanjakan 4% dari penghasilannya selama satu bulan, yang diperkirakan sekitar Rp. 400.000,-. Hasil ini merupakan olahan data yang diambil berdasarkan pada data Susenas 1995 untuk mengetahui kemampuan membayar (*Ability to Pay = ATP*). Yang lebih mengejutkan ialah prosentase tembakau/kesehatan ialah 186%, sehingga dapat disimpulkan bahwa kesehatan belum menjadi prioritas utama dalam suatu keluarga di wilayah Jakarta Timur. Rata-rata setiap bulannya kurang lebih Rp. 8.783,- dibelanjakan oleh suatu keluarga untuk kesehatan. Secara keseluruhan analisis hasil survei ini menunjukkan bahwa dibandingkan dengan wilayah Jakarta lainnya, pendapatan masyarakat di wilayah Jakarta Timur adalah terendah.

Sebagai rumah sakit swadana biaya ini akan tercermin dalam tarif rumah sakit, oleh karena itu pentarifan sangat bermanfaat bagi perkembangan keswadanaan rumah sakit. Sebagai rumah sakit unit swadana pentarifan lebih banyak dilaksanakan oleh fihak rumah sakit, berdasarkan kepada pola tarif

yang ditetapkan oleh Pemda. Permasalahan ini perlu dikaji apakah tarif yang ada pada saat ini sudah memenuhi harapan para konsumen yang memanfaatkannya.

Tarif atau harga suatu produk pelayanan adalah pengorbanan dari konsumen untuk mendapatkan suatu produk atau pelayanan². Penentuan harga menurut Zeithalm³, berdasarkan tiga hal yaitu: (1) Biaya produksi/operasional; (2) Kompetisi; dan (3) Nilai terhadap konsumen

Penentuan harga/tarif tidak mungkin ditentukan oleh salah satu faktor saja, tetapi ketiga faktor tersebut saling berkaitan. Tidak mungkin seorang produsen hanya menentukan harga berdasarkan kepada biaya operasional ditambah dengan keuntungan saja, tanpa memperhatikan kompetisi yang ada dan penilaian konsumen terhadap harga yang ditentukan. Keadaan pasar harus dapat diperhatikan, kalau harga yang ditentukan terlalu berbeda, bila terlalu mahal maka tidak akan ada yang mau membeli, sebaliknya bila terlalu murah dapat dianggap oleh pembeli sebagai kualitas rendah.

Seperti diungkapkan di atas maka penentuan harga sangat bergantung pada selera konsumen. Kemauan mereka untuk membayar terhadap harga yang telah ditetapkan menentukan sekali penerimaan mereka terhadap harga tersebut. Bila tidak ada yang membayar harga yang ditentukan, tentu nantinya *Bad Debt* rumah sakit akan meningkat dan ada kemungkinan dapat mengganggu perkembangan rumah sakit.

Apresiasi atau evaluasi terhadap harga dapat dilaksanakan melalui 4 pendekatan: (1) penilaian para ahli; (2) survei konsumen; (3) eksperimen harga; dan (4) analisis pada riwayat pasar². Keempat cara mempunyai keuntungan dan kerugian yang hampir merata.

Penilaian melalui survei konsumen adalah cara terbaik untuk mendapatkan informasi mengenai harga yang diinginkan secara individual. Terdapat dua cara yang dilakukan dalam survei yaitu: (a) menanyakan langsung tanggapan mereka terhadap harga, perubahan harga dan perbedaan harga, atau (b) merujuk terhadap analisis pendapat pasien mengenai suatu produk terhadap produk lain (pengukuran

gabungan). Pada butir (a) konsumen ditanya langsung pendapatnya kenapa ia mau membeli produk itu, atau berapa kemauan pasien untuk membayar terhadap produk itu, atau berapa toleransi mereka bila harganya dinaikkan. Dalam survei macam ini akan tersaring jawaban harga mana yang paling diminati (kemauan untuk membayar) dan harga mana yang tidak diinginkan sama sekali. Hasil survei ini juga akan memberikan gambaran pangsa pasar kasar terhadap produk tersebut. Kemauan untuk membayar sering dikaitkan dengan kemauan untuk menerima (*Willingness to Accept*), karena metodologinya hampir sama. Bedanya hanya pada penggunaannya dalam hasil, kalau kemauan untuk membayar untuk melihat keputusan pasien dalam menentukan harga sedangkan kemauan menerima ialah penerimaan masyarakat terhadap ganti rugi. Kedua cara mempunyai misi yang sama yaitu mencari pendapat masyarakat dalam menghargai sesuatu.

Pengukuran gabungan lebih kompleks lagi karena informasinya meliputi persepsi konsumen mengenai produk itu sendiri. Pengukuran gabungan tidak menggunakan produk yang sama, ada keunggulan atau perbedaan antara beberapa produk yang ditanyakan kepada konsumen. Dari setiap keunggulan akan diketahui produk apa yang paling disenangi dan juga harga yang diinginkan.

Cara yang akan digunakan ialah survei konsumen dengan melaksanakan wawancara mengenai harga baik dari konsumen maupun pelaksana pelayanan dan kemudian dikaitkan dengan mutu pelayanan. Kemauan membayar akan mencerminkan indikator nilai dari mutu pelayanan yang diberikan kepada pasien. Cara ini memperbolehkan responden untuk mengambil semua tolok ukur yang ada untuk menilai pelayanan yang diberikan^{4,5}. Cara ini memang lebih sering dilaksanakan pada penelitian ekonomi lingkungan seperti kemauan membayar untuk penyemprotan anti nyamuk dan lain-lain. Terutama untuk pelayanan yang harus dibayar oleh masyarakat dari kantong mereka sendiri⁵. Di luar negeri penelitian dalam bidang kesehatan jarang dilaksanakan karena pelayanan kesehatan pada umumnya dibiayai oleh suatu sistem asuransi kesehatan yang bersifat universal (melindungi seluruh masyarakat).

Di Indonesia yang tercakup dalam asuransi kesehatan hanya berkisar sepuluh persen saja. Apalagi dalam keadaan krisis moneter seperti ini dimana biaya kesehatan meningkat dengan sangat drastis.

Penelitian kemauan membayar sangat penting dilaksanakan karena kebanyakan pasien yang berobat di RSUD Budhi Asih harus membayar biaya pengobatan dari kantong sendiri. Kemauan membayar diambil dari kelompok masyarakat yang pasti menggunakan pelayanan yang akan dilaksanakan, yaitu yang akan keluar setelah diobati sembuh^{4,5}.

Hasil survei seperti ini dapat dimanfaatkan untuk sebagai kebutuhan, seperti hasil penelitian yang dilakukan oleh Ryan⁵ membuktikan bahwa kepuasan pasien lebih bermakna dibandingkan dengan luaran hasil. Terbukti bahwa ibu yang tidak mendapatkan anak pada pelayanan bayi tabung bersedia membayar sejumlah uang selama pelayanan yang diberikan adalah yang terbaik. Sama hasilnya dengan penelitian yang dilaksanakan oleh Donaldson dkk⁶, dan Hussey dkk.⁷ dimana dinyatakan bahwa kemauan membayar tidak ada hubungannya dengan kemampuan membayar. Jadi walaupun masyarakat tidak mampu membayar, mereka tetap sadar bahwa bila pelayanan yang diberikan bermutu, maka mereka bersedia untuk membayar lebih.

Menurut Dolan dan Simon² memang ada kecenderungan masyarakat selalu ingin membayar harga yang murah untuk barang/jasa yang baik. Kecenderungan ini adalah keinginan yang sudah biasa dari masyarakat. Namun sebenarnya kecenderungan ini dapat dihilangkan bila pembeli mengetahui bentuk barang, manfaatnya dan mutu pelayanannya, serta mengetahui bahwa dikemudian hari tidak akan membebani.

Kekuatan untuk menawar suatu tarif tercermin dalam kemauan untuk membayar. Kemauan membayar ini dipengaruhi dari persepsi masyarakat terhadap mutu pelayanan di rumah sakit. Persepsi mutu ini akan dipengaruhi oleh faktor internal (pasien) seperti pendidikan, penghasilan, jenis penyakit, lama tinggal. Sedang faktor eksternal (di luar pasien) ialah pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan di rumah sakit. Oleh karena itu akan ada perbedaan persepsi dari kelompok masyarakat terha-

dap mutu pelayanan yang dikaitkan dengan kemauan berkorban masyarakat untuk membayar harga yang telah ditentukan.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan secara *cross sectional* dengan menggunakan sebuah kuesioner, yang terdiri dari tiga bagian yaitu profil responden, persepsi mutu pelayanan dan kemauan untuk membayar. Profil responden terdiri dari usia, pendidikan, lama berobat, jenis tindakan yang sudah dilaksanakan, diagnosis penyakit, dan penghasilan. Kuesioner mutu terdiri dari 4 faktor pelayanan yaitu mutu pelayanan dokter, mutu pelayanan perawat, mutu sarana, dan mutu makanan.

Untuk mengukur kepuasan maka dapat diukur dengan skoring yang sama hanya saja dalam 5 tingkatan. Dengan cara ini penilaian akan mempunyai lima ukuran yaitu baik sekali, baik, cukup, jelek, dan jelek sekali.

Kuesioner untuk kemauan membayar mengkaji 4 jenis pelayanan yaitu biaya perawatan, biaya laboratorium sederhana, biaya operasi sedang dan biaya operasi besar. Sesuai dengan Ryan⁵ setiap jenis pelayanan diuraikan dalam suatu daftar harga yang sudah ditentukan dengan suatu kisaran. Tujuannya ialah supaya masyarakat mempunyai penilaian yang cukup bebas. Daftar harga disusun sedemikian rupa dimulai dengan 30% di bawah harga pada saat ini, dan dinaikkan secara bertahap 10% hingga mencapai kenaikan 100%. Penyusunan seperti ini dikaitkan dengan kemampuan subsidi pemerintah dan pengaruh peningkatan harga pada saat ini. Matriks yang disusun disesuaikan dengan kelas perawatan, akibatnya setiap responden di Kelas Perawatan akan mendapatkan satu jenis kuesioner tersendiri.

Kuesioner dibagikan kepada pasien yang akan pulang karena sudah sembuh selama 2 minggu pada bulan Maret 1998.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Jumlah responden sebanyak 68 pasien, yang terbagi dalam: 22 orang (32,4%) di Kelas I, 17 orang (24,95%) di Kelas II, dan 29 orang (42,65%) di Kelas III.

Dilihat dari jenis kelamin maka didapat hasil bahwa 5 (7%) responden tidak menuliskan jenis kelaminnya, sedang sisanya terbagi dalam 37 (54%) orang Wanita dan 26 (40%) orang Pria.

Pendidikan responden secara menyeluruh terbagi dalam 11 orang sarjana (16,2%), 33 orang berpendidikan SMU (48,5%), 7 orang berpendidikan SMP (10,2%), 5 orang berpendidikan SD (7,4%), dan 2 orang tidak sekolah atau tidak lulus SD (2,9%), serta 10 (14,8%) orang tidak mengisi pertanyaan.

Tabel 1. Profil Pendidikan Responden

Kelas Perawatan	Sarjana n (%)	SMU n (%)	SMP n (%)	SD n (%)	Tdk. Sek. n (%)	Tidak Jawab n (%)	Total n (%)
Kelas I	5 (18,2)	10 (45,5)	2 (9)	1 (4,5)	0	4 (18,2)	22 (100)
Kelas II	2 (11,8)	9 (52,9)	3 (17,6)	1 (5,9)	0	2 (11,8)	17 (100)
Kelas III	4 (13,8)	14 (48,3)	2 (6,9)	3 (10,3)	2 (6,9)	4 (13,8)	29 (100)
Total	11(16,2)	33 (48,5)	7 (10,2)	5 (7,4)	2 (2,9)	10 (14,8)	68 (100)

Sumber Data : Olahan Data

Prosentase sarjana terbanyak adalah pasien yang dirawat di Kelas I disusul di Kelas III dan kemudian baru di Kelas II. Prosentase responden berpendidikan SMU paling banyak ada di Kelas II. Jumlah responden yang mempunyai pendidikan SD ke bawah kecil dan prosentase terbesar adalah di Kelas III dan paling kecil di Kelas II.

Tabel 2. Profil Penghasilan Responden

Kelas Perawatan	150-500 ribu n (%)	500-1000 ribu n (%)	Tidak jawab n (%)	Total
Kelas I	14 (63,6)	7 (31,8)	1 (4,5)	22 (100)
Kelas II	15 (88,2)	2 (11,8)	3 (17,6)	17 (100)
Kelas III	24 (82,8)	3 (10,3)	2 (6,9)	29 (100)
Total	53 (77)	12 (17)	3 (6)	68 (100)

Sumber Data : Olahan Data

Responden umumnya menyatakan bahwa penghasilannya di antara Rp.150.000 sampai Rp 1.000.000. Namun bila dikelompokkan maka terdapat 12 orang yang pendapatannya pada kelompok Rp. 500.000 sampai Rp. 1.000.000 (17%), dan 53 (77%) orang dalam kelompok berpenghasilan

Rp.150.000 sampai Rp.500.000, walaupun masih terdapat 3 orang (6%) yang tidak mengisi formulir. Jumlah responden terbanyak adalah golongan masyarakat yang berpenghasilan Rp. 150.000 sampai Rp.500.000, baik secara umum maupun per Kelas, namun demikian secara prosentase golongan Rp.500.000 sampai dengan Rp.1.000.000 paling banyak terdapat di Kelas I, disusul di Kelas II dan akhirnya Kelas III.

Hampir semua responden tidak mengisi kolom usia dan jenis penyakit, sehingga kedua data terse-

but tidak dapat diolah.

Hasil analisis menunjukkan tidak ada perbedaan bermakna ($p > 0,05$) persepsi mutu bagi Dokter dan Perawat dalam memberikan pelayanannya di berbagai Kelas. Hasil analisis varians menunjukkan perbedaan bermakna ($p < 0,05$) untuk sarana dan makanan. Hasil analisis menunjukkan bahwa persepsi mutu secara keseluruhan berbeda bermakna di antara Kelas ($p < 0,05$).

Tabel 3. Rata – Rata Penilaian Persepsi Mutu Pelayanan

Jenis	Rata-rata	SB	Kisaran
Dokter	4,08	0,50	2,67 - 5,00
Perawat	4,17	0,50	2,80 - 5,00
Sarana	3,71	0,46	2,00 - 4,67
Makan	3,78	0,48	2,67 - 4,67
Mutu Pel.	3,97	0,40	2,79 - 4,79

Sumber Data : Olahan Data

Ternyata perbedaan bermakna hanya antara Kelas I dengan Kelas II dan dengan Kelas III, khusus untuk sarana dan makanan. Tidak dijumpai kaitan bermakna antara Kelas II dengan Kelas III. Uji t

dilakukan antara Kelas I dengan Kelas II dan dengan Kelas III tidak menunjukkan kaitan yang bermakna antara kelas manapun pada nilai mutu secara total.

Kesanggupan membayar sesuai dengan Tabel 4 di bawah ini menunjukkan bahwa semua pasien di Kelas I sanggup membayar tagihannya. Prosentase yang tidak menjawab di Kelas II lebih sedikit dari pada pasien yang di Kelas III.

Hasil analisis *Chi-Square* pada kesanggupan membayar menunjukkan bahwa ada perbedaan bermakna ($p < 0,01$) antara kelas perawatan.

Tabel 4.
Hasil Tabulasi Silang antara Kelompok Kelas dengan Kesanggupan Membayar

Kelas perawatan n (%)	Tidak sanggup n (%)	Sanggup bayar n (%)	Total
Kelas I	0	22 (100)	22
Kelas II	2 (12%)	15 (88%)	17
Kelas III	9 (31%)	20 (69%)	29
Total	11 (16,1)	57 (83,9)	68

Sumber Data : Olahan Data

Hasil analisis dengan *Chi-Square* antara kelompok Kelas dengan Kemauan Membayar tarif Rawat Inap dikaitkan dengan mutu pelayanan secara umum menunjukkan hubungan yang bermakna, dengan *Chi-Square* 37,17 ($p < 0,01$). Hasil kompilasi dari 58 responden yang menjawab menunjukkan bahwa 62,06% responden menginginkan penurunan tarif Rawat Inap, jumlah responden yang setuju untuk tarif Rawat Inap tetap dan jumlah yang sama menginginkan dinaikkan masing-masing 11 orang (18,96%). Responden yang menginginkan dinaikkan tarifnya lebih banyak ada di Kelas III dan Kelas I dari pada Kelas II.

Hasil analisa *Chi-Square* antara kelompok Kelas dengan biaya laboratorium dari 59 responden yang menjawab menunjukkan ada hubungan/pengaruh yang bermakna dengan *Chi-Square* -34,59 ($p < 0,01$). Terdapat 42,37% responden mengharapkan tarif laboratorium diturunkan, di lain pihak 44,07% responden setuju dinaikkannya tarif labora-

torium. Terdapat 8 orang (13,66%) responden yang setuju dengan tarif yang ada pada saat ini. Terdapat 19 orang (32,2%) yang menginginkan penurunan maksimal (-30% dari tarif sekarang), dan 1 orang (1,6%) setuju dinaikkan maksimal dengan kenaikan 80%. Kenaikan harga yang paling banyak dipilih oleh responden ialah kenaikan sebesar 30% yaitu 15 orang (25,45%).

Hasil analisis *Chi-Square* antara Kelas Perawatan dengan Operasi Sedang, menunjukkan bahwa tidak ada hubungan bermakna dengan *Chi-Square* 16,92 ($p > 0,05$). Dari 36 responden didapat hasil bahwa 33 (91,67%) responden setuju adanya perubahan. Dari semua responden yang mengisi 22 orang (61,1%) setuju untuk menurunkan biaya, dan 11 orang (30,57%) setuju biaya lebih tinggi. Sebanyak 17 orang (47,2%) setuju dengan penurunan tarif maksimal (-30%), sedang 3 orang (8,3%) setuju dinaikkannya tarif sebesar 40% dari tarif pada saat ini.

Dari 33 responden didapat 54,5% menginginkan penurunan harga, sedangkan 42,4% setuju dinaikkan. Kenaikkan tertinggi yang disetujui dinaikkan hingga 40% dari tarif pada saat ini:

Hasil analisis *Chi-Square* menunjukkan tidak ada hubungan bermakna antara mutu dan kemauan membayar untuk operasi besar dengan *Chi-Square* = 34,25 ($p > 0,05$). Jumlah responden yang mengisi untuk operasi besar adalah sebanyak 22 orang dengan rincian bahwa responden di kelas II paling banyak setuju bila tarif dinaikkan yaitu 50% dari seluruh responden di kelas II, baru kemudian disusul dengan responden yang menginginkan penurunan tarif (40%) dan 10% yang menginginkan tarif tetap. Di kelas I responden yang menginginkan penurunan tarif (55%) hampir sama dengan yang menginginkan dinaikkannya tarif (45%). Responden di kelas III umum menyetujui kenaikan tarif.

Dari Tabel 5 terlihat bahwa dari 57 responden kelompok yang umumnya berpenghasilan lebih tinggi menginginkan tarif yang lebih rendah. Sebaliknya terdapat 6 responden atau 12,5% dari kelompok penghasilan I yang setuju dinaikkan tarifnya.

Tabel 5
Komposisi Penghasilan Pasien dengan Kemauan Membayar dari Rawat Inap

Penghasilan	Kemauan untuk Membayar Rawat Inap							Total
	-30%	-20%	-10%	0%	10%	20%	30%	
Kel I	20	10	8	4	4	1	1	48
Kel II	4	1	3	1	0	0	0	9
Total	24	11	11	5	4	1	1	57

Sumber Data : Olahan Data

Keterangan :

Kel I : Rp. 150.000 – Rp. 500.000

Kel II : Rp. 500.000 – Rp. 1.000.000

Dari Tabel 5 didapat bahwa pada umumnya pasien kemauan membayar melebihi tarif rendah sekali, pada umumnya mereka minta diturunkan. Bahkan kelompok yang berpenghasilan lebih besar ternyata mempunyai kemauan membayar yang lebih rendah.

Dari hasil analisis *Chi-Square* didapat bahwa pendidikan pasien tidak ada hubungan bermakna dengan kemauan membayar. *Chi-Square* 2,90 ($p > 0,05$). Analisis *Chi-Square* kemauan membayar laboratorium, bedah sedang dan bedah besar dijumpai tidak mempunyai hubungan bermakna dengan tingkat pendidikan responden.

Sesuai dengan pendapat Powell dan Kotschesa⁸ bahwa profesional tidak mempengaruhi kemauan membayar. Kemauan membayar kelompok profesional lebih memilih fasilitas kesehatan berdasarkan kepada ketentuan perusahaan dan sedapat mungkin gratis. Orang lebih cenderung memilih yang lebih murah dan baik sesuai dengan pendapat Dolan dan Simon², kecuali kalau dia mengetahui benar bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan akan bermanfaat dan membebaniya di masa mendatang. Sesuai dengan Pannaruthai dan Mills⁹ bahwa ada kecenderungan bahwa golongan mampu lebih menginginkan harga yang rendah terbukti dalam penelitian ini. Khususnya bila tingkat ekonomi dikaitkan dengan Kelas Perawatan, bukan dengan penghasilan yang dinyatakan oleh responden.

Walaupun demikian hasil dari penelitian ini adalah suatu matriks yang menunjukkan berapa besar sebenarnya tingkat kemauan membayar pasien rawat inap di RSUD Budhi Asih adalah sebagai berikut :

Tabel 6. Kemauan Membayar dikaitkan dengan Kelas dan Jenis Ukuran Tengah

No	Jenis ukuran	Jenis Pelayanan	Kelas I	Kelas II	Kelas III
1.	Rata-rata	Rawat Inap	64-70	23-27	11,1-12,0*
		Laboratorium	9,1-10,0*	3,1-3,5**	3,6-4,0
		Bedah Sedang	121-140**	96-110**	96-111**
		Bedah Besar	261-260**	241-260	96-110**
2	Modus	Rawat Inap	64-70	23-27	8,1-9,0
		Laboratorium	3-4**	7,1-7,5	2,1-2,5**
		Bedah Sedang	100-120**	96-110**	80-95**
		Bedah Besar	231-260**	261-280*	80-95**

Keterangan : * Lebih besar dari tarif pada saat ini

** Lebih rendah dari tarif saat ini

Nampak dari Tabel 6 di atas bahwa pada umumnya pasien rawat inap setuju dengan tarif pada saat ini. Berbeda dengan nilai laboratorium yang bervariasi dapat dinaikkan atau diturunkan. Tarif bedah juga bervariasi walaupun ternyata perbedaan tarif bedah kelas I tidak begitu berbeda dengan tarif kelas II dan III.

KESIMPULAN

Kemauan membayar dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya ialah mutu pelayanan, besarnya harga dan pengetahuan responden mengenai jenis pelayanan yang akan diberikan. Kemauan membayar tidak mempunyai hubungan dengan pendidikan dan kemampuan untuk membayar.

Masyarakat yang menggunakan RSUD Budhi Asih tergolong ekonomi menengah ke bawah dengan penghasilan rata-rata di bawah satu juta perbulan.

Sebagian besar (82%) responden setuju dengan perubahan tarif perawatan, laboratorium, bedah sedang dan bedah besar. Perubahan yang diinginkan sangat bervariasi baik dalam arah maupun besarnya, dan tergantung dari kelas perawatan. Responden pada umumnya menginginkan penurunan tarif (64%), terutama untuk pelayanan yang biayanya mahal, tetapi bagi yang murah seperti laboratorium, jumlah responden yang setuju dengan peningkatan tarif cukup besar.

Ada kecenderungan bahwa golongan masyarakat mampu, terutama di kelas I, tidak mau membayar lebih dari tarif yang sudah ada, bahkan lebih menginginkan penurunan tarif. Masyarakat yang termasuk dalam kelompok ekonomi rendah sebaliknya cenderung setuju untuk peningkatan tarif.

Saran

1. Perlu dilaksanakan penelitian yang lebih mendalam untuk melihat berbagai aspek seperti kecanggihan alat, atau dimensi mutu yang mempengaruhi kemauan membayar pasien. Sehingga dapat disusun prioritas pengembangan rumah sakit yang lebih berorientasi kepada konsumen/pasien.
2. Perlu dipikirkan adanya sistem pembiayaan kesehatan yang diatasinya pembayaran secara gotong-royong dengan sistem asuransi. Tanpa pembiayaan cara asuransi beban masyarakat akan tinggi, apalagi dalam keadaan krisis moneter seperti saat ini. Jalan ini harus diambil karena kemampuan negara memang terbatas, sedangkan biaya kesehatan meluncur naik tanpa hambatan. Sudah seharusnya pemerintah ikut campur dalam upaya mencari cara pembiayaan yang terbaik. Dengan Survei Kemauan Membayar dapat dicari berapa tingkat pembiayaan kesehatan yang dapat dibebankan kepada masyarakat dan subsidi pemerintah.

DAFTAR PUSTAKA

1. RSUD Budhi Asih. Gambaran Umum dan Rencana Pengembangannya, Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 1997.
2. Dolan, R.J., Simon, H. Power Pricing, pp.48-47, The Free Press, New York, 1996.
3. Zeithaml, V. Consumer Perceptions of Price, Quality, and Value: Mean-Ends Model and Synthesis of Evidence, *Journal of Marketing*, 1988; 52: 2-21.
4. Hessket, J.L., Sasser W.E.,Tr., Schlesinger, L.A. Managing the Customer Value Equation, *The Service Profit Chain*, 39-53, The Free Press, New York, 1997.
5. Ryan, M. Using Willingness To Pay To Assess The Benefit of Assisted Reproductive Techniques, *Health Economics*, 1996; 5: 543-558.
6. Donaldson C. Hundley V; Mapp T. Willingness To Pay: A method for Measuring Preferences for Maternity Care?. *Birth*, 1998; 25(1): 32-39.
7. Hussey, GD, Lasser ML, Reekie WD, The Cost and Benefit of Vaccination Programme for *Haemophilus Influenzae Type B Disease*, *South Africa Medical Journal*, 1995; 85(1): 20-25.
8. Powell GN, Kotschessa B. Factors that Influence Profesional Employees Willingness to Seek Counseling. *Psychology Rep*, 1995; 77 (3 Pt 1) : 872-874.
9. Pannarunothai, S; Mills A. "The Poor Pay More : Health Related Inequality in Thailand", dalam: *Social Science Medicine*, 1997; 44(12): 1781-90.