**BAB I**

**PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Manusia dalam memenuhi kebutuhannya di ungkapkan oleh Adam Smith (1723-1790) dalam bukunya yang berjudul “*An Inquiry Into the Nature and Causes of the Wealth of Nations*”, manusia merupakan makhluk ekonomi *(Homo Economicus)* yang cenderung tidak pernah merasa puas dengan apa yang diperolehnya dan selalu berusaha secara terus-menerus dalam memenuhi kebutuhannya. Tetapi dalam kenyataannya tidak semua kebutuhan manusia dapat terpenuhi, karena memang terbatasnya barang yang diinginkan atau banyaknya orang lain yang juga menginginkannya.

Dalam kegiatan ekonomi, pembelajaran mengenai permintaan (demand) sangat di perlukan untuk mengetahui tingkat permintaan konsumen terhadap suatu produk sehingga dengan mengetahui hal tersebut produsen dapat menentukan sikap agar produsen mendapatkan untung yang sebesar besarnya. Permintaan konsumen didasari oleh keinginan yang didukung dengan adanya daya beli. Permintaan konsumen tentu bukan hanya mengenai barang saja tetapi juga jasa, termasuk juga jasa pada pelayanan kesehatan. Menurut Levey dan Loomba (1973) Pelayanan Kesehatan adalah upaya yang diselenggarakan sendiri/ secara bersama-sama dalam suatu organisasi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, mencegah, dan menyembuhkan penyakit serta memulihkan kesehatan perorangan, keluarga, kelompok, atau masyarakat. Sehingga dapat disimpulkan pelayanan kesehatan merupakan layanan yang menyediakan upaya mencegah dan mengobati penyakit dimasyarakat. Kesehatan merupakan kebutuhan dasar masyarakat sehingga untuk menjadi sehat merupakan keinginan semua orang, maka dari itu pelayanan kesehatan menjadi penting adanya.

Pelayanan kesehatan dapat dianggap sebagai produsen tetapi produk yang dihasilkan berbeda dengan produsen yang lain. Produk yang dihasilkan antara lain: kesembuhan, obat, cara menjaga kesehatan dll. Pelayanan kesehatan dapat masuk dalam konsep ekonomi sehingga dapat dipelajari tentang permintaan *(demand)* dalam pelayanan kesehatan. Dalam makalah ini dijelaskan tentang permintaan pada pelayanan kesehatan, beda dari permintaan pada pelayanan kesehatan dan selain pelayanan kesehatan, elastisitas *demand* pelayanan kesehatan dan utilitas pada pelayanan kesehatan.

1. **Rumusan Masalah**
2. Apa faktor yang mempengaruhi *demand* pelayanan kesehatan ?
3. Bagiamana perbedaan *demand* pelayanan kesehatan dengan *demand* produk secara umum ?
4. Bagaimana elastisitas *demand* pelayanan kesehatan dan konsekuensinya ?
5. Bagaimana *utility* untuk pelayanan kesehatan dan cara pengukurannya ?
6. **Tujuan**
7. Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi *demand* pelayanan kesehatan
8. Untuk mengetahui perbedaan *demand* pelayanan kesehatan dengan *demand* produk secara umum
9. Untuk mengetahui elastisitas *demand* pelayanan kesehatan dan konsekuensinya
10. Untuk mengetahui *utility* untuk pelayanan kesehatan dan cara pengukurannya

**BAB II**

**PEMBAHASAN**

1. **Pengertian *Demand* Pelayanan Kesehatan**

Permintaan (*demand*) adalah hasrat terhadap produk yang dapat memenuhi keinginan yang telah didukung dengan kemampuan dan kemauan untuk membayar. Pengertian permintaan (*demand*) tidak terpisah dari arti kebutuhan (*need*) dan keinginan (*want*). Kebutuhan (*need*) adalah sesuatu yang dirasa kurang dari diri manusia itu sendiri sedangkan keinginan (*want*) adalah sesuatu yang dirasa kurang karena lingkungan. Permintaan adalah keinginan terhadap produk spesifik yang didukung oleh kemampuan dan kesediaan untuk membelinya. *Demand* atau permintaan adalah jumlah dari suatu barang yang mau dan mampu dibeli pada berbagai kemungkinan harga, selama jangka waktu tertentu, dengan anggapan berbagai hal lain tetap sama (*ceteris paribus*). Mau dan mampu di sini memiliki arti betapapun orang berkeinginan atau membutuhkan sesuatu, kalau ia tidak mempunyai uang atau tidak bersedia mengeluarkan uang sebanyak itu untuk membeli, maka keinginan tersebut belum disebut permintaan. Namun ketika keinginan atau kebutuhan disertai dengan kemauan dan kemampuan untuk membeli dan didukung oleh uang yang cukup untuk membayar maka akan disebut permintaan. Dengan demikian permintaan adalah kebutuhan dan keinginan yang didukung oleh daya beli (Kotler dan Andersen, 1995). Kotler dan Andersen (1995) menyatakan bahwa kebutuhan manusia (*human need*) adalah ketidak beradaan beberapa kepuasan dasar seperti: kebutuhan makanan, pakaian, tempat berlindung, keamanan hak milik dan harga diri, kesehatan termasuk juga kesehatan gigi dan mulut.

Permintaan pelayanan kesehatan timbul melalui proses perubahan persoalan kesehatan menjadi persoalan kesehatan yang dirasakan, dilanjutkan dengan merasa dibutuhkannya pelayanan kesehatan dan akhirnya dinyatakan dengan permintaan aktual. Dalam upaya mengubah kebutuhan pelayanan yang dirasakan menjadi suatu bentuk permintaan yang efektif, konsumen harus memiliki kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan. Permintaan *(demand)* pelayanan kesehatan adalah pelayanan yang sesungguhnya dibeli oleh *customer* pelayanan kesehatan, dalam hal ini adalah pasien. Permintaan tersebut dipengaruhi oleh pendapat medis dari dokter dan juga faktor lain seperti pendapatan dan harga obat. Model dari Cooper Posnett (1988) dalam Palutturi (2005), menyatakan permintaan (*demand*) pelayanan kesehatan merupakan keinginan untuk lebih sehat diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan tenaga kedokteran. Grossman (1972) mengemukakan bahwa konsumen sesungguhnya mempunyai cukup informasi yang memungkinannya melakukan pilihan kondisi kesehatannya secara rasional, baik pada masa sekarang maupun di masa mendatang. Dia mendasarkan teorinya pada argumentasi bahwa permintaan seseorang atas pelayanan kesehatan di deriviasikan dari persepsinya atas level optimal kesehatannya. Akibatnya, permintaan pelayanan kesehatan muncul karena orang tersebut ingin menjembatani jenjang antara status kesehatannya saat ini dengan status kesehatan yang diinginkannya. Dengan adanya keinginan tersebut maka akan mendorong keinginan seseorang untuk mencari pelayanan kesehatan.

Ada 2 pendekatan yang lazim digunakan dalam membahas permintaan (*demand*) terhadap pelayanan kesehatan. Pertama yaitu teori *Agency Relationship* atau yang lebih dikenal dengan *Supplier-Induced Demand Model*. Sedangkan pendekatan yang kedua yaitu *Investment Model* yang diajukan oleh Grossman (1972). Perbedaan utama antara kedua pendekatan tersebut terletak pada asumsinya tentang kedudukan pasien dalam model tersebut. Pada pendekatan pertama, peranan pasien begitu kecil dibandingkan pada ahli kesehatan/dokter dalam membentuk permintaan terhadap pelayanan kesehatan. Sementara Grossman menyatakan bahwa konsumen (pasien) cukup memiliki informasi dan kebebasan dalam menentukan permintaannya. Pelayanan kesehatan yang baik dapat meningkatkan jumlah (kuantitas) pelayanan kesehatan menurut Azrul (1996), harus memenuhi persyaratan –persyaratan pokok, yaitu :

* 1. Tersedia dan berkesinambungan, artinya semua jenis pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tidak sulit untuk ditemukan setiap saat dibutuhkan
	2. Dapat diterima dan wajar, artinya tidak bertentangan dengan adat istiadat dan kepercayaaan masyarakat
	3. Mudah dicapai, dari sudut lokasi mudah dicapai oleh masyarakat
	4. Mudah dijangkau, biaya kesehatan sesuai dengan kemampuan ekonomi masyarakat
	5. Bermutu, menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan dan memuaskan konsumen

Jadi dapat ditarik kesimpulan bahwa, permintaan *(demand)* pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan diinginkan oleh pasien yang disertai juga dengan daya beli yang dimiliki oleh pasien tersebut.

1. **Faktor yang Mempengaruhi *Demand* Pelayanan Kesehatan**

Menurut Sorkin (1984), salah satu model terbaik yang dikenal dari permintaan untuk pelayanan kesehatan adalah model tingkah laku yang diajukan oleh Andersen yang disebut dengan *Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use.* Menurut model ini, keputusan seseorang untuk meminta pelayanan kesehatan tergantung pada tiga faktor yaitu:

1. Faktor *predisposing*, faktor ini menggambarkan karakteristik individu yang mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan, yang terdiri dari tiga faktor yaitu:
2. Faktor demografi meliputi: usia, jenis kelamin, status perkawinan dan jumlah anggota keluarga;
3. Faktor struktur sosial meliputi: jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan ras dan kesukuan;
4. Faktor kepercayaan kesehatan, merupakan keyakinan terhadap pelayanan kesehatan.
5. Faktor *enabling* (pendukung), yaitu suatu kondisi atau keadaan yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhan akan pelayanan kesehatan. Faktor ini dibagi menjadi dua yaitu :
6. Sumber daya keluarga meliputi penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan;
7. Sumber daya masyarakat meliputi jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan dan rasio penduduk dengan tenaga kesehatan.
8. Faktor *need* (kebutuhan), merupakan faktor yang paling langsung berpengaruh terhadap pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Thomas dan Mejia (1978, *cit.* Suwoto, 1995) juga menyatakan ada beberapa faktor yang berhubungan dengan permintaan di sektor kesehatan yang dapat mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan kesehatan. Faktor-faktor tersebut antara lain: faktor karakteristik populasi (umur, pengetahuan), faktor ekonomi, faktor tingkat pendidikan, faktor *accesibility*, faktor status kesehatan, faktor ketersediaan sumber daya, tenaga, sarana kesehatan, faktor tehnologi perawatan kesehatan, faktor pengalaman sebelumnya dan faktor kelompok referensi. Berdasarkan uraian tersebut diatas, faktor-faktor yang berhubungan dengan dengan permintaan konsumen terhadap pelayanan kesehatan dapat dikelompokkan menjadi faktor internal dan faktor eksternal. Faktor internal yaitu: umur, pengetahuan, tingkat pendidikan, pengalaman sebelumnya dan status kesehatan. Faktor eksternal yaitu: *accesibility*, kelompok referensi. dan faktor ketersediaan fasilitas kesehatan . Beberapa faktor tersebut di atas yang terkait dengan penelitian ini, dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. Faktor umur

Menurut Kotler dan Clarke (1987, *cit.* Soleman*,* 2005), pola umur mempengaruhi permintaan fasilitas perawatan kesehatan. Kebutuhan kesehatan sebagian besar berkaitan dengan umur. Struktur umur suatu populasi merupakan suatu gambaran yang lebih vital dari susunan populasi untuk dipertimbangkan dalam perencanaan kesehatan. Struktur umur di negara berkembang memiliki proporsi penduduk muda yang lebih besar dan proporsi penduduk usia tua lebih kecil dibandingkan dengan negara maju. Penduduk yang lebih tua hampir selalu memiliki tingkat permintaan yang lebih tinggi terhadap jasa pelayanan kesehatan. Jumlah orang yang berumur diatas 65 tahun dalam satu komunitas bisa merupakan indikator faktor tunggal yang baik mengenai potensi permintaan akan perawatan penyakit tertentu. Menurut Trisnantoro (2004), faktor umur sangat mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan kesehatan preventif dan kuratif. Fenomena ini terlihat pada pola demografi di negara-negara maju yang berubah menjadi masyarakat tua.

1. Faktor pendidikan

Menurut Notoatmodjo (2003), permintaan konsumen dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan berhubungan dengan pendidikan dan perilaku masyarakat. Rendahnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakit, dapat mengakibatkan penyakit-penyakit yang terjadi dalam masyarakat sering sulit terdeteksi. Bahkan kadang-kadang masyarakat sulit atau tidak mau diperiksa dan diobati penyakitnya. Hal ini akan menyebabkan masyarakat tidak memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

1. Faktor fasilitas kesehatan

Menurut Kotler (2005), penampilan fasilitas jasa akan mempengaruhi sikap dan perilaku konsumen untuk meminta pelayanan jasa. Oleh karena itu perlu dilakukan pengorganisasian fasilitas pelayanan kesehatan yang baik. Pendapat tersebut mendukung pendapat Kotler (1995, *cit.* Dharmmesta dan Handoko, 2000) yang menyatakan bahwa kelengkapan fasilitas, tata ruang yang benar dapat mempengaruhi sikap dan perilaku pembeli/pasien seperti perasaan aman, nyaman dan rasa puas.

1. Faktor pengetahuan

Menurut Notoatmojo Notoatmojo ( 1993), pengetahuan merupakan hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu obyek. Penginderaan terjadi melalui panca indera dan sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui pendengaran dan pengelihatan.

1. Faktor *accesibility* ( keterjangkauan)

Lane dan Lindquist (1988) serta Javalgi dkk. (1991) menyimpulkan bahwa faktor kedekatan tempat pelayanan kesehatan dengan rumah tempat tinggal menjadi faktor urutan pertama terhadap permintaan konsumen dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan. Menurut Caroline dan Claire (1990), faktor jarak merupakan faktor penting dalam pilihan penderita menggunakan sarana pelayanan kesehatan.

1. Faktor pengalaman sebelumnya

Menurut Dharmmesta dkk. (2000) keputusan konsumen dalam memilih dan meminta jasa pelayanan dipengaruhi oleh pengalaman sebelumnya. Konsumen yang terpuaskan akan membuat rekomendasi positif kepada konsumen yang lain, dan konsumen yang tidak terpuaskan akan kembali keseleksi awal serta konsumen yang kecewa akan membuat rekomendasi negatif terhadap konsumen lain. Penelitian Andari (2006) menyimpulkan semakin baik pengalaman sebelumnya, semakin tinggi pemanfaatan pelayanan kesehatan di Puskesmas Kota Denpasar.

1. Faktor kelompok referensi

Menurut Dharmmesta dan Handoko (2000), kelompok referensi (*reference group*) adalah kelompok sosial yang menjadi ukuran seseorang (bukan anggota kelompok tersebut) untuk membentuk keperibadian dan perilakunya. Kelompok referensi ini juga mempengaruhi perilaku seseorang dalam meminta pelayanan kesehatan.

Selain itu, terdapat beberapa faktor yang mempengaruhi *permintaan* dalam pelayanan kesehatan menurut Michael Grossman dalam *health care economics second edition* , Konsumen memiliki 2 alasan dalam hal permintaan terhadap kesehatan yaitu:

1. Kesehatan sebagai komuditas konsumsi

Kesehatan merupakan hal yang sangat dibutuhkan oleh konsumen dimana dengan kesehatan itu sendiri konsumen merasa lebih baik. Dengan kesehatan itu sendiri, konsumen dapat melakukan aktivitas fisik dengan leluasa tanpa ada gangguan dr kesehatan mereka sendiri.

1. Kesehatan sebagai sebuah investasi

Kondisi kesehatan akan menentukan jumlah waktu yang tersedia untuk seseorang. Lama waktu seseorang sakit akan berpengaruh pada jumlah waktu yang dapat ia lakukan untuk bekerja dan melakukan aktivitas lainnya. Selain itu, sakit dapat menyebabkan seseorang kehilangan penghasilannya akibat tidak dapat bekerja selama ia sakit.

Variasi didalam permintaan terhadap pelayanan medis dapat dikatagorikan menjadi faktor dari pasien sendiri dan dari faktor pemberi layanan medis. Permintaan pasien terhadap pelayanan medis antara lain adalah permintaan dalam hal pelayanan (*treatment) ,* tipe pengobatan, dan hasil dari banyaknya jumlah pengobatan dan tipe pengobatan yang dilakukan serta kualitas dari pengobatan medis itu sendiri. Sedangkan factor dari pihak medis adalah bagaimana memberikan pelayanan yang memuaskan bagi pasien dan memberikan kualitas pelayanan yang baik.

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan medis baik dari segi pasien maupun dari pihak pemberi layanan medis,

1. Faktor yang mempengaruhi permintaan pasien terhadap pelayanan medis

Pasien merupakan konsumen paling penting dalam jasa kesehatan dimana pasien ini akan mempengaruhi jumlah permintaan terhadap pelayanan kesehatan serta menentukan kualitas dari pelayanan kesehatan bersangkutan.

1. Kejadian sakit (*incidence of illness)*

Kejadian sakit yang diderita oleh masing-masing individu berbeda-beda, hal ini dipengaruhi oleh usia dan jenis kelamin. Semakin bertambahnya usia, maka jumlah kejadian sakit dan kematian akan semakit meningkat dimana penyakit pada setiap pertambahan usia akan beresiko untuk menderita peyakit kronis sehingga pelayanan kesehatan akan semakin dibutuhkan. Dari segi jenis kelamin, terdapat kebutuhan pelayanan kesehatan antara laki-laki dan perempuan. Kebutuhan perempuan akan pelayanan kesehatan lebih tinggi dibandingkan laki-laki disebabkan karena kebutuhan untuk obstetri (persalinan).

1. Karakteristik budaya dan demografi (*culturaldemographic characteristics)*
2. Jenis kelamin

Meskipun pengeluaran untuk pemanfaatan pelayanan kesehatan yang kurang lebih sama untuk kedua jenis kelamin pada tahun-tahun awal, ada perbedaan dalam kebutuhan pelayanan kesehatan antara pria dan wanita. Di kemudian hari, pengeluaran yang dikeluarkan oleh perempuan melebihi dari yang dikeluarkan oleh laki-laki terutama karena biaya kandungan.

1. Usia

Hubungan antara umur dan penggunaan pelayanan medis, bagaimanapun tidak linier juga tidak sama untuk setiap jenis pelayanan kesehatan. Karena semakin bertambah usia akan semakin membutuhkan pelayanan kesehatan.

1. Status perkawinan dan jumlah anggota keluarga

Seseorang dengan status belum menikah lebih banyak menggunakan pelayanan rumah sakit dibandingkan dengan seseorang yang sudah menikah. Selain status perkawinan, jumlah orang dalam keluarga juga mempengaruhi permintaan untuk pelayanan kesehatan. Orang yang belum berkeluarga umumnya menggunakan perawatan di rumah sakit lebih dari yang dilakukan oleh orang yang sudah menikah. Ketersediaan orang di rumah untuk merawat seseorang mungkin pengganti hari tambahan di rumah sakit. Besarnya keluarga juga mempengaruhi permintaan, sebuah keluarga besar memiliki pendapatan per kapita yang lebih rendah (meskipun tidak selalu proporsional kurang) daripada sebuah keluarga kecil dengan pendapatan yang sama.

1. Pendidikan

Pendidikan juga diyakini dapat mempengaruhi permintaan pelayanan medis. Sebuah jumlah yang lebih besar dari pendidikan di rumah tangga dapat memungkinkan keluarga untuk mengenali gejala awal penyakit, sehingga kesediaan yang lebih besar untuk mencari pelayanan kesehatan awal. Tingginya tingkat pendidikan juga dapat menyebabkan peningkatan efisiensi dalam pembelian keluarga dan penggunaan pelayanan medis.

1. Preferensi pasien

Preferensi yang dimiliki pasien bisa didapatkan melalui iklan, orang sekita dan dokter yang dapat mempengaruhi pelayanan kesehatan yang diinginkan oleh pasien.

1. Faktor ekonomi ( *economic factors* ).
2. Pendapatan

Sejumlah penelitian telah mengungkapkan hubungan antara pendapatan keluarga dan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan. Ketika studi ini didasarkan pada data survey, sering ditemukan bahwa keluarga-keluarga dengan pendapatan yang lebih tinggi memiliki pengeluaran yang lebih besar untuk pelayanan kesehatan.

1. Harga

Hubungan tarif dengan *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah negatif. Semakin tinggi tarif maka *demand* akan menjadi semakin rendah. Sangat penting untuk dicatat bahwa hubungan negatif ini secara khusus terlihat pada keadaan pasien yang mempunyai pilihan. Pada pelayanan rumah sakit, tingkat *demand* pasien sangat dipengaruhi oleh keputusan dokter. Keputusan dari dokter mempengaruhi *length of stay*, jenis pemeriksaan, keharusan untuk operasi, dan berbagai tindakan medik lainnya. Pada keadaan yang membutuhkan penanganan medis segera, maka faktor tarif mungkin tidak berperan dalam mempengaruhi *demand,* sehingga elastisitas harga bersifat inelastik. Sebagai contoh, operasi segera akibat kecelakaan lalu lintas. Apabila tidak ditolong segera, maka korban dapat meninggal atau cacat seumur hidup.

1. Jaminan atau asuransi kesehatan

Asuransi dan jaminan kesehatan dapat meningkatkan *demand* terhadap pelayanan kesehatan, dengan demikian hubungan dari asuransi kesehatan dan jaminan kesehatan terhadap *demand* terhadap pelayanan kesehatan adalah bersifat positif. Pada negara maju, faktor asuransi kesehatan menjadi penting dalam hal *demand* pelayanan kesehatan. Sebagai contoh, di Amerika Serikat masyarakat tidak membayar langsung ke pelayanan kesehatan, tetapi melalui sistem asuransi kesehatan. Di samping itu, dikenal pula program pemerintah dalam bentuk jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin dan orang tua.

1. Nilai waktu bagi pasien

Ketika harga pelayanan kesehatan diminimalkan maka seseorang akan mempertimbangkan penggunaan waktu seperti jauh dekatnya dengan tempat pelayanan kesehatan atau lama waktu tunggu sebelum mendapat pelayanan kesehatan juga akan mendapat perhatian dari konsumen.

1. Faktor pihak pemberi layanan medis yang mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan medis

Dalam melakukan tindakan terhadap pasien, dokter tenaga medis harus dapat menyesusaikan sumber daya keuangan pasien dan kebutuhan medis pasien sebelum melakukan tindakan medis. Pasien memiliki ilmu pengetahuan mengenai medis yang akan digunakan untuk berdiskusi dengan tenaga medis sehingga dapat mengambil keputusan perawatan seperti apa yang akan dijalani. Dalam hal ini, efisiensi dari pelayanan medis dan penawaran harga yang mempengaruhi permintaan pasien terhadap pelayanan medis.

Adapun rumus untuk demand pada pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut:

Qdmc= f (insiden penyakit, *provider*│ karakteristik budaya- demografi, factor ekonomi, dll)

Meningkatnya demand dalam pelayanan kesehatan pada saat ini banyak dipengaruhi oleh:

1. Kualitas dari pelayanan kesehatan yang diberikan.
2. Pelayanan pasca rawat inap.
3. Performance dari pelayanan kesehatan.
4. Kemudahan dalam penggunaan pelayanan.
5. Sistem pembayaran.
6. Sistem pelayanan secara keseluruhan.
7. **Perbedaan *Demand* Pelayanan Kesehatan dengan *Demand* Produk secara Umum**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Komponen Pembeda | Pelayanan kesehatan | Produk secara umum |
| Pengertian | *Demand* Pelayanan Kesehatan adalah permintaan untuk lebih sehat diwujudkan dalam perilaku mencari pelayanan kesehatan dan terkadang permintaan tersebut tidak sesuai dengan keuangan konsumen | *Demand* produk secara umum adalah sesuatu yang diinginkan oleh konsumen dan disesuaikan dengan kekuatan SDM yang dimiliki konsumen |
| Karakteristik produk | *Intangibility, inseparability, inventory,* dan inkonsistensi | *Tangible*  |
| Faktor yang mempengaruhi | Tingkat pendidikan, status kesehatan, faktor karakteristik populasi (ex : umur), fasilitas kesehatan, faktor pengalaman sebelumnya | Pendapatan konsumen, pertumbuhan jumlah penduduk, harga barang lain, selera konsumen, prediksi harga di masa yang akan datang, dan intensitas kebutuhan konsumen |
| Faktor yang paling mempengaruhi | Insiden penyakit dan provider | Harga |
| Pengambil keputusan | *Provider* adalah penentu *demand* pelayanan kesehatan baik itu jenis perawatannya dan obat walaupun konsumen masih dapat menentukan dimana tempat akan mendapatkan pelayanan kesehatan akan tetapi konsumen tidak memiliki wewenag untuk menentukan jenis perawatan | Konsumen memiliki wewenang untuk memutuskan untuk membeli suatu produk atupun tidak |
| Tujuan | Profit dan non profit | Profit |
| Pengetahuan Konsumen | *Asymetric knowledge* dimana wawasan dan pengetahuan dokter jauh diatas konsumen | Pengetahuan konsumen bisa saja sama dengan produsen atau bisa lebih rendah |

Secara umum keadaan *need* dan *demand* pelayanan kesehatan dapat dilukiskan dalam suatu konsep yang disebut fenomena gunung es (*Iceberg phenomenon*). Konsep ini mengacu pada pengertian bahwa *demand* yang benar seharusnya bagian dari *need*. Secara konsepsual *need* akan pelayanan kesehatan dapat berwujud suatu gunung es yang hanya sedikit puncaknya terlihat sebagai *demand*. “Sedikit” tersebut bersifat variatif. Di Negara-negara maju mungkin puncak gunung es akan terlihat relatif besar bila dibandingkan dengan negara-negara yang masih dalam keadaan miskin. Pelayanan kesehatan tentunya berusaha agar batas air menjadi serendah mungkin.

**

Gambar …. Need untuk pelayanan kesehatan (Palutturi: 2005)

*Demand*  pelayanan kesehatan berbeda dengan *demand*  bidang ekonomi disebabkan oleh:

1. Pelayanan kesehatan merupakan *derived demand* maksudnya permintaan terhadap suatu barang atau jasa yang muncul sebagai akibat dari permintaan terhadap barang atau jasa yang lain. Sebagai contoh seorang pasien yang menginginkan suatu pelayanan kesehatan muncuk karena pasien tersebut menginginkan kesehatan, karena sebenarnya yang diinginkan pasien adalah kesehatan bukan pelayanan kesehatan. Dengan demikian, *demand* untuk pelayanan kesehatan berbeda dengan demand secara umum.
2. Peran *provider* dalam pelayanan kesehatan sebagai *advisor* dan *supplier.*  Dikatakan sebagai *advisor*, apabila hal tersebut dikaitkan dengan adanya saran atau nasihat dari provider kesehatan akan suatu pelayanan kesehatan bagi pasien yang dapat menimbulkan suatu permintaan terhadap pelayanan kesehatan itu sendiri. Sejauh mana provider kesehatan bertindak sebagai penasehat, mengingat kebutuhan pasien serta sumber daya, kita akan mengharapkan untuk menemukan hubungan yang kuat antara karakteristik pasien dan tuntutannya untuk perawatan medis. Dalam hal seperti ini, pasien pasti jarang menolak saran tersebut, dikarenakan adanya kesenjangan pengetahuan provider kesehatan (yang lebih luas) daripada pasien. Dikatakan sebagai penyedia pelayanan kesehatan, yaitu apabila provider kesehatan memberi tindakan pada pasien, sehingga dapat membuat suatu pencapaian atas permintaan pelayanan kesehatan yang sesuai.

Terkadang dari peran sebagai *supplier* ini dapat menimbulkan efek “menjerumuskan” pasien (*demand creation* yang negatif). Misalnya karena adanya tindakan atau pemeriksaan tambahan bagi pasien yang sebenarnya tidak perlu dilakukan. Sehingga konsumen pelayanan kesehatan dalam kedudukan lemah karena apa yang dibeli ditentukan oleh pemberi jasa layanan kesehatan.

*Demand* yang terjadi bukan keputusan konsumen walaupun mereka dapat menetukan akan melakukan pengobatan dimana akan tetapi mereka tidak bisa menentukan jenis perawatan atau pengobatan untuknya akan tetapi mereka dapat menentukan dimana mereka akan melakukan pelayanan kesehatan.

Namun sebagai penasihat pelayanan kesehatan dokter memiliki peran ganda yaitu sebagai penyedia layanan kesehatan yang akan mengambil keputusan juga akan mempertimbangkan adanya *profit*. Efek *demand creation* yang negative didasarkan pada moral *hazard.*

Moral *hazard* mempunyai dua bentuk, pertama konsumen yang merasa tidak ada beban biaya apa pun pada saat melakukan konsumsi komoditi pelayanan kesehatan akan cenderung menggunakan pelayanan yang berlebihan yang menimbulkan ketidakefisienan. Sementara itu, yang kedua, produsen yang mengetahui bahwa konsumennya dilindungi oleh asuransi kesehatan cenderung akan menginstruksikan penggunaan pelayanan kesehatan yang semestinya tidak dipergunakan (*over prescribed*).

Oleh karena itu cara untuk mengatasi *Demand Creation Negatif* adalah sebagai berikut :

1. Meningkatkan pengetahuan pasien.

Pada umumnya, pasien kurang mempunyai informasi tentang segala sesuatu yang menyangkut pelayanan kesehatan. Kejadian ini disebabkan oleh sifat komoditi pelayanan kesehatan yang akhirnya mengacu kepada situasi dimana *provider* yang secara efektif sering bertindak untuk melakukan permintaan (*demanding*). Untuk menunjang hubungan tersebut dapat beroperasi secara efisien, diperlukan tiga kelompok informasi yaitu

* 1. Pengetahuan dasar mengenai masalah – masalah medis, yaitu suatu bentuk informasi yang pada dasarnya pasien tidak harus memilikinya. Informasi ini menyangkut pengetahuan khusus untuk melakukan penelitian status kesehatan dan mengidentifikasikan jenis perawatan yang tersedia.
	2. Keterangan tentang keadaan pasien, yang meliputi pengetahuan tentang symptom pasien, sejarah kesehatan, dan keadaan lingkungan pasien sehingga memungkinkan dokter untuk menerapkan ilmu kedokterannya terhadap kasus yang saat ini sedang dijumpai pada pasien. Selain itu, yang termasuk dalam informasi ini adalah posisi keuangan pasien dan sumber keuangan lainnya yang dia miliki.
	3. Informasi tentang penilaian pasien sendiri mengenai penyakit yang tengah dideritanya. Pada penilaian ini termasuk di dalamnya preferensi pasien atas berbagai alternative perawatan yang tersedia, sikapnya dalam menghadapi resiko dan penilaiannya atas kemungkinan *trade-off* dari beraneka dimensi keadaan sehat.

Dengan demikian, apabila pengetahuan pasien meningkat, maka kemungkinan provider untuk menambahkan jenis pelayanan akan menurun.

1. Pembentukan Komite Medik di Rumah Sakit

Komite Medik adalah perangkat rumah sakit untuk menerapkan tata kelola klinis (*clinical governance*) agar staf medis di rumah sakit terjaga profesionalismenya melalui mekanisme kredensial, penjagaan mutu profesi medis, dan pemeliharaan etika dan disiplin profesi medis (Permenkes RI 2011 tentang Penyelenggaraan Komite Medik di Rumah Sakit). Komite medik dibentuk dengan tujuan untuk menyelenggarakan tata kelola klinis (*clinical governance*) yang baik agar mutu pelayanan medis dan keselamatan pasien lebih terjamin dan terlindungi.

1. Memberikan provider *financial incentive*

Dengan adanya peningkatan insentif, maka kesejahteraan *financial provider* akan terjamin sehingga *provider* akan menghindari/tidak melakukan pelayanan yang tidak perlu untuk diberikan kepada pasien. Pada dasarnya, pelayanan tambahan yang tidak perlu diberikan kepada pasien tersebut adalah untuk meningkatkan kesejahteraan *financial provider*.

1. Mengubah biaya  *reimbursement* menjadi *capitation*

System penggantian (*reimbursement*), peserta asuransi harus mengeluarkan uang terlebih dahulu untuk membayar biaya pelayanan kesehatan yang kemudian dapat meminta penggantian ke perusahaan asuransi. Sistem ini membebaskan pasien memilih rumah sakit, namun jumlah maksimal penggantian telah ditentukan dimuka. Pasien harus memperhatikan kelengkapan surat-surat administrasi yang menjadi syarat utama agar proses penggantian biaya dapat dibayar oleh perusahaan asuransi.

Pasien yang menganut sistem provider tidak perlu mengeluarkan uang terlebih dahulu. Pasien hanya dibekali dengan kartu keanggotaan asuransi kesehatan guna mendapatkan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan di rumah sakit atau klinik kesehatan yang telah dipilih sebelumnya berdasarkan daftar rumah sakit yang bekerja sama dengan perusahaan asuransi tersebut.

Metode *reimbursement* inimerupakan metode dimana pasien tidak membayar kepada provider. Hal ini dikarenakan pasien telah membayar kepada pihak pengelola asuransi. Sehingga, provider yang nantinya akan mengklaim seluruh biaya pelayanan kesehatan pasien kepada pihak asuransi tersebut. Dengan metode ini, kemungkinan provider untuk melakukan *demand creation* yang negatif akan sangat mungkin.

Definisi sistem kapitasi adalah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per perserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu. Kapitasi didasari dari jumlah tertanggung (orang yang diberi jaminan atau anggota) baik dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan kesehatan.

Pembayaran kapitasi ini merupakan suatu cara pengendalian biaya dengan menempatkan *provider* pada posisi menanggung risiko, seluruhnya atau sebagian, dengan cara menerima pembayaran atas dasar jumlah jiwa yang ditanggung. Untuk menentukan angka kapitasi perlu diketahui dua hal pokok yang harus diperhatikan dalam menentukan kapitasi, yaitu prediksi angka utilisasi (penggunaan pelayanan kesehatan) dan penetapan biaya satuan. Besaran angka kapitasi ini sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (*benefit*) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan.

Secara teori, sistem kapitasi ini merupakan sistem yang sangat baik dengan keuntungan yang akan didapatkan semua pihak, baik dokter, pasien, maupun pihak asuransi. Namun, pada kenyataanya masih banyak hambatan dalam pelaksanaan sistem ini. System kapitasi dapat digunakan untuk mengatasi *demand creation* yang negatif jika mutu pelayanan *provider* ditingkatkan.

Studi kasus :

Dra. Sartika, wanita berumur 45 tahun merasa sakit di bawah perut. Sebagai seorang sekretaris direktur perusahaan, dia merasakan bahwa sakit perutnya mengganggu pekerjaannya sehari-hari. Dia mempunyai keinginan (wants) untuk sehat, bebas dari rasa sakitnya. Pada titik ini, konsep *human capital* dari Grossman (1972) sangat relevan. Tanpa mempunyai kesehatan yang baik, Dra. Sartika tidak dapat bekerja dengan baik.

Untuk mencoba mengatasi sakit yang dirasakannya, Dra. Sartika minum obat pengurang sakit perut yang dijual bebas. Informasi mengenai obat tersebut di perolehnya dari iklan sebuah acara televisi swasta. Akan tetapi setelah dua hari minum obat, ternyata rasa sakit perut belum berkurang. Sesuai anjuran iklan televisi, Dra. Sartika kemudian mendatangi dokter perusahaannya untuk berkonsultasi. Dengan demikian, dari keinginannya menjadi sehat (dalam model Grossman disebut sebagai *demand*  untuk kesehatan), Dra. Sartika telah merubah *demand* akan kesehatan menjadi *demand* (permintaan) akan pelayanan tenaga medis, khususnya dokter umum. Pada keadaan ini sudah terjadi *demand for health care*.

Oleh dokter perusahaan kemudian ia diberi obat, tetapi ternyata rasa sakitnya tidak berkurang. Selanjutnya, dokter perusahaan merujuk Dra. Sartika ke dokter spesialis penyakit dalam karena diduga ada kelainan di bagian perutnya. Dengan dikirimnya ke dokter spesialis penyakit dalam, *demand* Dra. Sartika telah "meningkat" menjadi *demand*  terhadap pelayanan kedokteran spesialis. Pada pemeriksaan di tingkat dokter spesialis ini maka ada berbagai kemungkinan yang berkaitan dengan pemakaian teknologi tinggi, misalnya penggunaan USG atau *CT* *Scan* sebagai alat bantu diagnosis. Berbeda dengan pembelian dan penggunaan barang-barang ekonomi lain, Dra. Sartika tidak dapat menggunakan USG sesuai dengan keinginannya. *Demand* terhadap pemeriksaan USG akan ditentukan berdasarkan *needs* yang ditetapkan oleh dokter.

Pada titik ini terjadi berbagai kemungkinan. Kemungkinan pertama, berbasis pada *need*, Dra. Sartika tidak perlu mempunyai *demand* terhadap pemakaian USG. Sakit perut yang ada pada Dra. Sartika mungkin merupakan gejala penyakit *psikosomatis* akibat stress pekerjaan. Kemungkinan kedua, berbasis pada *need*, Dra. Sartika perlu mempunyai *demand* terhadap pemakaian USG. Sakit perut yang ada pada Dra. Sartika mungkin merupakan suatu gejala penyakit yang serius (misalnya tumor kandungan).

Pada kemungkinan pertama, terjadi suatu keadaan yang disebut sebagai *Supplier Induced Demand*. Istilah ini menggambarkan suatu keadaan seorang dokter menetapkan *demand* pasiennya dengan cara tidak berbasis pada *need*. Patut ditekankan bahwa keadaan ini bukan suatu "*over-treatment*". *Supplier Induced Demand* terjadi akibat tidak seimbangnya informasi yang ada pada dokter dengan pasiennya (Rice 1998). Dokter meningkatkan *demand* pasiennya berbasis pada motivasi ekonomi untuk meningkatkan pendapatannya. Folland dkk (2001), memberikan suatu pernyataan bahwa *Supplier Induced Demand* adalah penyalahgunaan hubungan dokter-pasien oleh dokter dalam usaha memperoleh keuntungan pribadi dokter. Sebagai gambaran dalam kasus tersebut, berbasis pada pendidikan dan pengalamannya, dokter lebih menguasai informasi keluhan sakit perut dibanding Dra. Sartika yang mengeluh. Dokter dalam hal ini bertindak sebagai pemberi jasa sekaligus bertindak sebagai wakil dari pasien untuk mendapatkan jasa lain, misalnya obat-obatan, pemeriksaan, atau tindakan dokter lain. Pemahaman pasien mengenai prosedur tindakan kesehatan sangat terbatas dan dokter mempunyai wewenang untuk bertindak atas nama pasien. Akibat ketidakseimbangan pengetahuan ini maka hubungan kerja dapat disalahgunakan untuk keuntungan dokter. *Supplier Induced Demand* terutama terjadi pada sistem pembayaran *fee-for-service*. Apabila tidak terdapat etika yang kuat, maka dengan mudah akan terjadi penyimpangan profesi seperti diperiksanya Dra. Sartika dengan USG walapun secara medis tidak ada indikasi untuk hal tersebut. Pada keadaan ini dokter spesialis yang memberikan perintah agar Dra. Sartika diperiksa USG mendapat jasa medik atau keuntungan pribadi dari pemeriksaan tersebut, walaupun dokter menyadari bahwa Dra. Sartika tidak mempunyai need untuk menjalani pemeriksaan USG.

Dengan bergesernya sifat rumah sakit menjadi suatu lembaga ekonomi, maka risiko penyimpangan profesi akan semakin tinggi akibat tuntutan investasi. Pada kasus di atas, apabila pembelian USG dilakukan atas dasar pinjaman kredit bank, maka kaidah-kaidah investasi harus diperhatikan misalnya melalui *payback period*. Prinsip bahwa "bangsal rumah sakit harus diisi" atau “peralatan medik harus digunakan” dapat mendorong terjadinya *Supplier Induced Demand*. Sebaliknya dapat terjadi suatu keadaan yang disebut sebagai *Supplier Reduced Demand*. Istilah ini mencerminkan keadaan bahwa justru dokter atau rumah sakit menetapkan *demand* di bawah yang seharusnya. Pada kasus Dra. Sartika seharusnya diperiksa menggunakan USG. Akan tetapi, mungkin *reimburstmen*t asuransi kesehatan yang dimiliki perusahaan tersebut memberikan ganti rugi di bawah unit-cost pemeriksaan USG. Rumah sakit akan rugi jika menggunakan USG untuk Dra. Sartika. Secara perhitungan ekonomi, tidak diperiksanya Dra Sartika dengan USG akan menghindarkan rumah sakit dari kerugian. Dengan demikian, *need* Dra. Sartika tidak dapat terwujud sebagai *demand*. Contoh lain, pada sistem pembiayaan rumah sakit yang berbasis pada anggaran. Apabila rumah sakit dapat menyelenggarakan pelayanan di bawah anggaran, misalnya 90% maka 10% sisanya dapat masuk sebagai jasa rumah sakit. Dengan konsep seperti ini rumah sakit akan mempunyai insentif untuk melakukan *Supplier Reduced Demand*.

1. **Elastisitas Demand dan Konsekuensinya**

Elastisitas permintaan merupakan suatu ukuran kuantitatif yang menunjukkan besarnya pengaruh perubahan harga atau faktor-faktor lainnya terhadap perubahan permintaan suatu komoditas. Pada penjelasan bab sebelumnya telah diketahui rumus untuk demand dalam pelayanan kesehatan yaitu sebagai berikut:

Qdmc= f (insiden penyakit, *provider*│ karakteristik budaya- demografi, factor ekonomi, dll)

Berdasarkan rumus diatas dan pembahasan faktor-faktor yang mempengaruhi demand dalam pelayanan kesehatan pada bab sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan bahwa elastisitas demand pada pelayanan kesehatan bersifat elastis tidak sempurna. Dikatakan elastis tidak sempurna apabila kenaikan harga sebesar 1 persen hanya diikuti penurunan jumlah barang/jasa yang diminta kurang dari satu persen, sebaliknya penurunan harga sebesar 1 persen menyebabkan kenaikan jumlah barang yang diminta kurang dari 1 persen. Pada pelayanan kesehatan, kenaikan maupun penurunan harga hanya mempengaruhi sebagian kecil dari jumlah permintaan. Karena pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok seseorang dan bersifat mendesak sehingga meskipun harga sedang naik maupun harga sedang turun, jika konsumen butuh akan pelayanan tersebut maka mereka tetap akan mengakses pelayanan tersebut. Hal ini disebabkan karena harga bukan merupakan faktor dominan yang mempengaruhi pelayanan kesehaatan namun kebutuhan dan adanya insiden penyakit dan provider yang mempengaruhi permintaan akan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan termasuk elastisitas tidak sempurna karena semakin tinggi harga pada pelayanan kesehatan, permintaan akan pelayanan kesehatan juga akan turun tetapi tidak sebesar peningkatan harga tersebut.

Permintaan pelayanan kesehatan pada dasarnya jika seseorang ingin meningkatkan derajat kesehatannya maka seseorang tersebut tidak memikirkan seberapa besar uang yang akan dikeluarkan untuk kesehatannya tersebut.

**P**

**D**

**Q**

Gambar 3.1 kurva inelastis pada demand pelayanan kesehatan

Konsekuensi yang harus dilakukan saat kondisi inelastis ini terjadi adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan agar dapat bersaing dengan intitusi kesehatan yang lain dalam mendapatkan pelanggan.

1. ***Utility* Pelayanan Kesehatan dan Cara Pengukuran**

*Utility* atau nilai guna sering digunakan sebagai istilah untuk menjelaskan mengenai suatu manfaat barang atau komoditas tertentu. Pada teori keseimbangan, diketahui bahwa teori keseimbangan menggambarkan antara kesesuaian antara permintaan dan penawaran. Permintaan timbul karena konsumen memerlukan manfaat dari komoditas yang diminta. Manfaat inilah yang dikenal dengan istilah utilitas (*utility*). Jadi sebenarnya permintaan suatu komoditas menggambarkan permintaan akan manfaat dari komoditas tersebut (Sugiarto Dkk, 2007)

Teori *utility* sering digunakan sebagai pendekatan dalam menjelaskan perilaku konsumen. Pokok persoalan ekonomi yang dihadapi oleh setiap orang dalam perannya sebagai konsumen membutuhkan bermacam barang dan jasa yang semua harus diimbangi dengan kemampuan membeli. Konsumen harus berhadapan dengan pilihan jenis dan jumlah barang dan jasa yang harus di beli serta harga yang harus dibayar untuk mendapatkan barang dan jasa yang dituju.

Konsumen yang bertindak ekonomis harus mempertimbangkan pengorbanan, yaitu harga yang harus dibayar dan hasilnya, yaitu manfaat atau nilai guna atau kepuasan yang diperoleh dari pengeluaran uang tersebut. Sebagai contoh yaitu jika seseorang hanya mempunyai satu baju yang baik, maka manfaat baju yang satu itu (dan penilaiannya terhadap baju itu) amat besar. Jika baju tersebut sobek, maka seseorang itu akan merasa susah dan perlu/butuh untuk membeli baju lain meskipun harus membayar harga yang cukup mahal. Tetapi jika seandainya terdapat persediaan 10 baju yang masih baik di almari, manfaat dari satu potong baju itu tidak dirasakan begitu besar. Kalau ada satu baju yang sobek, maka tingkat kebutuhan terhadap pembelian baju menjadi menurun.

*Utility* atau daya guna suatu barang sebenarnya berarti kemampuan barang tersebut untuk memenuhi kebutuhan manusia secara *obyektif*. Produksi menciptakan kemampuan tersebut. Namun baru dirasakan apabila barang itu dikonsumsi. Oleh karena itu, pengertian *utility* dalam analisis perilaku konsumen berarti manfaat yang dirasakan dari konsumsi suatu barang atau kepuasan yang diperoleh dari barang / jasa tersebut dan dengan demikian juga penghargaan konsumen terhadapnya. Jadi *utility* juga merupakan suatu yang subyektif, tergantung pada pribadi yang melekat pada diri konsumen yaitu sejauh mana kebutuhannya terpenuhi dengan konsumsi barang/jasa tertentu (Gilarso, 2003).

Teori nilai guna mempelajari kepuasan atau kenikmatan yang diperoleh seorang konsumen dari mengkonsumsikan beberapa barang. Jika kepuasan itu semakin tinggi maka semakin tinggi nilai gunanya. Sebaliknya semakin rendah kepuasan dari suatu barang maka nilai gunanya akan semakin rendah pula. Dapat disimpulkan bahwa nilai guna (*utility*) adalah kemampuan suatu barang atau jasa untuk memberikan kepuasan pada manusia dalam mencukupi kebutuhan manusia.

Menurut Robert dan Prevest *dalam* Lupiyoadi (2001), Nilai guna pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kualitas pelayanan kesehatan sehingga akan membentuk sebuah kepuasan pelanggan. Kualitas pelayanan kesehatan bersifat multi dimensi. Ditinjau dari pemakai jasa pelayanan kesehatan (*health consumer*) maka pengertian kualitas pelayanan lebih terkait pada ketanggapan petugas memenuhi kebutuhan pasien, kelancaran komunikasi antara petugas dengan pasien, keprihatinan serta keramahtamahan petugas dalam melayani pasien, kerendahan hati dan kesungguhan. Ditinjau dari penyelenggara pelayanan kesehatan (*health provider*) maka kualitas pelayanan lebih terkait pada kesesuaian pelayanan yang diselenggarakan dengan perkembangan ilmu dan teknologi kedokteran mutakhir. Hal ini terkait pula dengan otonomi yang dimiliki oleh masing-masing profesi dalam menyelenggarakan pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Menurut Ovreveit (dalam Ester Saranga, 2000) kualitas dalam jasa kesehatan terdiri dari kualitas konsumen (yang berkaitan dengan apakah pelayanan yang diberikan sesuai dengan yang dikehendaki pasien), kualitas profesional (yang berkaitan dengan apakah jasa yang diberikan memenuhi kebutuhan pasien sesuai dengan yang didiagnosa oleh para profesional), dan kualitas manajemen (yang berkaitan dengan apakah jasa yang diberikan dilakukan tanpa pemborosan dan kesalahan, pada harga yang terjangkau, dan memenuhi peraturan-peraturan resmi dan peraturan lainnya).

Menurut Azwar (1996), pengertian kualitas pelayanan kesehatan perlu dilakukan pembatasan yang secara umum dapat disebutkan bahwa yang dimaksud dengan kualitas pelayanan kesehatan adalah mengacu pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan. Pada satu sisi dapat menimbulkan kepuasan kepada pasien, sedang pada sisi lain prosedurnya harus sesuai dengan kode etik standar profesi yang ditetapkan. Kualitas pelayanan kesehatan dapat dilihat dari berbagai indikator kepuasan pelayanan kesehatan dan Mutu pelayanan kesehatan.

1. Indikator kepuasan pelayanan kesehatan

 Kepuasan yang dirasakan oleh pasien merupakan aspek yang sangat penting bagi kelangsungan suatu rumah sakit. Kepuasan pasien adalah nilai subjektif terhadap kualitas pelayanan yang diberikan. Penilaian subjektif tersebut didasarkan pada pengalaman masa lalu, pendidikan, situasi psikis waktu itu, dan pengaruh lingkungan pada waktu itu.

 Menurut Lupiyoadi yang dikutip dari Hendroyono mengemukakan bahwa pasien dalam mengevaluasi kepuasan terhadap jasa pelayanan yang diterima mengacu pada beberapa aspek yaitu:

1. Kualitas Produk atau Jasa.

Pasien akan merasa puas bila hasil evaluasi menunjukkan bahwa produk atau jasa yang digunakan berkualitas baik.

1. Kualitas pelayanan .

Pelanggan dalam hal ini pasien akan merasa puas jika mereka memperoleh pelayanan yang baik atau sesuai dengan yang diharapkan.

1. Faktor emosional

Pasien yang merasa yakin bahwa orang lain kagum terhadap pasien yang memilih rumah sakit dengan kategori rumah sakit mahal cenderung memiliki tingkat kepuasan yang lebih tinggi.

1. Harga

Harga merupakan aspek penting. Semakin mahal harga perawatan maka pasien mempunyai harapan yang lebih besar dan menimbulkan kepuasan pada pasien.

1. Biaya

Pasien yang mendapatkan produk atau jasa dengan tidak mengeluarkan biaya tambahan cenderung puas terhadap jasa pelayanan tersebut.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan kepada masyarakat dituntut untuk meningkatkan kualitas kinerja dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat sehingga pelayanan yang diberikan mampu memenuhi kebutuhan, keinginan, dan harapan masyarakat serta mampu memberikan kepuasan. Berdasarkan Undang-undang Republik Indonesia Nomor 25 Tahun 2000 tentang Program Pembangunan Nasional (PROPENAS), salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas pelayanan publik adalah dengan menyusun indeks kepuasan masyarakat sebagai tolok ukur untuk menilai tingkat kualitas pelayanan.

Dengan demikian data indeks kepuasan masyarakat dapat menjadi bahan penilaian terhadap unsur pelayanan yang masih perlu perbaikan dan menjadi pendorong setiap unit penyelenggara pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanannya.

Tingkat kepuasan masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan dapat diukur dengan menggunakan 14 unsur pelayanan dalam **Kepmenpan No.25/2004** Tentang IKM yang dijabarkan ke dalam sub-sub indikator, sebagai berikut:

1. Prosedur pelayanan
	* Tingkat kemudahan alur pelayanan yang diberikan
	* Tingkat kesederhanaan alur pelayanan yang diberikan
2. Persyaratan pelayanan
	* Kemudahan persyaratan teknis dan administratif yang harus dipenuhi
	* Kesederhanaan persyaratan teknis dan administratif yang harus dipenuhi.
3. Kejelasan petugas pelayanan
	* Kejelasan petugas yang memberikan pelayanan
	* Kepastian petugas yang memberikan pelayanan untuk segera menangani pasien.
4. Kedisiplinan petugas
	* Tingkat kehadiran petugas yang memberikan pelayanan
	* Tingkat keberadaan petugas pada saat jam pelayanan
	* Intensitas penundaan pekerjaan yang dilakukan oleh petugas
5. Tanggung jawab petugas

Tanggung jawab petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien.

1. Kemampuan petugas pelayanan
	* Tingkat keterampilan dan pengetahuan yang dimiliki
	* Kejelasan informasi yang disampaikan kepada pasien.
2. Kecepatan pelayanan

Tingkat kecepatan petugas dalam memberikan pelayanan

1. Keadilan mendapatkan pelayanan
	* Tingkat keadilan petugas dalam memberikan pelayanan
	* Pemberian pelayanan terhadap semua pasien tanpa pilih-pilih
2. Kesopanan dan keramahan petugas
	* Tingkat kesopanan petugas dalam memberikan pelayanan
	* Tingkat keramahan petugas dalam memberikan pelayana.
3. Kewajaran biaya pelayanan

 Tingkat kewajaran biaya yang dikeluarkan

1. Kepastian biaya pelayanan

- Kesesuaian antara biaya yang dibayarkan dengan biaya yang ditetapkan

- Adanya rincian biaya yang jelas dan pasti

1. Kepastian jadwal pelayanan

 Tingkat kesesuaian jam pelayanan dengan jadwal

1. Kenyamanan lingkungan

- Tingkat kerapian pengaturan sarana dan prasarana

- Tingkat kebersihan ruangan

- Kenyamanan ruang tunggu

1. Keamanan pelayanan

- Tingkat kelengkapan sarana prasarana kesehatan

- Kebersihan peralatan medis

1. Mutu pelayanan kesehatan

Pengertian mutu pelayanan kesehatan menurut Institute of Medicine (IOM) adalah suatu langkah kearah peningkatan pelayanan kesehatan baik untuk individu maupun untuk populasi sesuai dengan keluaran (outcome) kesehatan yang diharapkan dan sesuai dengan pengetahuan profesional terkini. Pemberian pelayanan kesehatan harus mencerminkan ketepatan dari penggunaan pengetahuan terbaru secara ilmiah, klinis, teknis, interpersonal, manual, kognitif, organisasi dan unsur-unsur manajemen pelayanan kesehatan.

Pengertian mutu pelayanan kesehatan secara sederhana dikemukakan oleh Azrul Azwar sebagai berikut :

“Mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraan sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan.”

 Menurut Donabedian (1980), mutu adalah suatu keputusan yang berhubungan dengan proses pelayanan, yang berdasarkan tingkat di mana pelayanan memberikan kontribusi terhadap nilai *outcome*. Proses pelayanan kesehatan sendiri dibagi dalam dua komponen utama, pelayanan teknis (medis) dan manajemen hubungan interpersonal antara praktisioner dan klien. Mutu pelayanan kesehatan adalah hasil akhir (*outcome*) dari interaksi dan ketergantungan antar berbagai aspek, komponen, atau unsur organisasi pelayanan kesehatan sebagai suatu sistem.

Dimensi mutu layanan jasa menurut Zeitham et al (1998), yaitu :

1. *Tangible*

Bukti nyata atau bukti langsung dari fasilitas fisik, perlengkapan pegawai dan sarana komunikasi.

1. *reliability*

Kehandalan adalah kemampuan rumah sakit atau tempat pelayanan kesehatan untuk melaksanakan pelayanan sesuai dengan janji promosi, secara akurat dan dapat dipercaya. Tepat waktu sesuai janji dan memberikan bantuan tanpa di minta dengan keterampilan atau kemampuan petugas.

1. *Responsiveness*

Ketanggapan petugas dalam memberikan pelayanan kesehatan yang inovatif. Tanggap membantu pelanggan dalam memberikan pelayanan, mengatasi keluhan dan waktu layanan.

1. *Assurance*

Pengetahuan dan keramahan petugas dan kemampuan mereka untuk dapat memenuhi kepercayaan dan keyakinan akan jaminan kesembuhan. Keramahan dalam memberikan pelayanan dengan selalu senyum, sopan santun, respek, dan perhatian.

1. *Empati*

 Empati adalah kemudahan dalam melakukan hubungan, komunikasi yang baik, perhatian pribadi, dan memahami kebutuhan para pelanggan serta penyediaan layanan dengan peduli dan perhatian personal. Kata kunci empati adalah mendengarkan, memperhatikan, memahami dan menanggapi keluhan.

1. Cara Pengukuran

 Pemantauan dan pengukuran terhadap kepuasan pelanggan penting dilakukan karena dapat memberikan umpan balik dan masukan untuk keperluan pengembangan dan implementasi strategi peningkatan kepuasan pelanggan. Ada beberapa tekhnik/ metode untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggan secara langsung, diantaranya :

1. Sistem Keluhan dan Saran

Setiap tempat pelayanan kesehatan yang berorientasi terhadap pasien perlu memberikan kesempatan seluas-luasnya bagi para pasien untuk menyampaikan saran, pendapat dan keluhan mereka dalam hal ini media yang digunakan dapat berbentuk :

* 1. Kotak saran yang diletakkan di tempat-tempat yang mudah dijangkau dan sering dilewati pasien
	2. Menyediakan kartu komentar yang bisa diisi langsung ataupun dikirim melalui pos
	3. Menyediakan saluran telepon khusus bagi pasien

Keuntungan dari metode ini adalah dapat memberikan ide-ide baru dan masukan yang berharga bagi tempat pelayanan kesehatan tersebut, sehingga memungkinkan memberikan respon yang cepat dan tanggap terhadap setiap masalah yang timbul. Kerugian dari metode ini adalah sulitnya mendapatkan gambaran yang lengkap mengenai kepusan pasien, karena tidak semua pasien menyampaikan keluhannya. Upaya mendapat saran juga sulit diwujudkan dengan metode ini.

1. Survei Kepuasan Pelanggan

Umumnya penelitian mengenai kepuasan pasien dilakukan dengan cara metode survei, baik melalui pos, telepon atau wawancara peribadi (Setiawan, 1990). Keuntungannya, *provider* akan memperoleh tanggapan dan umpan balik secara langsung dari pelanggan juga sekaligus memberikan sinyal positif bahwa *provider* memberi perhatian kepada pasiennya (Gerson, 2001, Supranto, 1997). Pengukuran dapat dilakukan dengan cara :

* + - * 1. *Directly Reported Satisfaction*

 Pengukuran dilakukan dengan memberikan pertanyaan secara langsung melalui pertanyaan yang dibagi berdasarkan skala.

* + - * 1. *Derived Dissatisfaction*

Pertanyaan dilakukan menyangkut dua hal utama yakni besarnya harapan pasien terhadap hal tertentu dan besarnya kinerja yang mereka rasakan.

* + - * 1. *Problem Analysis*

Pasien yang dijadikan responden diminta untuk mengungkapkan dua hal pokok yaitu masalah-masalah yang mereka hadapi berkaitan dengan penawaran tempat pelayanan kesehatan dan saran-saran untuk perbaikan.

* 1. *Importance Performance Analysis*

Responden diminta untuk merangking berbagai elemen dari penawaran berdasarkan pentingnya derajat elemen tersebut

* 1. *Ghost Shopping*

Metode ini dilaksanakan dengan cara mempekerjakan beberapa orang (*Ghost shopper*) untuk berperan atau bersikap sebagai pelanggan produk potential provider dan pesaing, kemudian mereka menyampaikan temuan-temuan ini berdasarkan pengalaman mereka.

1. *Lost Customer Analysis*

Tempat pelayanan kesehatan berusaha menghubungi pasien-pasien yang telah beralih ke tempat pelayanan yang lain, yang diharapkan adalah informasi penyebab mereka beralih.

1. Teknik *Rating*
2. *Directly reported satisfaction*

Teknik pengukuran langsung dengan menanyakan pasien/klien tentang kepuasan terhadap atribut tersebut. Teknik ini mengukur secara *objective* dan *subjective*. *Objective* bila bila stimuli jelas, langsung diamati dan dapat diukur. *Subjective* bila rangsangan stimuli sifatnya *intangible,* sulit ditentukan, sehingga lebih dikenal sebagai pengukuran persepsi. Asumsi dasar teknik ini ialah hasil telaah tentang selisih manfaat dengan pengorbanan atau risiko yang diantisipasi. Hasil ini memberikan informasi tentang mutu pelayanan. *Instrument* ini (*directly reported satisfaction*) meminta individu menilai 1) derajat kesukaan, 2) atau persetujuan, 3) penilaian, atau 4) tingkat kepuasan yang dapat dinyatakan dalam bentuk skala. Skala penilaian bias ganjil atau genap (*rating scale*).

1 : Sangat tidak puas 5 : Sedikit puas

2 : Tidak puas 6 : Puas

3 : Kurang puas 7 : sangat puas

4 : netral

Dalam penetapan banyaknya skala genap bisa 1 sampai 4,6,8,10. Analisis hasil dengan skala dapat ditentukan atas nilai rerata dan simpangan bakunya. Dominan bila kurang dari nilai rata-rata (bila skala positif, bila skala negatif diambil lebih dari nilai rata-ratanya). Teknik ini banyak dipakai pada teori kepuasan yang menggunakan *stimuli-value judgement-reaction.*

Prosedur Metode Skala untuk *directly reported satisfaction* melalui langkah awal pertama : tentukan nilai standar. Skala ini bisa berdasarkan nilai skala tengah dari pengukuran, bisa ditentukan oleh peneliti berdasarkan tujuannya. Langkah kedua: menghitung nilsi rata-rata. Nilai rata-rata komposit adalah penjumlahan milai sakal dari individu yang diamati dibagi jumlah individu.

1. *Simple rating*

Metode ranking sederhana klien membuat ranking dari objek (variabel) yang ditanyakan dalam urutan pemilihan. Bobot kepentingan (importance-performance analysis). Klien akan berusaha mendekatkan tingkat-tingkat kepentingan yang berbeda dengan atribut yang bermacam-macam. Klien membuat rangking dari objek (variabel) yang ditanyakan dalam urutan pemilihan. Misalnya empati lebih penting dari pada keramahan. Bobot kepentingan menentukan faktor dominan. Kelemahan metode ini bila klien tidak memilih salah satu dari objek tersebut.

|  |  |
| --- | --- |
| Masalah | Rangking |
| Pelayanan Dokter |  |
| Pelayanan Perawat |  |
| Pelayanan penunjang lain : Laboratorium, Radiologi, dll |  |
| Pelayanan administrasi, keuanga, kamar terima/loket |  |

*c.* *Metode berpasangan*

Metode berpasangan menyediakan beberapa objek yang harus dinilai, kemudian individu-individu tersebut disuruh memilih pasangannya. Metode berpasangan sering dipakai, karena lebih mudah menentukan pilihan antar kedua objek pada satu waktu yang bersamaan. Misal : tingkat tanggap (*response*) perawat terhadap keluhan pasien.

Acuh tak acuh 1 2 3 4 5 Perhatian

 Kuat 1 2 3 4 5 Lemah

Pelayanan ramah 1 2 3 4 5 Pelayanan tidak ramah

Pada saat analisis, untuk pertanyaan negatif, skalanya harus dibalik dulu.

**BAB III**

**PENUTUP**

3.1 Kesimpulan

Permintaan *(demand)* pelayanan kesehatan adalah pelayanan kesehatan yang dibutuhkan dan diinginkan oleh pasien yang disertai juga dengan daya beli yang dimiliki oleh pasien tersebut. Ada beberapa pendapat faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan diantaranya :

1. *Andersen’s Behavioral Model of Health Services Use*yaitu:
2. Faktor*predisposing,* yaitu faktor demografi, faktor struktur sosial, faktor kepercayaan kesehatan
3. Faktor*enabling* (pendukung), yaitu sumber daya keluarga, dan sumber daya masyarakat
4. Faktor*need* (kebutuhan)
5. Menurut Thomas dan Mejia yaitu:
6. Faktorumur
7. Faktorpendidikan
8. Faktor fasilitas kesehatan
9. Faktorpengetahuan
10. Faktor*accesibility*( keterjangkauan)
11. Faktorpengalamansebelumnya
12. Faktorkelompokreferensi
13. Michael Grossman yaitu
14. Faktor yang mempengaruhi permintaan pasien terhadap pelayanan medis : kejadian sakit, karakteristik budaya dan demografi, faktor ekonomi
15. Faktor pihak pemberi layanan medis yang mempengaruhi permintaan konsumen terhadap pelayanan medis :

 Demand pelayanan kesehatan memiliki perbedaan dengan demand produk secara umum. Perbedaan diantaranya terletak pada karakteristik produk, faktor yang mempengaruhi, faktor yang paling mempengaruhi, pengambilan keputusan, tujuan dan pengetahuan konsumen.

Elastisitas demand pada pelayanan kesehatan bersifat elastis tidak sempurna. Pada pelayanan kesehatan, kenaikan maupun penurunan harga hanya mempengaruhi sebagian kecil dari jumlah permintaan. Karena pelayanan kesehatan merupakan salah satu kebutuhan pokok seseorang dan bersifat mendesak sehingga meskipun harga sedang naik maupun harga sedang turun, jika konsumen butuh akan pelayanan tersebut maka mereka tetap akan mengakses pelayanan tersebut.

**P**

**D**

**Q**

Gambar 12. Kurva inelastis pada demand pelayanan kesehatan

Rumus menghitung demand pada pelayanan kesehatan:

Qdmc= f (insiden penyakit, *provider*│ karakteristik budaya- demografi, factor ekonomi, dll)

Konsekuensi yang harus dilakukan saat kondisi inelastis ini terjadi adalah meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan agar dapat bersaing dengan intitusi kesehatan yang lain

Menurut Robert danPrevest*dalam* Lupiyoadi (2001), Nilai guna pelayanan kesehatan dapat dilihat dari kualitas pelayanan kesehatan sehingga akan membentuk sebuah kepuasan pelanggan. MenurutLupiyoadi yang dikutipdariHendroyonomengemukakanbahwapasiendalammengevaluasikepuasanterhadapjasapelayanan yang diterimamengacupadabeberapaaspekyaitu:

1. Kualitas Produk atau Jasa
2. Kualitaspelayanan
3. Faktoremosional
4. Harga
5. Biaya

Pemantauandanpengukuranterhadapkepuasanpelangganpentingdilakukankarenadapatmemberikanumpanbalikdanmasukanuntukkeperluanpengembangandanimplementasistrategipeningkatankepuasanpelanggan.Ada beberapa tekhnik/ metode untuk mengukur tingkat kepuasan pelanggansecaralangsung, diantaranya :

* 1. SistemKeluhandan Saran
	2. Survei Kepuasan Pelanggan
	3. *Lost Customer Analysis*
	4. Teknik*Rating*

**DAFTAR PUSTAKA**

Budiarto, Wasis. 1990. Elastisitas Permintaan Upaya Kesehatan Puskesmas di Kabupaten Ponorogo. Pusat Penelitian dan Pengembangan Pelayanan Kesehatan Departemen Kesehatan RI : Surabaya. Buletin Penelitian Kesehatan 18 (1) 1990. <<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=71389&val=4882&title=>>.

Ester Saranga. 2000. *Analisis Efisiensi Proses Lyanan an Kualitas Pelayanan Rumah Sakit: Penerapan Data Envelopment Analysis (DEA) dan Model Servqual (GAP5)* (Tesis). Yogyakarta. Program Pasca Sarjana Universitas Gadjah Mada.

Gilarso, T. (2003). Pengantar Ilmu Ekonomi Mikro. Kanisius. Yogyakarta.

<http://manajemenrumahsakit.net/joomla/dmdocuments/MRS_BAB%20VIII%20-%20KONSEP%20DEMAND%20DALAM.pdf>

<http://www.academia.edu/5477282/NEED_AND_DEMAND>

http://www.pps.unud.ac.id/thesis/pdf\_thesis/unud-281-1629410444-bab%20ii.pdf

<http://id.scribd.com/doc/96634742/Makalah-Permintaan-Demand-Dalam-Pelayanan-Kesehatan>

[*http://organisasi.org/pengertian-permintaan-dan-penawaran-hukum-faktor-yang-mempengaruhi. sitasipada 21-9-2013*](http://organisasi.org/pengertian-permintaan-dan-penawaran-hukum-faktor-yang-mempengaruhi.%20sitasipada%2021-9-2013)

Mardianti, Lailla. 2012. Elasticity of Demand. Disitasi pada [*http://laillamardianti.wordpress.com/2012/02/17/elasticity-of-demand/*](http://laillamardianti.wordpress.com/2012/02/17/elasticity-of-demand/) (24 September 2014, 23:10)

Manajemen Rumah Sakit. Konsep Demand dalam Sektor Kesehatan. <http://www.google.co.id/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&cad=rja&uact=8&ved=0CDkQFjAD&url=http%3A%2F%2Fmanajemenrumahsakit.net%2Fjoomla%2Fdmdocuments%2FMRS_BAB%2520VIII%2520%2520KONSEP%2520DEMAND%2520DALAM.pdf&ei=ihIkVNvWA9DiuQSQroLIDg&usg=AFQjCNE85EHlFB4xhhlI_iDRRJFreStkBQ> (disitasi pada tanggal 24 September 2014 pukul 20.00)

Meisa, Yusrika 2012. Bengkulu.Permintaan (Demand) Dalam Yankes*.* [*http://www.scribd.com/doc/96634742/Makalah-Permintaan-Demand-Dalam-Pelayanan-Kesehatan*](http://www.scribd.com/doc/96634742/Makalah-Permintaan-Demand-Dalam-Pelayanan-Kesehatan) (diakses 24 september 2014 pukul 22.18 WIB)

Rahman, Abdul. Bandung. Mengukur Kepuasan Pelayanan Publik Institusi Pemerintah pada [http://xa.yimg.com/kq/groups/20509929/1591186675/name/mengukur+kepuasan+pelayanan+publik+insti](http://xa.yimg.com/kq/groups/20509929/1591186675/name/mengukur%2Bkepuasan%2Bpelayanan%2Bpublik%2Binsti) (diakses 24 September 2014 pukul 19.11)

Sugiarto Dkk (2007). *Ekonomi Mikro Sebuah Kajian Komprehensif*. Gramedia Pustaka Utama. Jakarta

Sukirno, Sadono. 2005.*MikroEkonomi Teori Pengantar, Edisi Ketiga*.Jakarta: PT RajaGrafindo Persada.

Warsidi. 2009. Universitas Jenderal Soedirman. <http://www.warsidi.com/2009/12/utility-dalam-konteks-ilmu-ekonomi.html> Diakses 24 September 2014 pukul 20.06

Yuriska Meisa. 2012. [*http://www.scribd.com/doc/96634742/Makalah-Permintaan-Demand-Dalam-Pelayanan-Kesehatan*](http://www.scribd.com/doc/96634742/Makalah-Permintaan-Demand-Dalam-Pelayanan-Kesehatan) disitasi pada: 24-09-