Jurnal Nasional Manajemen Pemasaran dan Sumber Daya Manusia
e-ISSN: 2745-7257
Vol. 7 No. 3, September 2026

Komparasi Model Pembagian Jasa Pelayanan Sistem Konversi di Rumah Sakit Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya

Agus Jati Waluyo[1], A. Rohendi[2], Arif Rachman[3]

[1,2] Universitas Adhirajasa Reswara Sanjaya, Bandung, Indonesia
[3]Indonesia Defense University, Bogor, Indonesia
Penulis Korespondensi: gus212sableng@gmail.com[1],
arohendi@ars.ac.id[2], arif.rachman@idu.ac.id[3]

Article Information:
Received: 20 September 2026; Accepted: 26 September 2026; Published: 30 September 2026

Abstrct

Service distribution is an important component of hospital remuneration because it reflects the recognition of health workers' contributions. This study aims to identify and compare the methods and conversion-value weights used in the service distribution system at Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Hospital, Surabaya, with the conversion and proportion model proposed by Hani (2019). The study employed a mixed-methods approach with a sequential explanatory design and a descriptive-comparative orientation, without statistical hypothesis testing. Data were obtained by reviewing hospital policy documents and standard operating procedures, extracting data from the MediFee/Hospital Management Information System (SIMRS), and interviewing hospital management informants. The results show that the hospital system integrates a conversion mechanism with overbilling adjustments to Indonesian Case-Based Groups (INA-CBG) claims, whereas the Hani (2019) model focuses on establishing relative values (Relative Value Units/RVU) and proportional distribution. Both systems apply weighting, direct and indirect service components, and individual indices, but they differ in orientation, the basis for value formation, and distribution mechanisms. A comparison of weights for three service types physician examinations, physician visits, and laboratory services shows differences in 12 of 18 components, while identical weights occur only for structural and employee indirect-service components. The Hani (2019) model is therefore more appropriately positioned as an evaluative benchmark for assessing the rationality of the hospital system's components and weights rather than as a replacement formula.

Kata kunci: Jasa Pelayanan, Sistem Konversi, Bobot Nilai Konversi, Relative Value Unit, Remunerasi Rumah Sakit.

1. Pendahuluan

Rumah sakit merupakan organisasi pelayanan kesehatan yang kompleks karena penyelenggaraan pelayanannya melibatkan berbagai kelompok tenaga dengan latar belakang

Published by:

pendidikan, kompetensi, tanggung jawab, risiko pekerjaan, dan beban kerja yang berbeda (Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan). Perbedaan karakteristik tersebut menjadikan pengelolaan sumber daya manusia rumah sakit memerlukan sistem penghargaan yang mampu mempertimbangkan kontribusi setiap tenaga secara proporsional, salah satunya melalui pemberian jasa pelayanan atau remunerasi (Irianto, 2023).

Ketidaktepatan dalam menentukan indikator atau komponen remunerasi dapat menimbulkan persepsi ketidakadilan dan berpotensi memengaruhi motivasi tenaga kesehatan. Irianto (2023) menemukan bahwa keluhan tenaga fungsional di rumah sakit sering berkaitan dengan pertimbangan yang belum tepat terhadap pendidikan, risiko pekerjaan, kinerja, dan kemampuan dalam sistem remunerasi yang digunakan. Santoso et al. (2023) juga menunjukkan bahwa formula jasa layanan perawat yang disusun berdasarkan indikator jabatan, pendidikan, masa kerja, beban kerja, pangkat/golongan, dan risiko kerja berkaitan dengan besarnya jasa layanan yang diterima. Hartono et al. (2019) menunjukkan bahwa sistem remunerasi berkaitan dengan motivasi, kepuasan kerja, dan kinerja perawat, sehingga desain remunerasi tetap relevan sebagai bagian dari pengelolaan kinerja tenaga kesehatan. Zahra dan Wijaya (2023) juga menunjukkan bahwa beban kerja, kompensasi, dan motivasi kerja berkaitan dengan kepuasan kerja karyawan. Temuan tersebut menunjukkan bahwa aspek kompensasi perlu dipertimbangkan dalam desain sistem penghargaan tenaga kerja, meskipun konteks penelitian berada di luar lingkungan rumah sakit.

Salah satu pendekatan dalam pembagian jasa pelayanan rumah sakit adalah sistem konversi, yaitu mekanisme yang mengubah karakteristik atau kontribusi tenaga menjadi suatu nilai konversi yang selanjutnya digunakan sebagai dasar distribusi jasa pelayanan. Hani (2019) secara khusus membahas model pembagian jasa pelayanan rumah sakit dengan metode konversi dan proporsi, yang menjelaskan hubungan antara jasa pelayanan dengan komponen tarif pelayanan rumah sakit melalui tahapan konversi menjadi Relative Value Unit (RVU) dan distribusi berdasarkan bobot jasa langsung maupun jasa tidak langsung.

Penerapan sistem remunerasi berbasis konversi di lapangan tidak selalu berjalan tanpa tantangan. Hartono et al. (2024) menunjukkan bahwa implementasi kebijakan remunerasi jasa pelayanan di rumah sakit umum daerah masih menghadapi penolakan dari sejumlah pihak, serta memerlukan keterlibatan pemangku kepentingan, sosialisasi, dan standar operasional prosedur yang jelas. Pada tingkat kebijakan pembiayaan, penerapan tarif paket INA-CBG's berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 turut mengubah cara rumah sakit menerima pendapatan, sehingga diperlukan mekanisme internal untuk mendistribusikan bagian jasa pelayanan kepada tenaga yang terlibat (Hani, 2019). Bukti internasional juga menunjukkan bahwa reformasi pembayaran rumah sakit dari fee-for-service menuju pembayaran prospektif umumnya berkaitan dengan penurunan biaya dan lama rawat, meskipun kualitas bukti antarpenelitian masih beragam (Ghazaryan et al., 2021), dan bahwa reformasi tersebut perlu menyeimbangkan efisiensi, pengendalian biaya, mutu, dan koordinasi pelayanan (Milstein & Schreyögg, 2024).

Berdasarkan uraian tersebut, penelitian mengenai remunerasi rumah sakit telah banyak membahas indikator remunerasi, formula jasa layanan, keadilan pembagian, maupun implementasi kebijakan. Namun, penelitian yang secara khusus membandingkan metode dan bobot nilai konversi antara sistem pembagian jasa pelayanan yang telah berjalan secara operasional di suatu rumah sakit dengan model konversi-proporsi yang bersifat teoritis masih terbatas.

Published by:

Penelitian ini mengisi kesenjangan tersebut dengan membandingkan metode pembagian jasa pelayanan sistem konversi di Rumah Sakit Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya dengan model pembagian jasa pelayanan sistem konversi dan proporsi yang dikemukakan Hani (2019), khususnya pada komponen dan bobot nilai konversi yang digunakan. Penelitian ini bertujuan untuk (1) mengidentifikasi metode pembagian jasa pelayanan yang diterapkan di RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya; (2) mengidentifikasi metode pembagian jasa pelayanan sistem konversi berdasarkan model Hani (2019); (3) mengidentifikasi komponen dan bobot nilai konversi pada kedua sistem tersebut; dan (4) menganalisis perbedaan komponen dan bobot nilai konversi antara sistem yang diterapkan di rumah sakit dengan model pembandingnya.

2. Tinjauan Pustaka

2.1 Sistem Konversi dan Bobot Nilai Konversi

Metode konversi merupakan salah satu pendekatan yang dapat digunakan dalam pembagian jasa pelayanan dengan mengubah indikator atau karakteristik pelayanan menjadi nilai tertentu yang digunakan sebagai dasar distribusi (Hani, 2019). Secara konseptual, proses tersebut berlangsung melalui tahapan: nilai pembayaran/tarif pelayanan dikonversi menjadi nilai relatif atau Relative Value Unit (RVU), kemudian didistribusikan kepada penerima jasa berdasarkan proporsi atau bobot yang ditetapkan (Hani, 2019). Bobot nilai konversi menunjukkan tingkat kontribusi atau kepentingan relatif suatu indikator terhadap nilai akhir yang digunakan dalam pembagian jasa pelayanan, sehingga perubahan bobot pada suatu indikator dapat mengubah nilai relatif dan pada akhirnya berkaitan dengan distribusi jasa kepada penerima (Hani, 2019). Prinja et al. (2023) menunjukkan bahwa bobot pembayaran berbasis kasus perlu mempertimbangkan faktor-faktor yang memengaruhi biaya pelayanan, seperti karakteristik fasilitas, volume pelayanan, dan jenis pelayanan, sehingga pembobotan sebaiknya tidak diperlakukan sebagai angka yang bersifat universal untuk seluruh jenis pelayanan.

2.2 Model Pembagian Jasa Pelayanan Hani (2019)

Hani (2019) melalui buku Model Pembagian Jasa Pelayanan di Rumah Sakit dengan Metode Konversi dan Proporsi membahas berbagai pendekatan dalam pembagian jasa pelayanan rumah sakit, mencakup metode konversi, metode proporsi, pembagian jasa tidak langsung, dan pembagian jasa langsung perawat. Model tersebut membedakan jasa langsung (JL), yaitu jasa yang diberikan kepada tenaga yang terlibat langsung dalam pelayanan (pelaksana dan asisten), dengan jasa tidak langsung (JTL), yaitu jasa yang diberikan kepada pihak struktural dan pegawai yang mendukung penyelenggaraan pelayanan tanpa selalu berhadapan langsung dengan pasien. Selain bobot berdasarkan jenis pelayanan, model Hani juga menggunakan komponen indeks individu yang terdiri atas indeks dasar, indeks kompetensi, indeks risiko, indeks emergensi, indeks posisi, dan indeks kinerja, yang masing-masing mempertimbangkan nilai dasar, kompetensi, risiko pekerjaan, unsur kegawatdaruratan, posisi/tanggung jawab, dan kontribusi kinerja individu.

2.3 Penelitian Terdahulu

Beberapa penelitian terdahulu relevan dengan penelitian ini. Hani (2019) menjadi rujukan utama karena menawarkan model pembagian jasa pelayanan rumah sakit dengan metode konversi dan proporsi, termasuk pembentukan Relative Value Unit (RVU), pembagian jasa langsung dan tidak langsung, serta penggunaan indeks individu. Model tersebut merupakan landasan konseptual yang digunakan sebagai model pembanding dalam penelitian ini. Pada penelitian empiris yang lebih baru, Rahmawati dan Tanjung Sari (2025) menerapkan metode

Published by:

proporsi-konversi pada RSUD Sijunjung dengan mengonversi klaim INA-CBG menjadi nilai satuan pelayanan dan mempertimbangkan kontribusi unit, peran individu, serta kinerja. Meskipun penelitian Rahmawati dan Tanjung Sari (2025) tidak secara eksplisit menyatakan bahwa formulanya merupakan implementasi langsung model Hani (2019), pendekatan tersebut menunjukkan bahwa prinsip proporsi-konversi tetap digunakan dalam praktik rumah sakit setelah model Hani diperkenalkan. Temuan Santoso et al. (2023) menunjukkan bahwa formula jasa layanan perawat dapat dibentuk dari jabatan, pendidikan, masa kerja, beban kerja, pangkat/golongan, dan risiko kerja. Irianto (2023) mengembangkan model remunerasi yang berkeadilan dengan mempertimbangkan pendidikan, risiko pekerjaan, kinerja, dan kemampuan. Hartono et al. (2024) menunjukkan bahwa implementasi sistem remunerasi membutuhkan keterlibatan pemangku kepentingan, sosialisasi, serta standar operasional prosedur yang jelas. Secara keseluruhan, penelitian terdahulu memperlihatkan dua kecenderungan: pertama, penggunaan indikator dan indeks individu untuk merepresentasikan kontribusi tenaga; kedua, penggunaan pendekatan proporsi-konversi untuk menerjemahkan pendapatan atau klaim rumah sakit menjadi dasar distribusi jasa. Penelitian ini melanjutkan kedua kecenderungan tersebut dengan membandingkan secara langsung bobot dan mekanisme model Hani (2019) dengan sistem yang telah dioperasikan di RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya.

3. Metode

Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods dengan desain sequential explanatory yang bersifat deskriptif-komparatif. Penelitian ini tidak merumuskan maupun menguji hipotesis statistik, karena tujuannya adalah membandingkan metode dan bobot nilai konversi antara dua sistem pembagian jasa pelayanan, bukan menguji hubungan sebab-akibat antarvariabel.

Objek penelitian adalah sistem pembagian jasa pelayanan yang diterapkan di RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya, yang dibandingkan dengan model pembagian jasa pelayanan sistem konversi dan proporsi Hani (2019) sebagai model pembanding pustaka. Sumber data penelitian terdiri atas data primer, yaitu wawancara dengan informan manajemen/pejabat rumah sakit yang memahami sistem pembagian jasa pelayanan menggunakan pedoman wawancara terstruktur, dan data sekunder, yaitu telaah dokumen kebijakan rumah sakit meliputi Standar Prosedur Operasional (SPO) Ketentuan Jasa Medis dan Keputusan Karumkit Nomor KEP/20/V/2024 tentang Konversi Pengolahan Overbilling Pasien BPJS Kesehatan (RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya, 2024a, 2024b), serta dokumen Tim Kendali Mutu Kendali Biaya (TKMKB) pada lima kelompok pelayanan (Cath Lab, Urologi, Bedah Umum, Orthopedi, dan Obstetri-Ginekologi) serta ekstraksi data dari aplikasi MediFee/Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIMRS).

Analisis data dilakukan secara deskriptif-komparatif dengan mengidentifikasi komponen, indikator, bobot, formula, dan mekanisme distribusi pada masing-masing sistem, kemudian membandingkan persamaan dan perbedaan keduanya. Hasil analisis dokumen diintegrasikan dengan hasil wawancara untuk memperoleh pemahaman yang lebih komprehensif mengenai dasar penetapan bobot dan konteks implementasinya. Keabsahan data diperoleh melalui triangulasi sumber dan metode, yaitu membandingkan data dokumen dengan hasil wawancara dari berbagai informan (Carter et al., 2014).

4. Hasil dan Pembahasan

4.1 Metode Pembagian Jasa Pelayanan Rumah Sakit Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya

Published by:
Training & Research Institute JERAMBA ILMU SUKSES

Hasil telaah dokumen dan wawancara menunjukkan bahwa RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya menerapkan sistem pembagian jasa pelayanan yang mengintegrasikan mekanisme pembobotan dan konversi dengan pengolahan overbilling pasien BPJS Kesehatan (RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya, 2024a, 2024b). Sistem tersebut menghubungkan total billing, nilai klaim INA-CBG's, komponen jasa pelayanan, dan distribusi jasa kepada penerima, yang terdiri atas jasa langsung (JL Pelaksana dan JL Asisten), jasa tidak langsung (JTL Struktural dan JTL Pegawai), serta jasa langsung perawat (JLP). Besarnya hasil konversi dapat berbeda pada setiap kasus sesuai kondisi minus atau plus antara total billing dengan nilai klaim, dan sistem memiliki kebijakan jasa dokter operator minimum apabila nilai konversi mencapai nol.

Secara struktural, hasil ekstraksi data aplikasi menunjukkan bahwa distribusi jasa pelayanan berlangsung melalui beberapa lapisan pembobotan yang berurutan: tarif pelayanan terlebih dahulu dipisahkan menjadi Jasa Sarana (JS) dan Jasa Pelayanan (JP), porsi Jasa Pelayanan kemudian didistribusikan sebagai porsi jasa tindakan kepada pihak yang terlibat (JL dan JTL), dan pada tingkat penerima individu diterapkan indeks individu sebagai penyesuaian akhir sebelum distribusi. Sebagai ilustrasi pada tingkat porsi jasa tindakan, dokumen aplikasi menunjukkan bahwa tindakan medis operatif (TMO) memiliki total porsi jasa sebesar 70, yang dibagi di antara dokter operator, dokter anestesi, perawat kamar operasi, dan penata anestesi; pada TMO dengan pendamping, porsi jasa turut melibatkan dokter pendamping dan perawat pendamping; sedangkan pada TMO lokal, porsi jasa lebih sederhana, yaitu dokter operator memperoleh porsi 50 dan perawat kamar operasi memperoleh porsi 20 dari total porsi 70 yang sama. Pola ini menunjukkan bahwa proporsi jasa pada tingkat tindakan disesuaikan dengan jumlah dan jenis tenaga yang benar-benar terlibat pada suatu tindakan, bukan menggunakan proporsi tunggal yang berlaku sama untuk seluruh jenis tindakan.

Kebijakan nilai minimum pada sistem RS juga ditemukan pada lebih dari satu konteks pelayanan. Selain ketentuan kompensasi minimal Rp50.000 apabila hasil konversi jasa dokter spesialis berada di bawah nilai tersebut, dokumen konversi pada kelompok pelayanan cath lab menunjukkan ketentuan serupa ketika nilai konversi jasa dokter operator mencapai nol, yaitu tetap diberikan kompensasi jasa minimal. Keberadaan ketentuan ini pada lebih dari satu kelompok pelayanan mengindikasikan bahwa kebijakan nilai minimum bukan pengecualian kasuistik, melainkan bagian tetap dari desain sistem RS untuk melindungi penerima jasa dari hasil konversi yang terlalu rendah akibat kondisi klaim yang kurang menguntungkan kondisi yang secara regulasi berkaitan dengan penetapan tarif paket INA-CBG's berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023, yang menjadikan nilai klaim (bukan biaya aktual) sebagai acuan pembayaran kepada rumah sakit.

Temuan ini menunjukkan bahwa sistem RS berorientasi pada penyesuaian jasa pelayanan terhadap kondisi klaim, bukan semata-mata pada pembentukan nilai relatif secara teoritis. Orientasi ini sejalan dengan penjelasan Hani (2019) bahwa perubahan sistem pembayaran rumah sakit menuju tarif paket memerlukan mekanisme internal yang mengubah nilai pembayaran menjadi dasar pembagian jasa kepada pihak yang terlibat, serta konsisten dengan temuan Milstein dan Schreyögg (2024) bahwa reformasi pembayaran rumah sakit perlu menyeimbangkan efisiensi, pengendalian biaya, mutu, dan koordinasi pelayanan. Pendekatan ini juga berbeda dari model remunerasi berbasis indikator individu sebagaimana dikembangkan oleh Santoso et al. (2023), yang menyusun formula jasa terutama dari atribut tenaga (jabatan, pendidikan, masa kerja, risiko pekerjaan) tanpa mensyaratkan tahap penyesuaian terhadap kondisi klaim terlebih dahulu; sistem RS, sebaliknya, menempatkan penyesuaian terhadap

Published by:

klaim INA-CBG's sebagai tahap awal sebelum bobot jasa langsung/tidak langsung maupun indeks individu diterapkan, sehingga kedua pendekatan tersebut dapat dipandang saling melengkapi pada tahap yang berbeda dalam rantai penentuan jasa pelayanan. Secara manajerial, temuan ini menunjukkan pentingnya bagi manajemen rumah sakit untuk mendokumentasikan secara eksplisit dasar formula konversi dan kebijakan jasa minimum agar sistem lebih transparan dan dapat ditelusuri, sebagaimana ditegaskan oleh Hartono et al. (2024) bahwa keberadaan standar operasional prosedur dan keterlibatan pihak terkait merupakan aspek penting dalam implementasi kebijakan remunerasi jasa pelayanan.

4.2 Metode Pembagian Jasa Pelayanan Sistem Konversi Model Hani (2019)

Model Hani (2019) menjelaskan pembagian jasa pelayanan melalui dua tahap, yaitu tahap konversi yang menghasilkan nilai relatif (RVU), dan tahap distribusi yang membagikan hasil konversi tersebut berdasarkan proporsi atau bobot yang ditetapkan. Model ini membedakan jasa langsung (JL Pelaksana dan JL Asisten) dan jasa tidak langsung (JTL Struktural dan JTL Pegawai), dengan bobot yang bervariasi menurut jenis pelayanan. Sebagai contoh, pada pemeriksaan dokter IGD dan dokter spesialis, bobot yang digunakan adalah JL Pelaksana 45%, JL Asisten 15%, JTL Struktural 10%, dan JTL Pegawai 30%; sedangkan pada pelayanan laboratorium dan radiologi, bobot JL Asisten (40%) lebih besar daripada JL Pelaksana (20%), yang menunjukkan bahwa model ini menyesuaikan distribusi jasa dengan karakteristik keterlibatan tenaga pada setiap jenis pelayanan (Hani, 2019). Model Hani juga menggunakan komponen indeks individu indeks dasar, kompetensi, risiko, emergensi, posisi, dan kinerja sebagai dasar pembagian jasa tidak langsung.

Secara matematis, tahap konversi pada model Hani (2019) dirumuskan sebagai RVU_i = (Nilai Jasa Pelayanan$_i$ / Total Jasa Pelayanan) × 100%, dengan ketentuan bahwa jumlah seluruh RVU pada suatu paket pelayanan harus mencapai 100%. Sebagai ilustrasi, pada satu contoh kasus, komponen jasa pelayanan pemeriksaan dokter memperoleh RVU sebesar 37,50%, pemeriksaan darah rutin 12,50%, rontgen thorax 50,00%, serta obat dan bahan habis pakai (BHP) 0,00%, dengan total RVU 100,00%. Hani (2019) secara eksplisit menegaskan bahwa angka tersebut merupakan contoh perhitungan untuk satu kasus, bukan proporsi universal yang berlaku pada seluruh jenis pelayanan rumah sakit penegasan ini penting karena menunjukkan bahwa penerapan model Hani pada konteks rumah sakit lain tetap memerlukan penghitungan RVU tersendiri sesuai struktur tarif dan pelayanan yang berlaku di rumah sakit tersebut.

Pada tahap distribusi, variasi bobot jasa langsung dan tidak langsung tidak terbatas pada pemeriksaan dokter dan pelayanan penunjang. Contoh bobot yang termuat dalam model Hani turut mencakup tindakan medis non-operatif dan tindakan kamar bersalin, yang masing-masing menggunakan bobot JL Pelaksana 30%, JL Asisten 30%, JTL Struktural 10%, dan JTL Pegawai 30%; asuhan keperawatan, dengan bobot JL Pelaksana 50% dan JL Asisten 10%; serta USG dan hemodialisa, yang masing-masing menggunakan bobot JL Pelaksana 40%/JL Asisten 20% dan JL Pelaksana 30%/JL Asisten 30%. Menariknya, di seluruh contoh jenis pelayanan tersebut, bobot JTL Struktural dan JTL Pegawai secara konsisten tetap pada 10% dan 30% variasi hanya terjadi pada proporsi antara JL Pelaksana dan JL Asisten sesuai tingkat keterlibatan langsung masing-masing pihak pada setiap jenis pelayanan. Pola ini menunjukkan bahwa dalam model Hani, jasa tidak langsung diperlakukan sebagai proporsi yang relatif tetap terhadap jasa langsung, sedangkan penyesuaian utama terjadi pada pembagian internal jasa langsung itu sendiri.

Pada dasar pembagian jasa tidak langsung, model Hani menggunakan enam komponen indeks

Published by:

individu dengan fungsi konseptual yang berbeda: indeks dasar merepresentasikan nilai dasar individu, indeks kompetensi mempertimbangkan tingkat kompetensi, indeks risiko mempertimbangkan risiko pekerjaan, indeks emergensi mempertimbangkan unsur kegawatdaruratan, indeks posisi mempertimbangkan posisi atau tanggung jawab, dan indeks kinerja mempertimbangkan kontribusi kinerja individu. Struktur indeks individu ini relevan bagi penelitian ini karena komponen serupa meskipun dengan label yang berbeda juga ditemukan pada struktur aplikasi RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya sebagaimana dibahas pada bagian 4.1, sehingga kedua sistem memiliki kesamaan prinsip bahwa distribusi jasa tidak langsung tidak diperlakukan seragam untuk seluruh individu penerima, melainkan mempertimbangkan karakteristik individu penerima jasa.

Pola pembobotan yang bervariasi menurut jenis pelayanan ini sejalan dengan temuan Prinja et al. (2023) bahwa bobot pembayaran berbasis kasus perlu memperhitungkan karakteristik fasilitas dan jenis pelayanan agar tidak diperlakukan secara seragam. Temuan serupa juga ditunjukkan oleh Rahmawati dan Tanjung Sari (2025) yang menerapkan formula proporsi-konversi dengan mempertimbangkan kontribusi unit, peran individu, dan kinerja di rumah sakit umum daerah, sehingga memperkuat relevansi pendekatan konversi dan proporsi sebagai mekanisme menerjemahkan pembayaran berbasis paket menjadi dasar distribusi jasa pelayanan yang proporsional.

4.3 Perbandingan Konsep Dasar dan Bobot Nilai Konversi

Tabel 1 menunjukkan perbandingan konsep dasar antara model Hani (2019) dan sistem pembagian jasa pelayanan RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya.

Tabel 1 Perbandingan Konsep Dasar Model Hani (2019) dan Sistem RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya

Aspek	**Model Hani (2019)**	**Sistem RS H.S. Samsoeri Mertojoso**
Dasar konversi	Tarif/komponen → RVU	Overbilling terhadap klaim INA-CBG's
Tahap utama	Konversi → distribusi	Penyesuaian → pembayaran jasa
Komponen	Jasa sarana dan jasa pelayanan	Jasa dokter dan jasa pelayanan
Penerima	JL dan JTL	DPJP/dokter dan komponen jasa pelayanan
Bobot	Berdasarkan jenis pelayanan	Berdasarkan kebijakan dan ketentuan RS
Nilai minimum	Perlu ditelaah berdasarkan model	Ada ketentuan minimum pada kondisi tertentu
Sistem informasi	Dapat disimulasikan	SIMRS EK-9/SIMBOK/MediFee

Sumber: diolah dari hasil telaah dokumen dan wawancara, serta Hani (2019).

Tabel 1 menunjukkan bahwa meskipun kedua sistem sama-sama menggunakan istilah "konversi", dasar dan orientasi konversi pada kedua sistem berbeda. Model Hani (2019) mengonversi tarif/komponen pelayanan menjadi nilai relatif (RVU) yang kemudian didistribusikan berdasarkan bobot jenis pelayanan kepada jasa langsung (JL) dan jasa tidak

Published by:
Training & Research Institute JERAMBA ILMU SUKSES

langsung (JTL). Sistem RS H.S. Samsoeri Mertojoso, sebaliknya, menggunakan konversi sebagai mekanisme penyesuaian ketika total billing pelayanan berbeda (minus/plus) dengan nilai klaim INA-CBG's, dengan penerima utama berupa DPJP/dokter dan komponen jasa pelayanan lain. Bobot pada model Hani ditetapkan berdasarkan jenis pelayanan, sedangkan bobot pada sistem RS ditetapkan berdasarkan kebijakan dan ketentuan internal rumah sakit. Sistem RS juga memiliki ketentuan jasa minimum pada kondisi tertentu (misalnya kompensasi minimal Rp50.000 apabila hasil konversi jasa dokter spesialis kurang dari nilai tersebut), sedangkan model Hani tidak secara eksplisit membahas ketentuan nilai minimum karena berorientasi pada nilai relatif dan proporsi distribusi. Kedua sistem juga didukung oleh sistem informasi yang berbeda: model Hani bersifat teoritis dan dapat disimulasikan, sedangkan sistem RS diimplementasikan melalui SIMRS EK-9, SIMBOK, dan aplikasi MediFee.

Perbedaan makna konversi pada kedua sistem ini juga relevan dengan temuan Ghazaryan et al. (2021) bahwa efektivitas suatu reformasi pembayaran rumah sakit sangat bergantung pada detail desain mekanismenya, bukan sekadar label atau istilah yang digunakan. Dalam konteks penelitian ini, penggunaan istilah "konversi" yang sama pada kedua sistem berisiko menimbulkan kesan bahwa keduanya setara secara fungsional, padahal fungsi, tahapan, dan orientasi konversi pada masing-masing berbeda secara mendasar sebagaimana ditunjukkan pada Tabel 1. Implikasinya, perbandingan maupun adopsi lintas sistem tidak dapat dilakukan hanya berdasarkan kesamaan istilah, melainkan harus menelusuri terlebih dahulu definisi operasional konversi pada masing-masing sistem sebelum salah satu unsur diadopsi ke sistem yang lain.

Perbedaan konsep dasar dan bobot antara kedua sistem tidak dapat secara langsung dimaknai sebagai indikasi salah satu sistem lebih baik atau lebih adil daripada yang lain. Sebagaimana ditekankan oleh (2023) (Kalimat ini terputus), keadilan dalam sistem remunerasi tidak berarti pembagian yang sama rata, melainkan kesesuaian antara kontribusi, karakteristik pekerjaan, dan penghargaan yang diterima. Oleh karena itu, perbedaan antara sistem RS dan model Hani perlu dievaluasi berdasarkan kesetaraan jenis pelayanan, kompleksitas, risiko, kompetensi, beban kerja, dan tujuan organisasi masing-masing, bukan semata-mata sebagai perbedaan matematis. Secara implikasi manajerial, model Hani (2019) lebih tepat diposisikan sebagai benchmark evaluatif untuk menilai rasionalitas komponen, bobot, dan mekanisme distribusi sistem RS, bukan sebagai formula yang harus diterapkan secara identik menggantikan sistem yang telah berjalan.

4.4 Perbandingan Bobot Nilai Konversi pada Tiga Jenis Pelayanan

Tabel 2 menyajikan perbandingan bobot nilai konversi antara sistem RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya dan model Hani (2019) pada tiga jenis pelayanan yang dianalisis dalam penelitian ini, yaitu pemeriksaan dokter, visite dokter, dan laboratorium. Selisih bobot dihitung dengan $\Delta W = W\_RS - W\_Hani$, dan status "Sama" ditetapkan apabila ΔBobot = 0% serta "Berbeda" apabila ΔBobot ≠ 0%.

Tabel 2 Perbandingan Bobot Nilai Konversi Sistem RS H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya dengan Model Hani (2019)

Jenis Pelayanan	Komponen	Bobot RS	Bobot Hani	Δ Bobot	Status
Pemeriksaan dokter	JS	30%	44%	-14%	Berbeda
	JP	70%	56%	+14%	Berbeda

Published by:

	JL Pelaksana	45%	50%	-5%	Berbeda
	JL Asisten	15%	10%	+5%	Berbeda
	JTL Struktural	10%	10%	0%	Sama
	JTL Pegawai	30%	30%	0%	Sama
Visite dokter	JS	30%	40%	-10%	Berbeda
	JP	70%	60%	+10%	Berbeda
	JL Pelaksana	45%	60%	-15%	Berbeda
	JL Asisten	15%	0%	+15%	Berbeda
	JTL Struktural	10%	10%	0%	Sama
	JTL Pegawai	30%	30%	0%	Sama
Laboratorium	JS	30%	60%	-30%	Berbeda
	JP	70%	40%	+30%	Berbeda
	JL Pelaksana	45%	40%	+5%	Berbeda
	JL Asisten	15%	20%	-5%	Berbeda
	JTL Struktural	10%	10%	0%	Sama
	JTL Pegawai	30%	30%	0%	Sama

Sumber: diolah dari hasil telaah dokumen RS dan Hani (2019).

Penetapan bobot pada Tabel 2 dilakukan dengan memperlakukan kedua sumber secara terpisah. Bobot RS merupakan bobot operasional yang tercantum dalam dokumen ketentuan jasa medis, konfigurasi atau ekstraksi MediFee-SIMRS, dan hasil wawancara dengan pihak manajemen yang memahami sistem pembagian jasa pelayanan. Dengan demikian, bobot RS bukan hasil perhitungan ulang oleh peneliti, melainkan nilai yang sedang digunakan dalam sistem rumah sakit pada saat penelitian. Sebaliknya, bobot Hani merupakan bobot yang tercantum dalam contoh jenis pelayanan pada model Hani (2019), sehingga peneliti mengambil nilai tersebut sesuai jenis pelayanan yang dapat dipadankan dengan data RS. Bobot Hani juga tidak dihitung kembali atau dianggap sebagai bobot universal untuk semua rumah sakit. Perbandingan pada Tabel 2 bersifat deskriptif-komparatif: ΔBobot dihitung sebagai Bobot RS dikurangi Bobot Hani, sedangkan status 'Sama' diberikan jika selisihnya 0% dan 'Berbeda' jika selisihnya tidak 0%. Oleh karena itu, perbedaan bobot menunjukkan perbedaan desain distribusi pada dua sistem, bukan secara otomatis menunjukkan bahwa salah satu bobot lebih benar atau lebih adil.

Tabel 2 menunjukkan bahwa dari 18 kombinasi jenis pelayanan dan komponen yang dibandingkan, 12 kombinasi (67%) menunjukkan bobot yang berbeda antara sistem RS dan model Hani, sedangkan 6 kombinasi (33%) seluruhnya pada komponen JTL Struktural dan JTL Pegawai menunjukkan bobot yang sama (10% dan 30%). Perbedaan bobot paling besar terjadi pada komponen Jasa Sarana (JS) dan Jasa Pelayanan (JP) untuk pelayanan laboratorium (Δ = -30% dan +30%), yang menunjukkan bahwa proporsi antara jasa sarana dan jasa pelayanan pada sistem RS untuk pelayanan penunjang berbeda cukup besar dari proporsi pada model Hani. Pada komponen JL Pelaksana dan JL Asisten, bobot RS untuk ketiga jenis pelayanan konsisten pada 45% dan 15%, sedangkan bobot Hani bervariasi menurut jenis pelayanan (50%/10% untuk visite dokter; 40%/20% untuk laboratorium) pola ini konsisten dengan penjelasan pada bagian 4.2 bahwa model Hani menyesuaikan bobot JL dengan karakteristik jenis pelayanan, sedangkan sistem RS tampak menerapkan proporsi JL yang relatif seragam lintas jenis pelayanan yang dianalisis.

Pola pada Tabel 2 juga sejalan dengan temuan pada bagian 4.2 bahwa proporsi JTL Struktural dan JTL Pegawai pada model Hani relatif konsisten (10% dan 30%) di seluruh jenis pelayanan yang dicontohkan dalam buku Hani (2019); kesamaan bobot yang ditemukan pada Tabel 2

Published by:
Training & Research Institute JERAMBA ILMU SUKSES

semata-mata terjadi pada dua komponen tersebut, bukan pada komponen JS, JP, JL Pelaksana, atau JL Asisten yang justru menjadi sumber utama perbedaan. Pola ini mengindikasikan bahwa apabila manajemen RS ke depannya mempertimbangkan penyelarasan sebagian struktur bobot dengan model Hani, komponen jasa tidak langsung berpotensi menjadi titik awal yang lebih mudah diselaraskan dibandingkan komponen jasa sarana, jasa pelayanan, maupun jasa langsung yang polanya lebih bervariasi antara kedua sistem.

Perbedaan bobot ini perlu dibaca sebagai hasil perbandingan pada tahap analisis yang tercantum dalam dokumen penelitian, bukan sebagai simpulan yang menyatakan salah satu sistem secara matematis lebih unggul. Sebagaimana dibahas pada bagian 4.3, kesetaraan jenis pelayanan dan komponen yang dibandingkan tetap menjadi syarat utama sebelum selisih bobot dimaknai secara manajerial.

5. Kesimpulan

Penelitian ini menunjukkan bahwa metode pembagian jasa pelayanan di RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya mengintegrasikan mekanisme pembobotan dan konversi dengan pengolahan overbilling klaim INA-CBG's, sedangkan model pembagian jasa pelayanan sistem konversi Hani (2019) berorientasi pada pembentukan nilai relatif (RVU) dan distribusi proporsional berdasarkan jasa langsung, jasa tidak langsung, dan indeks individu. Kedua sistem sama-sama menerapkan prinsip pembobotan dan pembedaan jasa langsung/tidak langsung, namun berbeda dalam orientasi, dasar pembentukan nilai, dan mekanisme distribusi jasa. Perbandingan bobot pada tiga jenis pelayanan yang dianalisis menunjukkan bahwa 12 dari 18 komponen memiliki bobot yang berbeda antara kedua sistem, sedangkan kesamaan bobot hanya konsisten ditemukan pada komponen jasa tidak langsung struktural dan pegawai. Model Hani (2019) lebih tepat digunakan sebagai benchmark evaluatif untuk menilai rasionalitas komponen dan bobot sistem rumah sakit, bukan sebagai pengganti sistem yang telah berjalan secara operasional.

Bagi manajemen rumah sakit, disarankan untuk memperjelas formula konversi, mendokumentasikan dasar penetapan setiap bobot, mengevaluasi ketentuan jasa minimum secara berkala, dan melakukan audit berkala terhadap penerapan sistem pembagian jasa pelayanan agar lebih transparan dan akuntabel. Bagi penelitian selanjutnya, disarankan menggunakan cakupan kasus yang lebih luas, membandingkan berbagai jenis pelayanan, memverifikasi kembali angka bobot RS terhadap database MediFee/SIMRS dan dokumen kebijakan RS terkini, serta menguji persepsi keadilan penerima jasa secara kuantitatif.

Penelitian ini memiliki keterbatasan, antara lain cakupan kasus yang terbatas pada satu rumah sakit dan satu model pembanding, cakupan perbandingan bobot yang baru mencakup tiga dari sembilan jenis pelayanan yang dibahas pada model Hani, belum tersedianya pengujian kuantitatif terhadap persepsi keadilan penerima jasa pelayanan, serta jumlah informan wawancara yang tidak dilaporkan secara terperinci dalam dokumentasi penelitian. Keterbatasan ini perlu menjadi perhatian dalam menafsirkan hasil penelitian maupun dalam merancang penelitian lanjutan.

Daftar Pustaka

Published by:

Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J., & Neville, A. J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. Oncology Nursing Forum, 41(5), 545–547. https://doi.org/10.1188/14.ONF.545-547

Ghazaryan, E., Delarmente, B. A., Garber, K., Gross, M., Sriudomporn, S., & Rao, K. D. (2021). Effectiveness of hospital payment reforms in low- and middle-income countries: A systematic review. Health Policy and Planning. https://doi.org/10.1093/heapol/czab050

Hani, T. M. (2019). Model pembagian jasa pelayanan di rumah sakit dengan metode konversi dan proporsi. Deepublish.

Hartono, B. B., Sulaeman, S., Nopianna, I., & Sari, K. (2019). Pengaruh sistem remunerasi terhadap motivasi kerja, kepuasan kerja dan dampaknya terhadap kinerja perawat. Jurnal Keperawatan Muhammadiyah, 4(2). https://doi.org/10.30651/jkm.v4i2.2740

Hartono, F., Afraininsyah, N., & Yurniwati. (2024). Analisis implementasi kebijakan sistem remunerasi jasa pelayanan di sebuah rumah sakit umum daerah. Jurnal Kesehatan Saintika Meditory, 7(2). https://doi.org/10.30633/jsm.v7i2.2919

Irianto, T. D. (2023). Model remunerasi jasa pelayanan yang berkeadilan bagi karyawan rumah sakit pemerintah daerah. Jurnal Ners, 7(2), 1459–1468. https://doi.org/10.31004/jn.v7i2.19200

Milstein, R., & Schreyögg, J. (2024). The end of an era? Activity-based funding based on diagnosis-related groups: A review of payment reforms in the inpatient sector in 10 high-income countries. Health Policy. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2023.104990

Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Prinja, S., Bahuguna, P., Singh, M. P., Guinness, L., Goyal, A., & Aggarwal, V. (2023). Refining the provider payment system of India's government-funded health insurance programme: An econometric analysis. BMJ Open, 13(10). https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-076155

Rahmawati, R., & Tanjung Sari, D. (2025). Perhitungan jasa pelayanan dengan metode proporsi-konversi di rumah sakit umum daerah Sijunjung. BENEFIT: Journal of Business, Economics, and Finance, 3(2), 2105–2121. https://doi.org/10.70437/benefit.v3i2.1437

RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya. (2024a). SPO ketentuan jasa medis DPJP utama, non utama dan jasa pelayanan pasien rawat inap dan rawat jalan pada pengolahan overbilling pasien BPJS Kesehatan.

RS Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Surabaya. (2024b). Keputusan Karumkit Bhayangkara H.S. Samsoeri Mertojoso Nomor KEP/20/V/2024 tentang perubahan atas keputusan tentang konversi pengolahan overbilling pasien rawat jalan dan rawat inap dengan penjamin BPJS Kesehatan.

Published by:

Santoso, A., Windiyaningsih, C., & Andarusito, N. (2023). Analisis formula jasa layanan perawat dalam sistem remunerasi di ruang rawat inap RSUD Berkah Pandeglang. Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia (MARSI), 7(1), 8–16. https://doi.org/10.52643/marsi.v7i1.2924

Zahra, D. A., & Wijaya, F. (2023). Pengaruh beban kerja, kompensasi, dan motivasi kerja terhadap kepuasan kerja karyawan di Restoran The White Clover Resto & Dine. Journal of Economics and Business UBS, 12(2), 822–837. https://doi.org/10.52644/joeb.v12i2.185

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Copyrights

Copyright for this article is retained by the author(s), with first publication rights granted to the journal.

This is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution license (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

Published by: