



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK PASIEN
RAWAT INAP PENYAKIT PARU JPK-GAKIN, ORANG
TERLANTAR, PANTI DAN SKTM DI DINAS KESEHATAN
PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

**ASIANTI YASMUARSIH
0806442701**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK PASIEN
RAWAT INAP PENYAKIT PARU JPK-GAKIN, ORANG
TERLANTAR, PANTI DAN SKTM DI DINAS KESEHATAN
PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2009**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Kesehatan Masyarakat

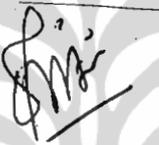
**ASIANI YASMUARSIH
0806442701**

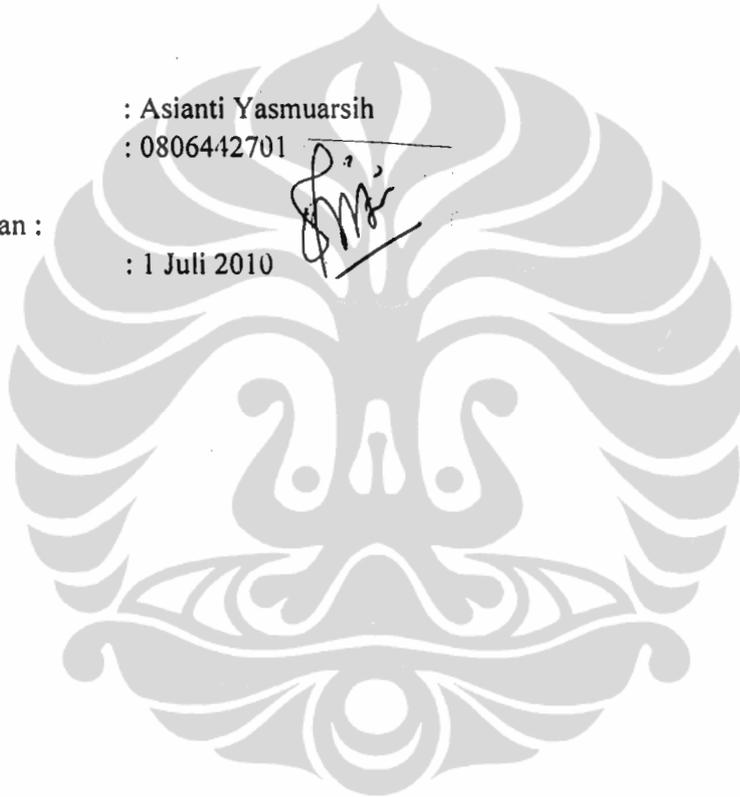
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
MANAJEMEN PELAYANAN KESEHATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK
JULI 2010**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar.

Nama : Asianti Yasmuarsih
NPM : 0806442701

Tanda Tangan : 
Tanggal : 1 Juli 2010



SURAT PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asianti Yasmuarsih

NPM : 0806442701

Mahasiswa Program : Pascasarjana

Tahun Akademik : 2008

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul:

DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK PASIEN RAWAT INAP PENYAKIT PARU JPK-GAKIN, ORANG TERLANTAR, PANTI DAN SKTM DI DINAS KESEHATAN PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2009

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 1 Juli 2010



Asianti Yasmuarsih

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Asianti Yasmuarsih

NPM : 0806442701

Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat

Judul Tesis : Determinan Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr.drg.Mardiati Nadjib, Msc ()

Penguji : Prastuti S. Chusnun, SE, MPH., Ph.D ()

Penguji : Pujiyanto, SKM, M.Kes ()

Penguji : Marlina Widyadewi, SE, M.Kes ()

Penguji : Endang Kartika Wahyuningsih, SKM, MM ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 1 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Dengan nama Allah yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang. Suatu kesyukuran penulis rasakan atas selesainya penulisan tesis ini dengan judul **“Determinan Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009 ”**. Dalam keterbatasan waktu, pemikiran dan kemampuan, Allah selalu memberikan kekuatan dan membuka jalan dalam penyelesaian penulisan tesis ini.

Penulis menyadari apa yang diuraikan dalam tesis ini tidak luput dari kekurangan atau kelemahan yang disebabkan oleh keterbatasan penulis sebagai manusia biasa, namun demikian penulis telah berusaha sedapat mungkin agar tulisan ini dapat dipertanggungjawabkan.

Disadari pula bahwa penulisan ini tidak dapat terlaksana tanpa bantuan dari dosen pembimbing. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang tak terhingga kepada **Ibu Dr.drg. Mardiati Nadjib, MSc**, yang ditengah kesibukannya, beliau masih memberi bimbingan, arahan dengan penuh kesabaran dan ketelitian hingga selesainya penulisan tesis ini.

Pada kesempatan ini tak lupa juga penulis mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada:

1. Bapak Drs. Bambang Wispriyono, Apt, PhD, Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
2. Bapak dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc, Ketua Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
3. Ibu Prastuti Suwondo Chusnun, SE, Ph.D sebagai penguji yang telah memberikan banyak masukan dalam hal analisis statistik dari alat yang digunakan sehingga dapat mempertajam analisis.
4. Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes yang telah bersedia menguji dan bersedia untuk membaca tulisan ini sehingga masukan yang berharga dapat penulis peroleh.

5. Ibu Marlina Widyadewi, SE, M.Kes sebagai penguji yang telah meluangkan waktu dan bersedia memberikan masukan yang berharga guna penyempurnaan tulisan ini.
6. Ibu Endang Kartika Wahyuningsih, SKM, MM sebagai penguji yang telah meluangkan waktu dan bersedia memberikan masukan yang berharga guna penyempurnaan tulisan ini.
7. Ibu drg. Yuditha, M.Kes yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian di Sub.Bid. Anggaran dan Perencanaan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.
8. Seluruh pegawai di Sub.Bid. Anggaran dan Perencanaan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta yang telah bersedia terlibat dalam penelitian ini.
9. Kepada semua pihak yang tidak dapat disebutkan satu persatu, yang telah banyak membantu penulis dalam menyelesaikan studi ini.

Terima kasih dan penghargaan yang tiada akhir kepada kedua orang tuaku tercinta H. M. Yasin dan Hj. Mumbariyatun yang tiada lelah selalu mendo'akan dan memotivasi penulis dalam menyelesaikan studi.

Kepada suami tercinta Endra Susetyo Kurniawan dan anak-anakku tersayang Allif Andra Saputro, Affif Andra Saputro, Allisa Putriandra Kurniawan serta saudaraku Mas Sis, Mas Pipit, Mas Ana, Subuh, Toni dan Aos terima kasih atas segala do'anya dan senantiasa menelepon untuk memberi motivasi kepada penulis.

Mungkin ada yang tidak bisa mengklaim memiliki pemahaman atas topik seperti dalam tulisan ini, oleh karena itu disambut semua saran dan kritikan dari pembaca.

Depok, Juli 2010

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asianti Yasmuarsih
NPM : 0806442701
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*) atas karya saya yang berjudul **Determinan Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Pasien Penyakit Paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM Di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009** beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di Depok
Pada Tanggal 1 Juli 2010
Yang Menyatakan



(Asianti Yasmuarsih)

**PROGRAM PASCASARJANA ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT UNIVERSITAS INDONESIA**

Tesis, Juli 2010

Asianti Yasmuarsih

**Determinan Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru
JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi
DKI Jakarta Tahun 2009**

xiv + 76 halaman + 3 tabel + 2 gambar

ABSTRAK

Biaya kasus katastrofik adalah biaya yang telah disetujui dan dibayarkan oleh Bapel/Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta ke PPK/rumah sakit dan memenuhi kriteria katastrofik untuk pelayanan kesehatan keluarga miskin dengan jumlah yang sesuai dengan BAP. Pasien dengan bencana di Jakarta terus meningkat dari tahun 2007 sampai 2009 dan diikuti oleh kenaikan biaya kasus bencana untuk tahun 2007 sebesar Rp.54.033.537.300, - menjadi Rp. 67.631.575.230, - pada tahun 2008 dan Rp. 112. 409. 277. 100, - pada tahun 2009. Penyakit Paru adalah urutan kedua penyakit yang paling bencana.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mendapatkan informasi tentang determinan biaya kasus bencana penyakit paru pada kasus pasien rawat inap miskin di Jakarta. Penelitian ini merupakan cross sectional. Data klaim biaya kasus bencana penyakit paru untuk perawatan pasien rawat inap di 40 rumah sakit di Jakarta tahun 2009 itu diperoleh, dan dilengkapi dengan sebuah penelitian kualitatif dalam 2 rumah sakit.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa umur, lama tinggal, jumlah tempat tidur, kepemilikan (pemerintah / swasta) berhubungan dengan biaya kasus bencana ($p < 0,005$). Biaya tertinggi kasus bencana ditemukan dalam kelompok umur 5-14 tahun sebesar Rp. 21.172.562, - dengan biaya terendah pada lama tinggal dalam kisaran 1-14 hari, sebesar Rp. 10.695.618, -. Biaya tertinggi ditemukan pada pasien di rumah sakit kelas D dengan biaya rata-rata sebesar Rp 37.488.990,-.

Disarankan untuk memperbaiki sistem informasi terkomputerisasi dalam menentukan biaya kasus bencana dan meningkatkan pemantauan verifikasi serta pengawasan manajemen klaim sesuai dengan pedoman.

Kata kunci: Biaya katastrofik, penyakit paru pasien miskin, JPK-Gakin dan SKTM

Daftar bacaan : 36 (1988 - 2010)

**PUBLIC HEALTH POSTGRADUATE PROGRAM
FACULTY OF PUBLIC HEALTH UNIVERSITY OF INDONESIA**

Thesis, July 2010

Asianti Yasmuarsih

Determinant Of The Catastrophic Cost Amongst The Poor With Pulmonary Case Inpatient Care in Jakarta, 2009

xiv + 76 pages + 3 tables + 2 pictures

ABSTRACT

The cost of catastrophic cases is the cost that meet the criteria of catastrophic for health services of the poor according to the standard, and have been approved and paid by insurer/payer (PHO). Patients with catastrophic in Jakarta continues to increase from year 2007 till 2009 and followed by increase the costs of catastrophic cases for the years of 2007 amounted to Rp.54.033.537.300, - to Rp. 67,631,575,230, - in 2008 and Rp. 112 409 277 100, - in the year 2009. Lung disease is the second most catastrophic disease.

The objective of this study is to obtain information on the determinant of the cost of catastrophic cases of pulmonary disease among poor inpatients cases in Jakarta. This study is a cross sectional. Data on claims of costs catastrophic cases of pulmonary disease for inpatients care in 40 hospitals in Jakarta in 2009 was obtained and completed with a qualitative study in 2 hospitals.

The result showed that age, length of stay, number of beds, ownership (public/private) are associated with the cost of catastrophic cases ($p < 0,005$). The highest costs of catastrophic cases found in age groups 5-14 years amounted to Rp. 21,172,562, - with length of stay in the range of 1-14 days, amounted to Rp. 10,695,618, -. The highest cost was found amongst the patient in class D hospital with average cost at Rp 37.488.990,-.

It is recommended to improve the computerized information system in determining the cost of catastrophic cases improve the verification and supervision monitoring of the claim management according to the guidelines.

Kata kunci: Catastrophic cost, Pulmonary disease patients poor, JPK-Gakin and SKTM

Daftar bacaan : 36 (1988 - 2010)

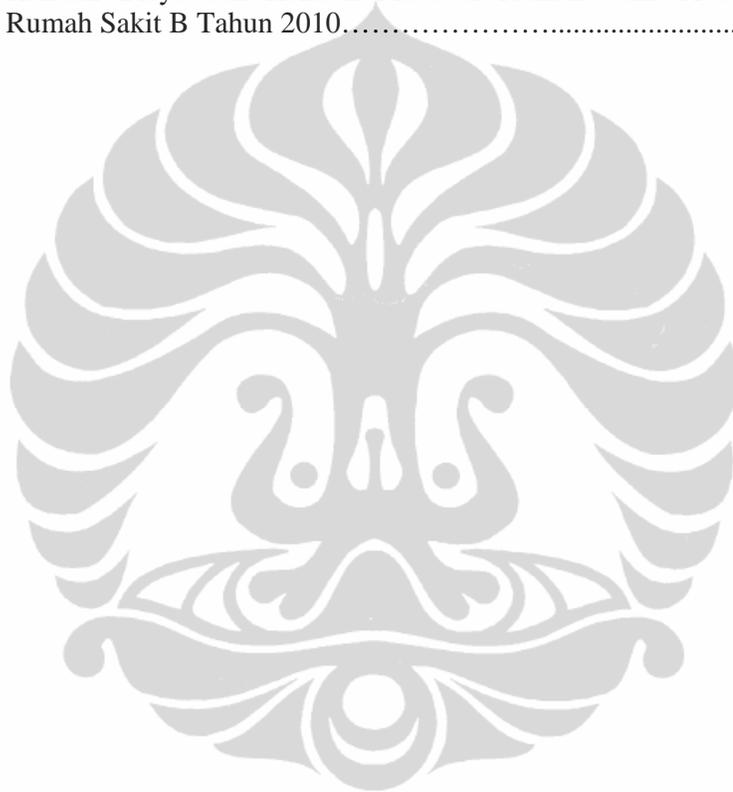
DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
KATA PENGANTAR.....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI.....	vi
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SINGKATAN.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	6
1.3 Pertanyaan Penelitian	6
1.4 Tujuan Penelitian	6
1.4.1 Tujuan Umum	6
1.4.2 Tujuan Khusus	6
1.5 Ruang lingkup.....	7
1.6 Manfaat Penelitian.....	7
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Biaya Kesehatan.....	8
2.2 Kerangka Teori.....	9
2.3 Faktor Yang Mempengaruhi Biaya Pelayanan Kesehatan	11
2.4 Kendali Biaya.....	12
2.5 Biaya Katastropik	15
2.6 Metode Pembiayaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan.....	16
2.7 Jaminan Pemeliharaan Kesehatan di Indonesia.....	18
2.8 Landasan Hukum	19
2.9 Jaminan Kesehatan Penduduk Miskin	20
2.10 Program JPK-Gakin di Pemda DKI Jakarta	21
2.11 Paket Pelayanan Esensial (PPE)	22
2.12 Manajemen Klaim	22
2.13 Rumah Sakit	25
2.14 Penyakit Paru	28
2.15 Analisis Bivariat	38
BAB 3 KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	39
3.1 Kerangka Konsep	39

3.2	Definisi Operasional.....	40
BAB 4	METODOLOGI PENELITIAN	43
4.1	Rancangan Penelitian.....	43
4.2	Waktu dan Lokasi Penelitian.....	43
4.3	Unit Analisis	43
4.4	Populasi, Sampel, dan Tehnik Pengambilan Sampel...	43
4.5	Tehnik Pengumpulan Data	44
4.6	Manajemen Data	45
4.7	Analisis Data	47
BAB 5	HASIL PENELITIAN	47
5.1	Karakteristik Pasien	47
5.2	Determinan Biaya Kasus Katastropik.....	50
5.3	Gambaran Kendali Biaya Kasus Katastropik di Rumah Sakit Terpilih	53
BAB 6	PEMBAHASAN	60
6.1	Keterbatasan Penelitian.....	60
6.2	Biaya Rata-Rata Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta	60
6.3	Determinan Biaya Kasus Katastropik	62
6.4	Kendali Biaya Kasus Katastropik di Rumah Sakit Terpilih	66
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	69
8.1	Kesimpulan	69
8.2	Saran.....	70
	DAFTAR PUSTAKA	72

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1	Distribusi Pasien Rawat Inap Penyakit Paru di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009.....	50
Tabel 5.2	Nilai Rata-Rata Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009	53
Tabel 5.3	Kendali Biaya dan Kendali Mutu di Rumah Sakit A dan Rumah Sakit B Tahun 2010.....	62



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Interaksi Faktor Genetik dan Lingkungan pada Kejadian Asma	34
Gambar 3.1	Kerangka Konsep	34



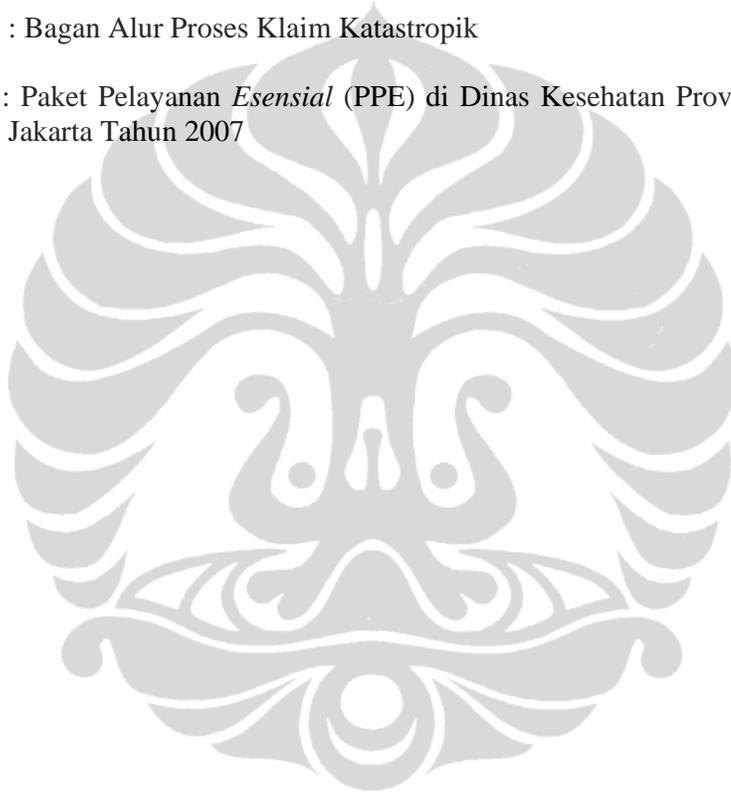
DAFTAR SINGKATAN

INA-DRG	= Indonesia <i>Diagnosis Related Group</i>
JPK-Gakin	= Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin
PPE	= Paket Pelayanan <i>Esensial</i>
SKTM	= Surat Keterangan Tidak Mampu



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Data klaim penyakit paru kasus katastrofik tahun 2009
Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta
- Lampiran 2 : Kuisisioner Determinan Biaya Kasus Katastropik Pasien Rawat Inap
Penyakit Paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di
Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009
- Lampiran 3 : Bagan Alur Proses Klaim Katastropik
- Lampiran 4 : Paket Pelayanan *Esensial* (PPE) di Dinas Kesehatan Provinsi DKI
Jakarta Tahun 2007



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Saat ini kita dituntut memiliki sumber daya yang berkualitas baik di bidang ideologi, politik, ekonomi, sosial dan budaya. Bidang kesehatan merupakan salah satu bidang yang tidak terlepas dari perhatian kita. Kesepakatan global yang dituangkan dalam Millenium Development Goals (MDG's) dari 8 tujuan yang dimiliki, dimana tiga diantaranya merupakan bidang kesehatan yaitu *pertama*, penurunan angka kematian anak, *kedua* meningkatkan kesehatan ibu dan *ketiga* memerangi HIV/AIDS, malaria dan penyakit menular lainnya (World Health Report 2003, WHO).

Hasil amandemen Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 tahun 2002 pasal 33 dan 34 ayat (1), (2) dan (3) mengamanatkan penyelenggaraan suatu jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia terutama bagi keluarga miskin dan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No.40 Tahun 2004 pasal 17 butir 4 menyatakan bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang tidak mampu dibayar oleh pemerintah. Undang-Undang (UU) Kesehatan No. 36 tahun 2009 menjelaskan tujuan pembangunan kesehatan yaitu meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya, sebagai investasi bagi pembangunan sumber daya manusia yang produktif secara social dan ekonomis. Kesadaran akan hal itu membuat pemerintah terus berupaya untuk meningkatkan taraf kesehatan bangsa Indonesia melalui Sistem Kesehatan yang memiliki tujuan diantaranya meningkatkan derajat kesehatan dan melindungi individu, kelompok dan masyarakat yang tidak mampu.(Dirjen.Bin.Pel.Med.Kementrian Kesehatan R.I, Nov.2006). Salah satunya adalah melalui peningkatan pelayanan kesehatan masyarakat miskin.

Data Kementrian Kesehatan pada tahun 2006 menyatakan bahwa hambatan pelayanan kesehatan masyarakat miskin adalah masalah pembiayaan kesehatan dan transportasi. Banyak faktor yang menyebabkan ketimpangan pelayanan kesehatan yang mendorong peningkatan biaya kesehatan. Diantara factor tersebut adanya perubahan pola penyakit, perkembangan tekhnologi kesehatan dan kedokteran, pola pembiayaan kesehatan berbasis pembayaran *out of pocket* (OOP) dan subsidi pemerintah untuk semua lini pelayanan, disamping inflasi di bidang kesehatan yang melebihi sektor lain. Selanjutnya, data pada tahun 2005, menunjukkan bahwa pada tahun 2000 merupakan titik puncak terjadinya

kenaikan inflasi sektor kesehatan, karena daya beli masyarakat sudah pada titik tertinggi. Pada tahun 2001 total biaya kesehatan turun menjadi 33,7 triliun dari sebelumnya 32,6 triliun, atau terjadi penurunan sebesar 2,97% (Kementrian Kesehatan, 2004). Total biaya kesehatan lebih banyak ditanggung oleh pihak swasta dan masyarakat dibanding pemerintah (30:70).

Berdasarkan World Health Report (2000), pengeluaran tunai (*out of Pocket*) masyarakat Indonesia untuk kesehatan sebesar US\$ 26, sedangkan pengeluaran untuk umum (*public*) hanya sebesar US\$ 21, hal ini berarti beban pendanaan kesehatan di Indonesia sebagian besar ditanggung oleh masyarakat melalui pengeluaran tunai untuk berobat. (Thabrany, 2005). Hasil ini sama dengan hasil penelitian Indonesia *Nasional Health Account*, 1995-2002. Dari data Bappenas (2008) menyatakan bahwa pada tahun 2004 sebagian besar (34%) pengeluaran dilakukan oleh masyarakat sendiri (*Out Of Pocket*), 29% oleh pemerintah pusat dan 2% oleh pemerintah provinsi. Hal tersebut terlihat juga pada data yang bersumber dari Kementrian Kesehatan tahun 2009 bahwa di rumah sakit pada pasien rawat inap sebanyak 61,9% cara pembayarannya melalui pembayaran langsung.

Penduduk DKI Jakarta mengalami masalah biaya kesehatan yaitu sebesar 35 – 40% dari 9 juta penduduk DKI Jakarta (<http://www.suarapembaruan.com> judul 35- 40 persen penduduk Jakarta butuh subsidi kesehatan, diunduh 4 Maret 2010) diiringi dengan rendahnya kepemilikan asuransi pelayanan kesehatan hanya 94,9 juta dari 230 juta (<http://bisnis.vivanews.com> , diunduh Selasa 17 Nov 2009). Saat ini perkembangan peserta jaminan kesehatan sangat kurang menggembirakan. Data Departemen Kesehatan tahun 2007 menyatakan bahwa cakupan kepesertaan jaminan pemeliharaan kesehatan nasional tahun 2005 menggambarkan perkembangan kepesertaan jaminan kesehatan baru mencapai 41% yang terdiri dari peserta JPK PNS 7%, JPK Jamsostek 1%, Asabri 1%, Asuransi Komersial 2%, Askeskin 29%, jadi masih 59% penduduk belum memiliki jaminan kesehatan. Dari rekapitulasi laporan Dinas Kesehatan Provinsi tahun 2006 menerangkan bahwa jumlah penduduk yang telah terjamin kesehatan dengan system jaminan kesehatan mencapai 45%, berdasarkan distribusinya cakupan JPK Prov. DKI Jakarta sebesar 42,7%. Sedangkan menurut data Susenas tahun 2008 jumlah penduduk dengan kepemilikan asuransi kesehatan di DKI Jakarta berjumlah 139.182 jiwa yang terdiri dari 12.586 jiwa Askeskin, 3.705 jiwa KKB, 9.624 jiwa kartu sehat, 113.267 jiwa kartu lainnya.

Berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 55 tahun 2007 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta melalui

anggaran APBD sejak tahun 2002 hingga saat ini menjamin biaya pelayanan kesehatan keluarga miskin di Provinsi DKI Jakarta. Selain itu, didalam Rencana Strategis Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2008 – 2013 (Renstra) bahwa pembiayaan pelayanan kesehatan keluarga miskin merupakan program prioritas pertama Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Terlihat pada laporan realisasi Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) JPK-Gakin tahun 2010 bahwa APBD sejak tahun 2008 sampai 2009 meningkat yaitu pada tahun 2008 sejumlah Rp. 279.997.742.017,- dan tahun 2009 sebesar Rp. 519.476.124.054,-.

Menurut data BPS tahun 2010, Penduduk miskin DKI Jakarta berjumlah 3.232.000 orang, sedangkan penduduk DKI Jakarta yang bersumber dari catatan sipil sampai dengan Desember 2009 berjumlah 8.523.157 orang. Artinya hampir sepertiga (37,9%) penduduk DKI Jakarta adalah penduduk miskin. Berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 55 tahun 2007 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta, Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta melalui anggaran APBD sejak tahun 2002 hingga saat ini menjamin biaya pelayanan kesehatan keluarga miskin di Provinsi DKI Jakarta. Jumlah keluarga miskin sejak tahun 2002 sampai dengan 2009 yang dijamin Pemerintah Provinsi DKI Jakarta terus meningkat, dari 100 gakin pada tahun 2002 hingga 281.463 gakin (Gakin, SKTM, Orang terlantar, Panti dan Bencana) tahun 2007, 353.670 gakin tahun 2008 dan 596.753 gakin di tahun 2009. Hal tersebut menunjukkan bahwa penduduk DKI Jakarta rentan terhadap guncangan-guncangan ekonomi maupun kesehatan yang membawa bencana (katastropik) dan menjerumuskan rumah tangga ke dalam kemiskinan.

Pembayaran katastrofik menurut *Ke Xu, World Health Organization (WHO)* tahun 2003 adalah pengurangan pengeluaran dasar rumah tangga pada satu periode untuk membayar tagihan rumah sakit untuk satu atau lebih dari anggota rumah tangganya. Sedangkan definisi biaya kasus katastrofik menurut Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2007 adalah biaya yang dibutuhkan untuk penanganan/tindakan medis pada kasus penyakit tertentu yang bersifat kronis dan membutuhkan penggantian biaya kesehatan cukup tinggi. Plafon biaya untuk kasus katastrofik akan ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Prov. DKI Jakarta sesuai dengan PPE (Paket Pelayanan *Esensial*).

Hal tersebut merupakan salah satu bentuk komitmen Pemda DKI Jakarta terhadap pelayanan keluarga miskin yang melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta dengan menerapkan program bagi pasien JPK-Gakin dan SKTM yang mengalami katastrofik dengan system paket pembiayaan PPE (Paket Pelayanan *Esensial*) ke dalam biaya kasus katastrofik.

Pasien dinyatakan katastropik jika *diagnose* tidak terdapat dalam PPE atau pembiayaan pelayanan kesehatan melebihi Paket Pelayanan *Esensial* (PPE). Laporan realisasi data peserta program JPK-Gakin tahun 2007 sd 2009 Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta menunjukkan bahwa jumlah kasus katastropik di Provinsi DKI Jakarta meningkat dalam kurun waktu 3 tahun yaitu 7.193 keluarga miskin (2,55% dari 281.463 keluarga miskin) pada tahun 2007, 9.842 keluarga miskin (2,7% dari 353.670 keluarga miskin) tahun 2008 dan 14.919 keluarga miskin (2,8% dari 596.753 keluarga miskin) pada tahun 2009. Kasus katastropik dengan biaya pelayanan kesehatan diatas seratus juta (Rp.100.000.000,-) juga terus meningkat sebanyak 46 % dari tahun 2008 (29 pasien) dan tahun 2009 (62 pasien).

Saat ini penyakit menular masih merupakan isu global. Salah satu contoh penyakit menular kronis adalah penyakit paru. Penyakit paru adalah penyakit dengan gejala seperti batuk-batuk, sesak napas, atau sakit di daerah dada. Yang termasuk dalam macam-macam penyakit paru adalah *Tuberkulosis (TBC)*, *Asma*, *Bronkitis*, *Pneumonia*, *PPOK*, *Emfisema*, *Kanker paru-paru*. *TB* menjadi masalah utama kesehatan di Indonesia dan sebagian besar negara-negara di dunia. Di Indonesia penyakit ini termasuk salah satu prioritas nasional untuk program pengendalian penyakit karena berdampak luas terhadap kualitas hidup dan ekonomi, serta sering mengakibatkan kematian. Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Kementerian Kesehatan tahun 1995 menunjukkan bahwa *Tuberkulosis* masih merupakan penyebab kematian utama, setelah penyakit jantung dan saluran pernapasan. Hasil survey oleh Direktorat Jendral Pemberantasan Penyakit Menular dan Penyehatan Lingkungan di lima rumah sakit propinsi di Indonesia (Jabar, Jateng, Jatim, Lampung dan Sumsel) pada tahun 2004 menunjukkan *PPOK* menempati urutan pertama penyumbang angka kesakitan (35%), diikuti *asma bronchial* (33%), *kanker paru* (30%) dan lainnya (2%) (Kementerian Kesehatan RI, 2004).

Sementara hasil Riskesdas DKI Jakarta tahun 2007 menunjukkan bahwa Prevalensi ISPA di Provinsi DKI Jakarta adalah 22,6% menurut wilayah penyakit *ISPA* tersebar di seluruh wilayah DKI dengan rentang prevalensi yang sangat bervariasi (24-38,9%) dan prevalensi tertinggi ditemukan di Kepulauan Seribu. Kasus ISPA yang berlarut-larut akan menjadi *pneumonia*. Prevalensi *pneumonia* adalah 1,7% (rentang 0,9 – 4,3%). Sedangkan penyakit TB klinis terdeteksi dengan prevalensi 1,3% tersebar di seluruh wilayah. Penyakit *Asma* diketemukan sebesar 2,9% penduduk DKI Jakarta dan *tumor/kanker* di DKI Jakarta ditemukan 7,4 per 1000 penduduk (prevalensi tersebut lebih tinggi dari prevalensi nasional yaitu 4,3 per 1000 penduduk). Terlihat pula bahwa Proporsi penduduk DKI Jakarta yang

merokok tiap hari sebesar 21%, hampir setengah penduduk DKI Jakarta (45,8%) kurang melakukan aktivitas fisik, 74,3% penduduk DKI Jakarta sering mengonsumsi makanan manis, sedangkan prevalensi sering mengonsumsi makanan asin ditemukan 27,8% dan sering mengonsumsi makanan berlemak sebesar 21,4% dan dari sepuluh indikator tunggal Perilaku Hidup Bersih dan Sehat (PHBS) yang terdiri dari enam indikator individu dan empat indikator rumah tangga, memperlihatkan proporsi rumah tangga yang memenuhi kriteria PHBS baik di provinsi DKI Jakarta sebesar 42,4%. Prilaku tersebut merupakan cikal bakal meningkatnya penyakit *kronis* contohnya *Paru, Diabetes, Hipertensi, Obesitas, Jantung*, dll (Kementrian Kesehatan, 2008). Data dari buku Jakarta dalam Angka tahun 1999 menunjukkan bahwa penyakit *pneumonia* berada dalam urutan ke tiga dalam jenis penyakit penyebab kematian. Penyakit paru merupakan penyakit terbanyak urutan kedua kasus katastrofik dalam biaya pelayanan kesehatan diatas seratus juta setelah penyakit *jantung* di Dinas Kesehatan DKI Jakarta.

Dari data Kementrian Kesehatan tahun 2009 perkembangan rumah sakit selama 10 tahun (1999 – 2008) bertambah 23,4% dari 1.111 menjadi 1.371 dengan jumlah tempat tidur 149.408. Peningkatan terbanyak pada sector swasta \pm 29,9% dari 518 pada tahun 1999 menjadi 673 pada tahun 2008. Makin banyak jumlah tempat tidur yang terpakai akan terkait dengan makin meningkatnya pemanfaatan kamar bedah maupun penunjang medis seperti radiologi, laboratorium, dll. Makin majemuknya jenis penyakit yang diderita maka makin tinggi pula pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan. Data Kementrian Kesehatan tahun 2009 rumah sakit di DKI Jakarta berjumlah 124 dengan jumlah tempat tidur 16.892. Penelitian yang dilakukan oleh *Feldstein* (1988) menyatakan bahwa salah satu faktor yang mempengaruhi biaya rata-rata pelayanan rumah sakit naik adalah jumlah tempat tidur terpasang, jenis penyakit yang diderita oleh pasien. Banyaknya jumlah tempat tidur dan kompleksnya penyakit yang diderita oleh penduduk miskin dan tidak mampu di DKI Jakarta akan mengakibatkan tingginya biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dibebankan oleh Pemerintah Daerah DKI Jakarta.

Berdasarkan permasalahan diatas, bervariasinya biaya kasus katastrofik atau pembiayaan pelayanan kesehatan yang melebihi Paket Pelayanan Esensial (PPE) menyebabkan Pemerintah Daerah DKI Jakarta melalui Dinas Kesehatan DKI Jakarta harus mempunyai gambaran sebenarnya biaya kasus katastrofik yang merupakan dampak dari penderita katastrofik. Dengan adanya penelitian ini dapat diperoleh gambaran monitoring

evaluasi kegiatan di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta sehingga dapat meningkatkan mutu layanan yang sekaligus dapat meningkatkan pelayanan kesehatan.

1.2. RUMUSAN MASALAH

Penderita biaya kasus katastrofik terus meningkat dari tahun 2007 sampai dengan 2009 yang diringi dengan peningkatan biaya kasus katastrofik yaitu pada tahun 2007 sebesar Rp.54.033.537.300,- menjadi Rp. 67.631.575.230,- tahun 2008 dan Rp. 112.409.277.100,- di tahun 2009, hal tersebut merupakan beban Pemda DKI Jakarta yang memiliki tanggung jawab untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu. Meningkatnya biaya kasus katastrofik merupakan ancaman ke depan karena biaya semakin meningkat sehingga kita harus mengetahui gambaran sebenarnya biaya kasus katastrofik di DKI Jakarta. Diharapkan gambaran tersebut akan memberikan informasi atau masukan bagi para pengambil keputusan tentang reformasi kebijakan yang *pro poor*.

Bervariasinya biaya kasus katastrofik dan banyaknya penderita penyakit paru yang membutuhkan pengobatan jangka panjang dan menimbulkan beban biaya yang sangat besar menyebabkan perlu diketahuinya berapa biaya rata-rata kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2009.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

Dari rumusan masalah diatas, maka dirumuskan pertanyaan penelitian yaitu apakah determinan biaya kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. Tujuan umum

Memperoleh determinan biaya kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

1.4.2. Tujuan khusus

1. Mengetahui besarnya biaya rata - rata kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

2. Mengetahui determinan biaya kasus katastrofik
3. Mendapatkan gambaran kendali biaya di rumah sakit terpilih

1.5. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Ruang lingkup penelitian ini adalah pasien rawat inap penyakit paru saja di rumah sakit wilayah DKI Jakarta yang menderita kasus katastrofik yaitu yang membutuhkan penanganan/tindakan medis pada kasus penyakit paru yang bersifat kronis dan membutuhkan penggantian biaya kesehatan cukup tinggi. Unit analisis individu yang akan diteliti data klaim biaya kasus katastrofik pasien rawa inap penyakit paru JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Jl. Kesehatan Raya No. 10 Jakarta pusat Seksi JPK-Gakin dan dilaksanakan pada minggu keempat bulan April sampai dengan minggu keempat bulan Mei 2010. Rancangan penelitian yaitu *cross sectional* menggunakan data sekunder yaitu data klaim biaya kasus katastrofik JPK-Gakin ,OT, Panti dan SKTM Dinas Kesehatan Provinsi tahun 2009 dan data primer dengan menggunakan kuisioner pada rumah sakit di DKI Jakarta.

1.6. MANFAAT PENELITIAN

1.6.1. Bagi Pemda DKI Jakarta khususnya Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

Sebagai salah satu bahan monitoring evaluasi dalam memberikan informasi atau masukan bagi para pengambil keputusan tentang reformasi kebijakan yang pro poor dan perencanaan pembiayaan dalam pembuatan kebijakan pelayanan JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM

1.6.2. Bagi rumah sakit sebagai salah satu bahan monitoring evaluasi kegiatan

1.6.3. Bagi peneliti, penelitian ini dapat dijadikan bahan dalam melihat determinan biaya kasus katastrofik JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM dengan menggunakan teori *Feldstein*.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. BIAYA KESEHATAN

Kementrian Kesehatan R.I, 2007 menerangkan bahwa pengertian biaya kesehatan dapat ditinjau dari 2 (dua) sudut, yakni dari sudut penyedia pelayanan kesehatan dan dari sudut pemakai jasa pelayanan kesehatan;

1. Biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan kesehatan (*health provider*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan. Ini merupakan tanggung jawab utama pemerintah dan atau pihak swasta, yakni pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan.
2. Biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Ini merupakan tanggung jawab utama para pemakai jasa pelayanan. Dalam batas tertentu, pemerintah juga turut bertanggung jawab terutama dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang tidak mampu.

Jadi pengertian pembiayaan kesehatan adalah pengelolaan seluruh modalitas dan sumber daya keuangan untuk penyelenggaraan dan pemanfaatan upaya kesehatan dalam rangka meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Pada saat ini, karena pengaruh berbagai faktor seperti inflasi, perubahan pola penyakit, perubahan pola pelayanan kesehatan, perubahan pola hubungan dokter pasien, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi kedokteran, perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi menyebabkan biaya kesehatan cenderung meningkat.(Kementrian Kesehatan, 2007).

Biaya pelayanan kesehatan mencakup dua aspek yaitu kecukupan dan pemanfaatan. Salah satunya yaitu aspek kecukupan, dapat menjelaskan apakah dana tersedia secara memadai (*adekuasi*), atau terjadi kekurangan dana. Sebaliknya, mungkin saja telah terjadi kecenderungan peningkatan biaya dari tahun ke tahun yang akan menyebabkan mahalnya harga jasa pelayanan kesehatan. Mengelola biaya pelayanan kesehatan mengandung pengertian bagaimana mengendalikan biaya pelayanan kesehatan sebaik-baiknya melalui cara-cara/*mekanisme* tertentu agar pelayanan dapat tersedia dengan *efisien* sekaligus berkualitas. (Kementrian Kesehatan, 2005).

Pembiayaan kesehatan di Indonesia semakin hari semakin besar, menurut Gani (1996) hal ini disebabkan oleh :

1. Meningkatnya jumlah penduduk
2. Masalah kesehatan yang terus semakin besar baik dari segi kuantitatif dan kualitatif. Terjadinya transisi epidemiologi dari penyakit infeksi ke arah degenerative atau penyakit non infeksi yang bisa disebabkan karena perubahan gaya hidup, lingkungan yang tidak kondusif (global warming) dan meningkatnya usia harapan hidup.
3. Perkembangan teknologi kesehatan yang semakin canggih
4. Meningkatnya demand penduduk terhadap pelayanan kesehatan yang lebih bermutu karena meningkatnya pendapatan dan tingkat pendidikan.

Di sisi lain, kemampuan pemerintah untuk menyediakan biaya kesehatan terbatas. Sementara kebutuhan pelayanan kesehatan semakin meningkat akan tetapi sumber daya financial semakin rendah.

Pembiayaan kesehatan di Indonesia bersumber pada pemerintah (APBN, APBD I, dan APBD II) dan masyarakat (rumah tangga, perusahaan dan asuransi/jaminan kesehatan). Dewasa ini alokasi pembiayaan kesehatan yang bersumber APBD di Indonesia menurut data tahun 2007 dari Ditjen Bina Administrasi keuangan Daerah Depdagri secara nasional baru 7%. Sementara itu bila dilihat dari PDB, pada saat ini besarnya pembiayaan kesehatan di Indonesia masih rendah, yaitu sebesar 2,4% *Produk Domestik Bruto (PDB)* atau sekitar US \$ 12-18 perkapita pertahun. Sementara *World Health Organization (WHO)* menyarankan pembiayaan kesehatan sekitar 5% - 8% dari *PDB* pada negara-negara anggotanya.

World Health Report 2002 menyatakan bahwa pembiayaan kesehatan Indonesia masih relative rendah jika dibandingkan dengan negara-negara Asean. Dari 10 negara-negara Asean, Indonesia menduduki peringkat ke 8 setelah Brunei (PDB 3,10%), urutan PDB pertama 8,10% yaitu negara Cambodia. Rendahnya pembiayaan kesehatan di Indonesia menjadi salah satu sebab yang menghambat kecepatan peningkatan derajat kesehatan masyarakat dan mutu sumber daya manusia (SDM).

2.2.KERANGKA TEORI

Berdasarkan model *Andersen* (1975), faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan ke dalam 3 kategori utama yaitu karakteristik *predisposisi*, karakteristik kemampuan dan karakteristik kebutuhan. Karakteristik *predisposisi* menggambarkan fakta bahwa setiap individu mempunyai kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan yang

berbeda-beda yaitu jenis kelamin, umur, pekerjaan. Karakteristik kemampuan adalah keadaan atau kondisi yang membuat seseorang mampu untuk melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan yaitu sumber daya masyarakat yang termasuk jumlah sarana pelayanan kesehatan yang ada. Karakteristik kebutuhan merupakan komponen yang paling langsung berhubungan dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan adalah hasil pemeriksaan dan penentuan diagnosis penyakit oleh dokter.

Model *Zschock* (1979), dari 4 faktor (faktor status kesehatan, pendapatan dan pendidikan, faktor konsumen dan PPK, faktor kemampuan dan penerimaan pelayanan kesehatan, faktor resiko sakit dan lingkungan) yang mempengaruhi seseorang menggunakan pelayanan kesehatan, faktor konsumen dan PPK menyatakan provider sebagai pemberi jasa pelayanan mempunyai peranan yang lebih besar dalam menentukan tingkat dan jenis pelayanan yang akan dikonsumsi bila dibandingkan dengan konsumen sebagai pembeli jasa pelayanan. Hal ini sangat memungkinkan provider melakukan pemeriksaan dan tindakan yang sebenarnya tidak diperlukan bagi pasien.

Menurut *Andersen dan Anderson* (1979) menyatakan dari tujuh kategori (model demografi, model struktur social, model social psikologis, model sumber keluarga, model sumber daya masyarakat, model organisasi dan model system kesehatan) berdasarkan tipe dari variable bahwa model organisasi yang mencerminkan perbedaan bentuk-bentuk system pelayanan kesehatan dan model system kesehatan merupakan faktor yang menentukan dalam utilisasi pelayanan kesehatan.

Saat ini didalam situasi kompetisi yang ketat, peranan pembiayaan dalam menyediakan layanan di rumah sakit sangat penting. Hanya rumah sakit yang dapat menyediakan layanan yang bermutu dengan pembiayaan yang relative rendah dapat unggul. Oleh karena itu perlu diketahui beberapa factor yang diasumsikan terkait erat dengan biaya layanan rumah sakit. Menurut *Feldstein* (1988) hubungan antara biaya rata-rata layanan di rumah sakit dengan factor-faktor tertentu adalah sebagai berikut :

$$BRL = f (TT, FL, JP, M, DP, PU, E, P, L)$$

dimana :

- BRL = Biaya rata-rata layanan yang dapat diukur dengan biaya perhari rawat atau biaya per admisi
- TT = Jumlah tempat tidur terpasang
- JP = Jenis penderita menurut klasifikasi diagnosis
- M = Mutu layanan yang dapat diukur dengan tindakan dan/atau pemeriksaan

- penunjang yang dilakukan
- DP = Derajat beratnya penyakit yang dapat diukur dengan jumlah operasi yang dilakukan
- PU = Penyesuaian rumah sakit berdasarkan upah yang diberikan kepada tenaga rumah sakit
- E = Tingkat efisiensi layanan
- P = Program pendidikan yang dilakukan di rumah sakit
- L = Faktor lain seperti jumlah penderita rawat jalan dan lain – lain.

2.3. FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BIAYA PELAYANAN KESEHATAN

Kebutuhan pelayanan kesehatan bagi konsumen memiliki dua alasan menurut *Grossman (1977)* yaitu :

1. Pelayanan kesehatan merupakan suatu komoditas konsumsi dimana akan membuat konsumen merasa lebih sehat
2. Pelayanan kesehatan juga merupakan suatu komoditas investasi. Bahkan dengan menurunnya jumlah hari sakit maka waktu kerja ataupun waktu untuk aktivitas lain dapat ditingkatkan. Jadi dengan adanya investasi sehat merupakan value dari menurunnya jumlah hari sakit.

Menurut *Callan dan Yeager (1991)* di Amerika, timbulnya biaya kesehatan yang tinggi disebabkan oleh :

1. Teknologi adalah sesuatu yang mahal. Biaya riset dan pengembangan obat-obatan baru serta alat diagnostic membuat teknologi menjad mahal.
2. Provider khususnya dokter dihadapkan pada kemungkinan timbulnya malpraktek dan diperlukan biaya yang besar untuk asuransi malpraktek yang dibebankan pada pasien sebagai biaya pelayanan kesehatan
3. Untuk menghindari kemungkinan malpraktek, para dokter sering melakukan tindakan penunjang yang terkadang mahal guna menegakkan diagnose dan tercapainya terapi.
4. Rumah sakit sebagai provider yang melayani jasa dokter juga berusaha untuk meminimalkan malpraktek ini dengan cara beberapa pemeriksaan ataupun pelayanan yang diasuransikan dan ada yang harus dibayar langsung oleh konsumen.

Hal tersebut diatas menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi mahal, belum lagi bila disertai dengan penyelenggaraan yang tidak efisien. Dibanyak negara khususnya Amerika, penggunaan pelayanan kesehatan yang berlebihan sudah menjadi keprihatinan semua pihak.

Penggunaan yang berlebihan antara lain adalah adanya operasi yang berlebihan, perawatan rumah sakit (*length of stay*) yang lama dan meningkatnya penggunaan alat canggih.(Sulastomo, 1989). Hal lain yang perlu dipertimbangkan adalah laju inflasi biaya pelayanan kesehatan yang tinggi (Gani, 1996).

Pelayanan kesehatan yang kurang menguntungkan (tidak efisien) dapat ditandai dengan (*Callan dan Yeager, 1991*) adalah sebagai berikut :

1. Adanya kecenderungan kenaikan iuran biaya pelayanan kesehatan bila berupa asuransi. Bila system reimbursement tampak adanya kenaikan biaya secara mutlak.
2. Adanya penurunan dari pelayanan kesehatan yang diberikan dimana provider memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan iuran (pelayanan kesehatan berupa asuransi) yang akan menimbulkan ketidak puasan konsumen
3. Pelayanan kesehatan yang tumpang tindih
4. Peningkatan demand pelayanan kesehatan.

2.4. KENDALI BIAYA

Menurut Kementerian Kesehatan R.I, 2007 kendali biaya dapat diartikan upaya penataan sub system pembiayaan melalui cara-cara untuk mencapai efisiensi pengeluaran biaya dengan tetap memeperhatikan efektifitas atau mutu pelayanan. Kendali biaya perlu dilakukan karena :

1. Biaya kesehatan terus meningkat
2. Tidak “*cost based*”, fragmented masing-masing program
3. Agar terwujud kesetaraan dalam pembiayaan kesehatan (*fair financing*)
4. Inflasi kesehatan yang rata-rata 2 -3 kali lebih tinggi dari inflasi umum.

Upaya kendali biaya perlu dilakukan agar mendorong Bapel, PPK dan Peserta melaksanakan pengelolaan keuangan yang cermat. Biaya – biaya kesehatan cenderung meningkat karena :

1. Insentif bagi provider dan konsumn yang sudah melaksanakan efisiensi
2. Tata laksana pasien kurang koordinasi dan integrasi
3. Hambatan peraturan
4. *Ekspektasi* masyarakat berlebihan parallel dengan perilaku tidak sehat
5. Tekhnologi kesehatan yang canggih
6. Pergeseran penyakit kearah *kronis degenerative*
7. Alternatif asuransi swasta yang “*fee for service*”

8. Sumber daya berlebihan di daerah tertentu
9. Pelayanan berlebihan
10. Penipuan, pemborosan (*fraud and abuse*)
11. Kurang data untuk mewujudkan pelayanan yang “*cost effective*”

Dalam konsep jaminan kesehatan, kendali biaya dilakukan oleh Badan Penyelenggara (Bapel) dengan penyelenggaraan fungsi-fungsi manajemen bapel dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) pada seluruh upaya pelayanan. Kendali biaya dilakukan sebelum transaksi melalui perencanaan, selagi transaksi dilakukan melalui pencatatan/monitoring serta sesudah transaksi dilakukan melalui pelaporan/evaluasi.

Kendali biaya dilakukan dengan beberapa cara :

1. Pengaturan penggunaan paket (*design paket pelayanan*);”*cost sharing*”, limit maksimum pembayaran, koordinasi benefit, system insentif/disinsentif, preadmission, dll.
2. Kontrol terhadap pembayaran ; yakni pengawasan terhadap pembayaran PPK dan pengawasan pengeluaran administrasi
3. Pemantauan utilisasi (“*Utilization Review*”)
4. Perasat kendali mutu pemeliharaan kesehatan

Untuk mengendalikan biaya dan mutu pelayanan kesehatan dilakukan pada kedua sisi yaitu pada sisi “*supply*” yakni pemberi pelayanan kesehatan (PPK/Provider) bersamaan dengan pengendalian pada sisi “*demand*” yakni pengguna pelayanan kesehatan (“*consumer*”).

1. Pengendalian pada sisi “*supply*”

Pengendalian dapat dilakukan dengan beberapa cara antara lain :

a. Peningkatan *efisiensi*

- *Effisiensi teknis*

Hal ini dapat dilakukan terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan. Untuk melakukan investasi peralatan canggih perlu dilakukan dengan perhitungan yang matang, karena apabila utilisasi dari alat tersebut rendah berarti terjadi inefisiensi.

- *Effisiensi ekonomi*

Penggunaan input yang biayanya rendah. Hal ini dapat dilakukan terhadap obat, alat kesehatan dan ketenagaan.

- b. Sitem pembayaran
Sistim pembayaran prospektif kepada PPK akan mengendalikan kecenderungan *supply induce demand*, yakni kecenderungan mendorong tingkat penggunaan utilisasi pelayanan kesehatan apabila PPK masih dibayar tunai.
 - c. *Standarisasi* pelayanan
Standarisasi pelayanan secara medis dan standarisasi pelayanan administrasi. Tanpa standar yang jelas, akan sulit memprediksi dan mengendalikan biaya artinya ketidak pastian akan semakin besar karena sifat dari pelayanan kesehatan adalah kebutuhan yang tidak dapat diprogramkan.
 - d. Pembinaan, promosi dan penyuluhan kesehatan
2. Pengendalian pada sisi “*demand*”
- a. *Eksklusi dan limitasi*
Eksklusi adalah jenis-jenis pelayanan yang tidak ditanggung/tidak termasuk dalam paket standar pelayanan. *Limitasi* adalah pembatasan penggunaan jenis pelayanan tertentu.
 - b. *Cost sharing*
Adalah membebankan pasien sebagian dari biaya pelayanan.
 - c. Identifikasi *epidemiologi* dan *demografi*
Merupakan faktor kendali biaya karena dapat dibuat pola perencanaan pelayanan kesehatan yang akurat.

Menurut waktu pelaksanaannya kendali biaya dilakukan sebelum transaksi melalui perencanaan (*prospective*), selagi transaksi di lakukan melalui pencatatan/monitoring (*concurrent*) serta sesudah transaksi dilakukan melalui pelaporan/evaluasi (*retrospective*).

- 1. Secara *Prospective*
 - a. Mengadakan ikatan kerja sama dengan PPK yang bermutu dan sadar biaya
 - b. Membayar PPK dengan cara kapitasi
 - c. Pembayaran secara tariff yang lebih rendah dari tariff untuk umum (*discounted fee*)
 - d. Pre admission screening yaitu bapel dapat turut menentukan perlu tidaknya dirawat inap
 - e. Second opinion.

- f. Kesepakatan Bapel dan PPK untuk mengikuti standard pelayanan sesuai standar pelayanan medic
 - g. Dokter keluarga
2. Secara *Concurrent*
- a. Turut memantau peserta ang sedang dirata di rumah sakt bersama dengan dokter yang menangani, untuk mamastikan pelayanan yang diberikan tidak berlebihan.
 - b. Length of Stay (LOS) adalah rumah sakit turut menentukan dan perlu dipantau biaya pemeliharaan kesehatan yang harus dikeluarkan dan memantau Los sesuai dengan diagnose dan rencana perawatannya sehingga tidak ada hari rawat yang tidak perlu.
3. *Retrospective*
- a. Analisa dari laporan pelayanan kesehatan bserta analisa dari klaimatau pengeluaran untuk pelayanan tersebut
 - b. Verifikasi oleh Bapel dan disesuaikan dengan harga pelayanan yang telah disepakati
 - c. Untuk jumlah peserta yang tidak mencapai sampai 500 orang, Bapel mengadakan kontrak dengan perusahaan reasuransi.

2.5. BIAYA KATASTROPIK

Menurut kamus britanika, 2009 menerangkan katastrofik adalah mala petaka/bencana alam sedangkan menurut <http://www.wikipedia.com>, diunduh 17 November 2009 menyatakan katastrofik adalah suatu keadaan yang dapat menimbulkan kematian, habis atau hilangnya sebagian besar harta benda dan dapat menimbulkan cacat atau hilangnya anggota tubuh.

Saat ini pembiayaan kesehatan masih didominasi oleh OOP. Pengaruh belanja kesehatan *out of pocket* (OOP) akan menyebabkan belanja kesehatan yang katastrofik (*WHO* 2000, *WHO* 2005b). Ada 3 faktor yag dapat mempengaruhi suatu rumah tangga mengalami belanja katastrofik yaitu pelayanan kesehatan yang dibayar dengan OOP (*out of pocket*), rendahnya *CTP* (*capacity to pay*) dan lemahnya mekanisme prepayment untuk risk pooling (*WHO*, 2005). Apabila pendanaan kesehatan masih didominasi oleh OOP dengan diiringi oleh angka harapan hidup meningkat dan penyakit kronik menjadi penyebab kematian utama, maka akan meningkatnya rumah tangga yang mengalami katastrofik.

Menurut Mahlil, 2007 belanja kesehatan katastrofik merupakan salah satu yang harus dilindungi oleh negara dalam sebuah kebijakan sistem kesehatan. Belanja katastrofik ini digunakan sebagai indikator menilai kinerja sebuah sistem kesehatan dalam pendanaan kesehatan selain equity (regresif atau progresif). Masyarakat yang tergolong miskin atau tidak mampu atau yang hampir miskin akan semakin miskin atau jatuh miskin apabila pemerintah tidak memperhatikan belanja kesehatan katastrofik ini. Sesuai undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009 Bab IV Pasal 6 ayat 1 huruf b tentang Rumah Sakit yang menyatakan bahwa pemerintah dan pemerintah daerah bertanggung jawab untuk menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit bagi fakir miskin atau orang tidak mampu sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan. (Kementrian Kesehatan, 2009).

Van Damme dkk (2004) meneliti di Kamboja terhadap 72 rumah tangga yang terjangkit *Dengue* menunjukkan bahwa pembayaran dengan *OOP* tiga kali lebih besar biaya kesehatan rawatan di fasilitas swasta dibandingkan rumah sakit pemerintah. Sedangkan *Karan dan Garg* (2005) menganalisis data hasil survey pengeluaran konsumsi di India menunjukkan bahwa total pengeluaran rumah tangga, lebih banyak anak, lebih tinggi usia, pendidikan kepala rumah tangga dan pekerjaan signifikan sebagai determinan *OOP* dan belanja kesehatan.

Kawabata, Xu dan Carrin (2002) menganalisis biaya kesehatan katastrofik pada 60 negara menunjukkan bahwa rumah tangga kelompok terbawah yang paling besar proporsinya dalam mengeluarkan biaya kesehatan katastrofik. Mereka juga mengidentifikasi beberapa determinan rumah tangga yang belanja kesehatan katastrofik adalah penghasilan, usia anggota rumah tangga, rumah tangga yang memiliki usia tua, cacat dan anggota keluarga yang berpenyakit kronis (Mahlil, 2007). Artinya penduduk yang tergolong miskin dan tidak mampu lebih rentan terhadap kasus katastrofik.

2.6. METODE PEMBIAYAAN JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN

Bila kita mengupas metode pembiayaan jaminan pemeliharaan kesehatan, maka tidak akan terlepas pada bagaimana perkembangan system pembiayaan kesehatan menurut Sorkin, 1991, adalah sebagai berikut :

Charity, metode ini banyak dilakukan pada abad perindustrian di Eropa seputar abad 18 dan 19, dimana institusi rumah sakit banyak menolong orang-orang miskin dan tidak mampu. Mereka dibantu oleh para donator dan pelayanan yang diberikan bersifat kuratif dan

preventif. Kebanyakan rumah sakit ini berawal dari dana yang dikelola gereja atau misi social yang memberikan kontribusi 15% dari total biaya operasional.

Personal payment, Direct Payment, metode ini adalah pelayanan kesehatan yang dapat diberikan langsung dari provider kepada pasien atau sebaliknya pasien dapat membayar jasa yang diberikan. Cara ini merupakan hal yang paling banyak dan populer dilakukan terutama di negara Asia dan Afrika. Dan bagi provider cara pembayaran ini sangat menguntungkan. (Roemer, 1971)

Industri, metode ini banyak dipakai diberbagai negara kapitalis, sosialis dan Negara berkembang. Seperti di Amerika dalam industry perminyakan ternyata para pekerjanya jauh lebih sehat dibandingkan kesehatan rata-rata penduduk di Negara bersangkutan. Karena mereka melakukan Personal Preventive, sanitasi lingkungan selain pengobatan. Hal ini dilakukan karena didalam industry, pekerja yang sehat akan banyak memberikan produktifitas dan hari kerja yang penuh dibandingkan pekerja yang tidak sehat.

Asuransi, bertujuan untuk memberikan perlindungan atas kerugian keuangan yang ditimbulkan oleh peristiwa yang tidak diduga sebelumnya. Asuransi kesehatan hakekatnya merupakan pelimpahan resiko oleh tertanggung kepada penanggung agar kerugian keuangan yang diderita tertanggung dijamin oleh penanggung. Resiko yang dilimpahkan adalah kerugian financial yang diderita oleh tertanggung. Sebagai imbalan atas santunan kesehatan, tertanggung membayar iuran kepada penanggung secara berkala sesuai dengan jangka waktu yang telah ditentukan.

Menurut Kementrian Kesehatan R.I, 2007 menerangkan bahwa didalam bentuk pembayaran jasa dalam pelayanan kesehatan, ada dua bentuk pembayaran yaitu cara pembayaran langsung dan cara pembayaran melalui pihak ketiga. Cara pembayaran langsung dikenal dengan *out of pocket* yaitu pembayaran konsumen membayar langsung kepada PPK. Ada 3 jenis cara pembayaran melalui pihak ketiga yaitu sistim ganti rugi (hubungan PPK dengan pasien terjadi scara langsung, lalu pasien mendapat penggantian biaya dari bapel), sistim tagihan PPK (PPK dibayar oleh Bapel, pasien membayar premi ke bapel namun tidak mengajukan tagihan) dan sistim pembayaran di muka (*prospective payment*). Sistim pembayaran di muka melakukan penataan terpadu antara sub system pembiayaan dan sub system pelayanan kesehatan dan dikenal sebagai system pelayanan kesheatan terkendali (*manage care*) yang saat ini dinakan jamianan pemeliharaan kesehatan (JKP). Dengan sistim JPK, dapat diterapkan kendali biaya, kendali mutu dan kendali pemenuhan kebutuhan kesehatan konsumen.

Kementrian Kesehatan R.I, 2007 menyatakan bahwa dalam penyelenggaraan JPK, pola pembayaran kepada PPK hendaknya memperhatikan 7 karakteristik JPK yaitu :

1. Pembayaran kepada PPK dilakukan secara pra upaya
2. Adanya mekanisme bagi hasil dan bagi resiko antara Bapel dan PPK
3. Adanya ikatan kerja sama antara peserta dengan Bapel dan antara Bapel dengan PPK
4. Paket pelayanan bersifat paripurna yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative
5. Dilakukan upaya pengendalian mutu baik oleh PPK maupun oleh Bapel
6. Adanya penanganan keluhan, baik keluhan peserta maupun PPK
7. Dilakukan pemantauan terhadap pemanfaatan/utilisasi pelayanan kesehatan.

Pembayaran pra upaya kepada *provider* dalam JPK dapat diartikan sebagai pembayaran di muka. Pengertian pembayaran ditetapkan dimuka adalah PPK akan menerima sejumlah imbalan yang besarnya sesuai dengan diagnose penyakit, apapun yang dilakukan terhadap pasien yang bersangkutan, termasuk lamanya perawatan rumah sakit. Bentuk pra upaya antara lain *DRG*, *Case payment*/tariff paket, dll. Sistem *Case Payment*/Tariff paket adalah suatu bentuk imbalan jasa kepada PPK yang diberikan berdasarkan kelompok tindakan/pelayanan kedokteran. Dengan diterapkannya tariff paket, maka terbuka upaya *efisiensi* melalui *insentif* keuangan. Disamping juga terjadi penyederhanaan administrasi yang cukup bermakna.

2.7. JAMINAN PEMELIHARAAN KESEHATAN DI INDONESIA

Program jaminan kesehatan merupakan salah satu upaya kesehatan yang sedang dikembangkan oleh pemerintah untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat. Program dikembangkan dengan tujuan yaitu merubah pola pembayaran yang biasanya dibayar setelah pelayanan diberikan dan pelayanan kesehatan yang diterima secara komprehensif.

Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat/JPKM (Pasal 66 UU No.23/1992) adalah suatu cara penyelenggaraan pemeliharaan kesehatan yang paripurna berdasarkan azas usaha bersama dan kekeluargaan, yang berkesinambungan dan dengan mutu yang terjamin serta pembiayaan yang dilaksanakan secara pra upaya.

2.8. LANDASAN HUKUM

Landasan hukum dalam pengembangan pembiayaan dan jaminan kesehatan didasarkan pada beberapa landasan hukum yang ada yaitu :

2.8.1. Undang – undang Dasar 1945

Sebagai hak fundamental dari setiap orang, kesehatan yang merupakan bagian dari hak asasi setiap orang, wajib dijaga dan disediakan oleh negara. Hak asasi manusia dalam konstitusi negara telah diamanatkan kepada negara untuk mensejahterahkan rakyat yang diatur dalam beberapa pasal yaitu :

a. Pasal 28 H

Ayat 1 : Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir bathin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Ayat 3 : Setiap orang berhak atas jaminan social yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

b. Pasal 34

Ayat 1 : Fakir miskin dan anak terlantar dipelihara oleh negara

Ayat 2 : Negara mengembangkan system jaminan social bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.

Ayat 3 : Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

2.8.2. Undang – undang No. 25 Tahun 2004 tentang Sistem Perencanaan Pembangunan Nasional (SPPN) dan Peraturan Presiden No. 7 Tahun 2005 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN).

Salah satu dari arah kebijakan yang ada yaitu diarahkan untuk pemenuhan hak atas layanan kesehatan. Agar sasaran dan arah kebijakan tersebut dapat dicapai, maka ditetapkan beberapa program pembangunan. Program pembangunan untuk pemenuhan hak atas layanan kesehatan salah satunya yaitu program kebijakan dan manajemen pembangunan kesehatan dengan mengembangkan suatu upaya peningkatan jaminan pembiayaan kesehatan masyarakat secara kapitasi dan pra upaya terutama bagi penduduk miskin yang berkelanjutan.

2.8.3. Undang – undang No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional

Di dalam UU No. 40/2004 ini pemerintah berkewajiban dan mempunyai tanggung jawab untuk mengembangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional untuk kesejahteraan rakyat.

SJSN ini pada dasarnya merupakan program negara yang bertujuan member kepastian perlindungan dan kesejahteraan social bagi seluruh rakyat Indonesia untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar yang layak.

Prinsip-prinsip SJSN yaitu prinsip kegotong royongan, prinsip nirlaba, prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisien dan efektif, prinsip portabilitas, prinsip kepesertaan bersifat wajib dan prinsip dana amanat. Adapun jenis program yang akan dilaksanakan melalui SJSN adalah jaminan kesehatan, jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension dan jaminan kematian.

2.8.4. Keputusan Menteri Kesehatan No. 331/Menkes/SK/V/2006 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan 2005 – 2009.

Untuk mewujudkan Visi “Indonesia Sehat 2010” dan misi “Membuat Rakyat Sehat” ada 4 strategi utama yaitu menggerakkan dan memberdayakan masyarakat untuk hidup sehat, meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang berkualitas, meningkatkan surveilans, monitoring dan evaluasi serta meningkatkan pembiayaan kesehatan. Salah satu dari 3 sasaran utama dalam peningkatan pembiayaan kesehatan adalah terciptanya system jaminan pembiayaan kesehatan terutama bagi masyarakat miskin.

2.9. JAMINAN KESEHATAN PENDUDUK MISKIN

Berawal dari dana sehat awal tahun 1970'an yang tidak bisa dikatakan murni sebagai kearifan (ide) bangsa Indonesia karena upaya yang sama juga terjadi di negara-negara maju di Eropa dan Amerika dimulainya upaya perhimpunan (pooling) dana masyarakat dalam bentuk yang paling sederhana.

Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang kesehatan mencantumkan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM) yang mengambil ide *Health Maintenance Organization (HMO)*. Tahun 1990 Kementerian Kesehatan mengeluarkan buku pedoman untuk menumbuh kembangkan dana sehat menjadi JPKM. Dengan tidak adanya pengetahuan, pengalaman dan bimbingan dari professional yang memahami asuransi kesehatan, upaya yang dilakukan tidak membuahkan hasil.

Tahun 1997 pada saat Indonesia menderita krisis, untuk mencegah terjadinya kerusakan system yang sudah dibangun, berkembang menjadi upaya jaring pengaman di bidang kesehatan dikenal dengan istilah program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPSBK) yang ditumpangi dengan keinginan mengembangkan JPKM yang kemudian

berdinya 280 pra bapel di seluruh Kabupaten. Pra bapel berkewajiban mengembangkan JPKM dengan dana pinjaman ADB sebesar US\$ 300 juta. Upaya ini tidak membuahkan hasil.

Tahun 2002 dari PDPSE (Program Dana Pengalihan Subsidi energy) berganti nama dengan PKPS BBM (Program Kompensasi Pengalihan Subsidi Bahan Bakar Minyak), di bidang kesehatan, pengalihan subsidi BBM sesungguhnya tidak besar karena jumlahnya hanyalah sedikit kurang dari Rp 1 triliun pertahun. Saat ini Depkes telah mengembangkan system Jamkesmas sebagai pelayanan kesehatan bagi penduduk miskin.

Tahun 2005, berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241 tahun 2004, pemeliharaan kesehatan kepada masyarakat miskin dilaksanakan secara nasional. PT. Askes sebagai pengelola Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin terhitung 1 Januari 2005.

2.10. PROGRAM JPK-GAKIN DI PEMDA DKI JAKARTA

Peraturan Gubernur Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta No. 55 tahun 2007 tentang Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta dan sebagai komitmen terhadap pelayanan publik khususnya bagi masyarakat miskin, maka Pemerintah Provinsi DKI Jakarta mengembangkan suatu Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi keluarga miskin yang disingkat menjadi sistem JPK-Gakin yang dibiayai oleh Pemerintah Provinsi DKI Jakarta, yang merupakan program prioritas dan masuk ke dalam *Dedicated Program*. Sistem JPK-Gakin adalah suatu sistem jaminan kesehatan yang menggunakan pendekatan konsep “Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat” (JPKM) atau dikenal dengan “Asuransi Kesehatan dengan biaya terkendali” (*Managed Health Care*). Dalam penerapannya sistem JPK-Gakin melibatkan interaksi tiga pihak (Tri Partit) yakni; Badan Penyelenggara (Bapel), Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) atau *Provider* dan Peserta (dalam hal ini keluarga miskin).(Juklak dan Juknis JPK-Gakin, Kurang Mampu dan Bencana di Prov.DKI Jakarta, tahun 2007).

Sistem jaminan social ini telah dilaksanakan oleh Provinsi DKI Jakarta melalui uji coba sejak tahun 2002 dengan pengembangan design system, tahun 2003 mengembangkan system pelayanan dan pembiayaan, tahun 2004 mengembangkan system kepesertaan dan pembiayaan, tahun 2005 tahap finalisasi kepesertaan dan pelayanan, tahun 2006 finalisasi system pembiayaan.

2.11. PAKET PELAYANAN ESENSIAL (PPE)

Berdasarkan Surat Keputusan Kepala Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta nomor. 11038/2007 tentang Paket Pelayanan Esensial (PPE) bagi Keluarga Miskin dan Kurang Mampu, dalam menunjang pelaksanaan Sistem Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di rumah sakit DKI Jakarta, diperlukan pelayanan kesehatan yang profesional, akuntabel dan transparan. Untuk itu sejak tahun 2003 dibuat suatu pedoman pembiayaan kesehatan yang rasional. Paket Pelayanan Esensial (PPE) bagi keluarga miskin (Gakin) sebagai pedoman pembiayaan telah disepakati dan akan selalu ditinjau dan dilakukan evaluasi, serta bila diperlukan akan dilakukan revisi untuk penyesuaian tarif. Adapun daftar paket penggantian biaya pelayanan kesehatan keluarga miskin yang tertuang dalam PPE tahun 2007 terdapat dalam lampiran.

2.12. MANAJEMEN KLAIM

Pada manajemen klaim ada beberapa hal penting yang perlu diperhatikan menurut Yaslis Ilyas, 2006 antara lain :

- 1.10.1. Adanya dua pihak yang jelas melakukan ikatan perjanjian
- 1.10.2. Adanya ikatan perjanjian yang jelas dan resmi antara kedua pihak
- 1.10.3. Adanya informed consent
- 1.10.4. Didokumentasikan

Manajemen klaim asuransi kesehatan pada hakekatnya adalah pengaturan atau pengelolaan proses *klaim* peserta asuransi (*insured*) dan klaim pemberi pelayanan kesehatan (*provider*) kepada perusahaan asuransi (*asuradur*). Dalam hal ini adanya pengelolaan proses klaim JPK-Gakin dan PPK/Rumah Sakit kepada Bapel/Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.

Manajemen klaim pada dasarnya melaksanakan dua fungsi yaitu administrasi klaim dan *prosesi klaim* adalah sebagai berikut :

1. Administrasi Klaim

Administrasi klaim menurut definisi *HIAA (Health Insurance Association of America)* adalah proses pemngumpulan bukti atau fakta yang berhubungan dengan kejadian sakit dan cedera, melakukan perbandingan dengan ketentuan polis dan menentukan manfaat yang dapat dibayarkan kepada tertanggung atau penagih klaim.

2. Prosesi klaim

Adalah serangkaian kegiatan yang meneliti dan membuktikan bahwa telah terjadi transaksi yang wajar dan biasa serta melakukan pembayaran yang sesuai pada waktu

yang telah ditetapkan. Prosesi klaim merupakan kegiatan yang kompleks, mulai dari klaim diterima sampai dengan klaim dibayarkan atau ditolak. Ruang lingkup prosesi klaim adalah sebagai berikut :

a. Tujuan prosesi klaim

- Membayar semua klaim yang *valid*
- Mengidentifikasi kemungkinan berbagai tindakan kecurangan, baik yang disengaja (*fraud*) maupun yang tidak disengaja (*abuse*) dalam melakukan klaim
- Memenuhi peraturan pemerintah
- Menghindari atau mencegah tuntutan hukum
- Mengkoordinasikan *benefit*
- Melakukan kontrol terhadap biaya klaim (*claim cost*)

b. Syarat pengajuan klaim

Adapun beberapa syarat pengajuan klaim rawat inap adalah sebagai berikut :

- Foto copy kartu peserta yang masih berlaku
- Kuitansi asli (disertakan materai sesuai ketentuan pemerintah) dari PPK yang mengajukan klaim
- Rincian biaya/billing rumah sakit
- Copy hasil pemeriksaan penunjang diagnostic, jenis obat-obatan dan tindakan khusus
- Resume medic dari dokter yang merawat, yang menggambarkan riwayat penyakit selama dalam perawatan
- Surat jaminan yang dikeluarkan oleh perusahaan asuransi (*presertifikasi*)

c. Jenis klaim

- Klaim perorangan adalah suatu penggantian biaya (*reimbursement*) yang terjadi pada asuransi indemnitas
- Klaim provider terjadi pada asuransi produk managed care, dimana ada ikatan kerjasama antara perusahaan asuransi

d. Personel prosesi klaim

- *Claim register*

- + Menerima pengajuan klaim dari penagih klaim baik perorangan maupun perusahaan ataupun klaim dari provider
- + Melakukan pemeriksaan atas kelengkapan dokumen pengajuan klaim
- + Melakukan registrasi dokumen klaim yang diajukan dengan cara memasukkan data tersebut ke klaim program dalam system informasi asuransi kesehatan yang telah dikembangkan
- *Claim analyst*
 - + Menerima dokumen pengajuan klaim yang sudah diregistrasi
 - + Menganalisis dokumen penagih klaim dengan kesesuaian jaminan yang tertera pada polis
 - + Memasukkan keputusan analisis, baik medis maupun non medis ke dalam program dengan membuat kode (coding)
 - + Menyerahkan dokumen penagih klaim yang telah selesai dianalisis kemudian disahkan oleh manager bagian/unit klaim untuk dilakukan pembayaran
 - + Membuat laporan claim ratio
- e. *Audit klaim (large amount audit, random sample audit, onside audit)*
- f. Langkah-langkah prosedur klaim
 - Penerimaan dan perampungan klaim
 - Telaah dan verifikasi klaim
 - + Keabsahan pihak yang mengajukan klaim
 - + Kelengkapan formulir klaim, termasuk didalamnya tanda tangan dokter yang memeriksa dan peserta
 - + Kesesuaian klaim dengan kesepakatan kedua belah pihak atau polis, khususnya mengenai : batasan pelayanan, batasan biaya, pengecualian tindakan
 - Batas waktu pengajuan klaim
 - Kewajaran klaim, yaitu kewajaran antara diagnose, jenis obat yang diberikan dan tindakan yang dilakukan
- g. Penyelesaian klaim
 - Tahapan penyelesaian klaim PPK
 - + Telaah isi klaim/kontrak dan polis
 - + Periksa isi kontrak

Cakupan hak dan kewajiban, eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin), limitasi, hal-hal yang boleh dan tidak (term and condition), keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta, cara pembayaran

- Tahapan penyelesaian klaim peserta
 - + Telaah isi klaim/kontrak dan polis
 - + Periksa isi kontrak

Cakupan hak dan kewajiban, eksklusi (hal-hal yang tidak dijamin), limitasi, hal-hal yang boleh dan tidak (term and condition), keabsahan mengenai kepesertaan dan waktu peserta, cara pembayaran dapat dilakukan secara tunai, yang dapat diambil langsung oleh PPK atau peserta atau dapat juga ditransfer melalui bank

h. Pembuatan keputusan

- Klaim ditolak seluruhnya
- Klaim diterima sebagian
- Klaim ditangguhkan penyelesaiannya
- Klaim diterima diterima secara keseluruhan

i. Teknologi prosesi klaim (secara komputerisasi)

- *Imaging system* adalah suatu teknologi prosesi dokumen dengan menggunakan peralatan khusus (tanpa menggunakan kertas)
- *Scanning system* adalah proses merekam data dari dokumen yang berupa formulir kertas kemudian merubah menjadi data elektronik
- *Fraud detector* adalah untuk mendeteksi penipuan dan mengidentifikasi kemungkinan adanya resiko terjadinya penipuan klaim

2.13. RUMAH SAKIT

Rumah sakit adalah sarana upaya kesehatan yang menyelenggarakan kegiatan pelayanan berupa pelayanan rawat jalan, pelayanan rawat inap, pelayanan rawat darurat yang mencakup pelayanan medis dan penunjang medis, serta dapat dimanfaatkan untuk pendidikan tenaga kesehatan dan penelitian. Rumah sakit dapat diklasifikasikan menjadi beberapa golongan berdasarkan jenis pelayanan, kepemilikan, jangka waktu pelayanan, kapasitas tempat tidur dan fasilitas pelayanan, dan afiliasi pendidikan.

Berdasarkan jenis pelayanannya rumah sakit dapat digolongkan menjadi :

1. Rumah Sakit Umum

Rumah sakit umum adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialisik dan subspecialistik. Rumah sakit umum memberi pelayanan kepada berbagai penderita dengan berbagai jenis penyakit, memberi pelayanan diagnosis dan terapi untuk berbagai kondisi medik, seperti penyakit dalam, bedah, pediatrik, psikiatrik, ibu hamil, dan sebagainya.

2. Rumah Sakit Khusus

Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang mempunyai fungsi primer, memberikan diagnosis dan pengobatan untuk penderita yang mempunyai kondisi medik khusus, baik bedah atau non bedah, misal : Rumah Sakit Ginjal, Rumah Sakit Kusta, Rumah Sakit Jantung, Rumah Sakit Bersalin dan Anak, dan lain-lain.

Berdasarkan Kepemilikan, rumah sakit dibagi atas :

1. Rumah Sakit Umum Pemerintah

Rumah sakit umum pemerintah adalah rumah sakit umum milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara. Rumah sakit umum pemerintah dapat dibedakan berdasarkan unsur pelayanan, ketenagaan, fisik dan peralatan menjadi empat kelas yaitu rumah sakit umum Kelas A, B, C, dan D.

2. Rumah Sakit Umum Swasta, terdiri atas :

a. *Rumah Sakit Umum Swasta Pratama*, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas D.

b. *Rumah Sakit Umum Swasta Madya*, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum dan *spesialistik* dalam 4 cabang, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas C.

c. *Rumah Sakit Umum Swasta Utama*, yaitu rumah sakit umum swasta yang memberikan pelayanan medik bersifat umum, spesialisik dan *subspesialistik*, setara dengan rumah sakit pemerintah kelas B.

Berdasarkan Fasilitas Pelayanan dan Kapasitas Tempat Tidur :

1. Rumah Sakit Kelas A, yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik *spesialistik* dan *subspesialistik* luas, dengan kapasitas lebih dari 1000 tempat tidur. Kelas A pelayanan yang wajib di miliki adalah Pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang, pelayanan medic spesialisik lain, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik, pelayanan

administrasi dan dapat ditambah dengan pelayanan spesialisik gigi mulut dan sub spesialisik luas.

2. Rumah Sakit Kelas B, dibagi menjadi :

- a. *Rumah sakit B1* yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik minimal 11 (sebelas) spesialisik dan belum memiliki sub spesialisik luas dengan kapasitas 300-500 tempat tidur.
- b. *Rumah sakit B2* yaitu RS yang melaksanakan pelayanan medik spesialisik dan sub spesialisik terbatas dengan kapasitas 500-1000 tempat tidur.

Kelas B pelayanan yang wajib di miliki adalah Pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis dasar, pelayanan spesialis penunjang, 7 pelayanan medic spesialisik lain, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik, pelayanan administrasi dan dapat ditambah dengan pelayanan *spesialistik* gigi mulut dan sub *spesialistik* terbatas.

3. Rumah Sakit Kelas C, yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik spesialisik dasar, yaitu penyakit dalam, bedah, kebidanan atau kandungan, dan kesehatan, dengan kapasitas 100-500 tempat tidur. Kelas C pelayanan yang wajib di miliki adalah Pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, pelayanan spesialis dasar, 4 jenis pelayanan spesialis penunjang, pelayanan penunjang klinik, pelayanan penunjang non klinik, pelayanan administrasi.

4. Rumah Sakit Kelas D yaitu rumah sakit umum yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medik dasar, dengan kapasitas tempat tidur kurang dari 100. Kelas D pelayanan yang wajib di miliki adalah Pelayanan umum, pelayanan gawat darurat, 2 jenis pelayanan spesialis dasar atau lebih, pelayanan penunjang klinik kecuali perawatan intensif, pelayanan penunjang non klinik, dan pelayanan administrasi

Menurut jenisnya, rumah sakit dapat dikategorikan sebagai berikut :

1. Rumah Sakit Umum (RSU)

Yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan semua jenis penyakit dari bersifat dasar sampai dengan sub spesialisik

2. Rumah Sakit Jiwa (RSJ)

Yaitu rumah sakit yang khusus hanya menyelenggarakan pelayanan kesehatan jiwa

3. Rumah Sakit Khusus (RSKh)

Yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan berdasarkan penyakit atau disiplin ilmu tertentu. Contoh : RS Kanker, RS Jantung dan sebagainya.

Menurut pengelolanya, rumah sakit dapat dikatagorikan sebagai berikut :

1. Rumah sakit Vertical (milik Departemen Kesehatan)

2. Rumah sakit Pemda Pro (milik Pemda Provinsi)
3. Rumah sakit Pemda (milik Pemda Kab/Kota)
4. Rumah sakit TNI & Polri (milik TNI & Polri)
5. Rumah sakit Dep Lain & BUMN (milik Dep Lain & BUMN)
6. Rumah sakit Swasta (milik Swasta)

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan citra rumah sakit dimata masyarakat, maka rumah sakit pemerintah dan swasta wajib melaksanakan akreditasi. Akreditasi rumah sakit adalah pengakuan kepada rumah sakit dan sarana kesehatan lainnya yang telah memenuhi standar yang ditetapkan (Pedoman Akreditasi rumah Sakit di Indonesia, Dep.Kes.R.I, 2002) dengan demikian mutu pelayanan dapat dipertanggungjawabkan. Pemerintah dalam hal ini adalah Departemen Kesehatan R.I sejak tahun 1999 telah menetapkan 3 pelayanan akreditasi yaitu akreditasi 5 pelayanan, akreditasi 12 pelayanan dan akreditasi 16 pelayanan.

Guna meningkatkan mutu layanan di rumah sakit, sejak tahun 2002 Pemda DKI Jakarta melalui Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta telah mengintruksikan seluruh RSUD untuk mengimplementasi ISO (Internasional Standar Organization) 9001:2000 atau 14000. RSUD Pemda DKI Jakarta adalah RSUD Pasar Rebo, RSUD Duren Sawit, RSUD Cengkareng, RSUD Budi Asih, RSUD Tarakan dan RSUD Koja.

2.14. PENYAKIT PARU

Berbagai penyakit paru saat ini merupakan masalah kesehatan masyarakat. Penyakit infeksi, tuberculosis maupun non tuberculosis, asma dan penyakit paru obstruktif menahun, kanker paru dan juga penyakit paru yang diakibatkan oleh kerja merupakan contoh penyakit-penyakit yang mempunyai dampak luas di masyarakat. Di Indonesia, penyakit-penyakit infeksi paru masih merupakan penyebab kematian yang amat penting dan masih sering dijumpai dalam pola morbiditas, demikian pula dengan asma bronchial dan penyakit paru obstruktif. Penjelasan macam-macam penyakit paru adalah sebagai berikut:

2.14.1 Tuberkulosis

Tuberkulosis (TB) merupakan masalah kesehatan masyarakat yang penting di dunia ini. Laporan WHO tahun 2004 menyatakan bahwa terdapat 8,8 juta kasus baru tuberculosis pada tahun 2002. 3,9 juta adalah kasus BTA (Basil Tahan Asam) positif. Sepertiga penduduk dunia telah terinfeksi kuman tuberculosis dan menurut regional WHO jumlah terbesar kasus TB terjadi di Asia Tenggara yaitu 33% dari seluruh kasus TB di dunia, namun bila dilihat

dari jumlah penduduk terdapat 182 kasus per 100.000 penduduk. Di Afrika hampir 2 kali lebih besar dari Asia Tenggara yaitu 350 per 100.000 penduduk.

Laporan WHO tahun 2004 menyebutkan bahwa jumlah terbesar kematian akibat TB terdapat di Asia Tenggara yaitu 625.000 orang atau angka *mortality* sebesar 39 orang per 100.000 penduduk. Angka *mortality* tertinggi terdapat di Afrika yaitu 83 per 100.000 penduduk.

Indonesia masih menempati urutan ke 3 di dunia untuk jumlah kasus TB setelah India dan Cina. Setiap tahun terdapat 250.000 kasus baru TB dan sekitar 140.000 kematian akibat TB. Di Indonesia tuberculosis adalah pembunuh nomor satu diantara penyakit menular dan merupakan penyebab kematian nomor tiga setelah penyakit jantung dan penyakit pernapasan akut pada seluruh kalangan usia.

Tuberculosis adalah penyakit yang disebabkan oleh infeksi *Mycobacterium tuberculosis complex*. Faktor yang mempengaruhi prevalensi dan insiden penyakit tuberculosis paru antara lain adalah sebagai berikut :

- a. Pendidikan yang rendah/tidak adanya pengetahuan, khususnya terhadap penyakit dan hygiene.
Dengan pendidikan yang kurang penderita tidak menyadari, bahwa penyembuhan penyakit dan kesehatan itu pada umumnya berpangkal tolak dari penderita/masyarakat itu sendiri.
- b. Tidak acuh terhadap dirinya, khususnya terhadap penyakit yang dideritanya mengenai kesehatan di lingkungannya dan terhadap penyakit yang dideritanya.
- c. Sosial budaya, contohnya perumahan yang kurang ventilasi dan kurang mendapatkan cahaya matahari, meludah dimana-mana semaunya saja, menganggap penyakit tuberculosis sebagai sesuatu yang mistis, sebagai hukuman dari Tuhan.
- d. Kemiskinan, contohnya tidak sanggup meningkatkan daya tahan tubuh non spesifik, makanan yang kurang bergizi, tidak sanggup membeli obat, kemiskinan mengharuskan bekerja keras (secara fisik) sehingga mempersulit penyembuhan penyakit.
- e. Keterlambatan mendeteksi penyakit
- f. Dari pihak petugas : dedikasi dan pengawasan berobat (*case holding*)

Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI tahun 2002 menerangkan bahwa penularan penyakit *Tuberculosis* ini lewat percikan ludah penderita (*droplet infecting*), masa inkubasi antara 4 – 12 minggu. Kejadiannya meningkat

sejalan dengan umur, penderita berumur lebih tua lebih banyak dari pada usia muda, lebih banyak penderita laki-laki serta lebih banyak menyerang kaum miskin dan lebih banyak di perkotaan disbanding di pedesaan. Data *surveilans* penderita *Tuberculosis* rawat inap berdasarkan golongan umur terbagi menjadi < 1 tahun, 1-4 tahun, 5-14 tahun, 15-44 tahun dan \geq 45 tahun.

2.14.2. *Pneumonia* Komuniti

Infeksi saluran napas bawah masih tetap merupakan masalah utama dalam bidang kesehatan, baik di negara yang sedang berkembang maupun yang sudah maju. Dari data *SEAMIC Health Statistic* 2001 influenza dan pneumonia merupakan penyebab kematian nomor 6 di Indonesia, nomor 9 di Brunei, nomor 7 di Malaysia, nomor 3 di Singapura, nomor 6 di Thailand dan nomor 3 di Vietnam. Laporan *WHO* tahun 1999 menyebutkan bahwa penyebab kematian tertinggi akibat penyakit infeksi di dunia adalah infeksi saluran napas akut termasuk pneumonia dan influenza. Insiden pneumonia komuniti di Amerika adalah 12 kasus per 1000 orang per tahun dan merupakan penyebab kematian utama akibat infeksi pada orang dewasa di negara itu. Angka kematian akibat pneumonia di Amerika adalah 15%.

Hasil Survei Kesehatan Rumah Tangga Departemen Kesehatan tahun 2001, penyakit infeksi saluran napas bawah menempati urutan ke 2 sebagai penyebab kematian di Indonesia. Secara klinis pneumonia adalah sebagai suatu peradangan paru yang disebabkan oleh mikroorganisme (bakteri, virus, jamur, parasit). Pneumonia yang disebabkan oleh *Mycobacterium tuberculosis* tidak termasuk. Sedangkan peradangan paru yang disebabkan oleh nonmikroorganisme (bahan kimia, radiasi, aspirasi bahan toksik, obat-obatan dan lain-lain) disebut pneumonitis.

Pneumonia komuniti yang diderita oleh masyarakat luar negeri banyak disebabkan bakteri gram positif, sedangkan pneumonia di rumah sakit banyak disebabkan bakteri gram negative sedangkan pneumonia aspirasi banyak disebabkan oleh bakteri anaerob.

Pencegahan dari pneumonia komuniti adalah pola hidup sehat termasuk tidak merokok dan Vaksinasi (vaksin pneumokokal dan vaksin influenza). Pemberian vaksin tersebut diutamakan untuk golongan resiko tinggi misalnya usia lanjut, penyakit kronik, diabetes, penyakit jantung koroner, PPOK, HIV, dll.

2.14.3. *Pneumonia nosokomial*

Pneumonia nosokomial atau *hospital acquired pneumonia* (HAP) adalah pneumonia yang didapat di rumah sakit menduduki peringkat ke 2 sebagai infeksi nosokomial di Amerika Serikat, hal ini berhubungan dengan peningkatan angka kesakitan, kematian dan

biaya perawatan di rumah sakit. Pneumonia nosokomial terjadi 5-10 kasus per 1000 pasien yang masuk ke rumah sakit dan menjadi lebih tinggi 6-20x pada pasien yang memakai alat bantu napas mekanis. Angka kematian pada pneumonia nosokomial 20-50%. Angka kematian ini meningkat pada pneumonia yang disebabkan *P.aeruginosa* atau yang mengalami bakterimia sekunder. Angka kematian pasien pada pneumonia yang dirawat di instalasi perawatan intensif (IPI) meningkat 3-10 x dibandingkan dengan pasien tanpa pneumonia. Beberapa penelitian menyebutkan bahwa lama perawatan meningkat 2-3 x dibandingkan pasien tanpa pneumonia, hal ini tentu akan meningkatkan biaya perawatan rumah sakit. Di Amerika Serikat dilaporkan bahwa lama perawatan bertambah rata-rata 7-9 hari.

Pneumonia nosokomial (HAP) adalah pneumonia yang terjadi setelah pasien 48 jam dirawat di rumah sakit dan disingkirkan semua infeksi yang inkubasinya terjadi sebelum masuk rumah sakit. Faktor predisposisi atau faktor risiko pneumonia nosokomial dibagi menjadi 2 bagian adalah sebagai berikut :

- a. Faktor yang berhubungan dengan daya tahan tubuh
Penyakit kronik (misalnya penyakit *jantung*, *PPOK*, *diabetes*, *alkoholisme*, *azotemia*), perawatan di rumah sakit yang lama, koma, pemakaian obat tidur, perokok, intubasi endotrakeal, malnutrisi, umur lanjut, pengobatan steroid, pengobatan antibiotic, waktu operasi yang lama, sepsis, syok hemoragik, infeksi berat di luar paru dan cedera paru akut serta bronkiektasis.
- b. Faktor eksogen adalah :
 - Pembedahan
 - Penggunaan antibiotic
 - Peralatan terapi pernapasan
 - Pemasangan pipa/selang nasogastrik
 - Lingkungan rumah sakit (PHBS petugas, alkes tidak sesuai prosedur, pasien dengan kuman MDR tidak dirawat di ruang isolasi).

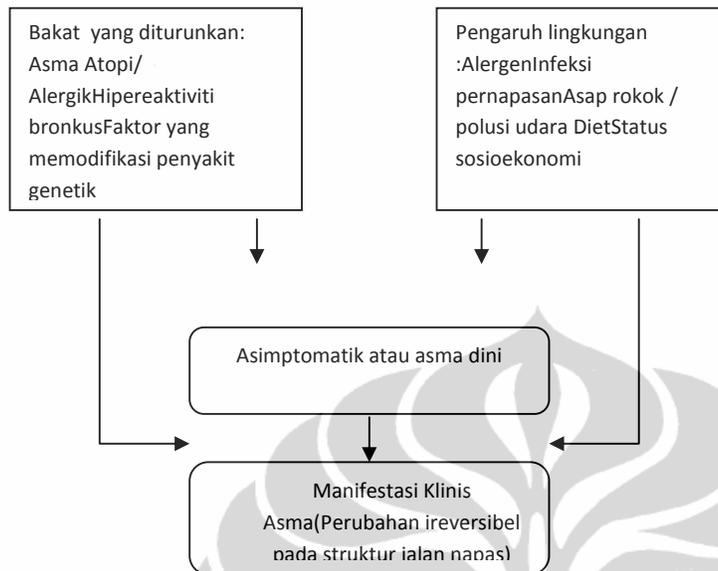
2.14.4. Asma

Asma merupakan penyakit saluran napas kronik yang penting dan merupakan masalah kesehatan masyarakat yang serius di berbagai negara di seluruh dunia. Asma dapat bersifat ringan dan tidak mengganggu aktivitas, akan tetapi dapat bersifat menetap dan mengganggu aktivitas bahkan kegiatan harian. Produktiviti menurun akibat mangkir kerja atau sekolah, dan dapat menimbulkan *disability* (kecacatan), sehingga menambah penurunan produktiviti serta menurunkan kualiti hidup.

Asma adalah gangguan inflamasi kronik saluran napas yang melibatkan banyak sel dan elemennya. Inflamasi kronik menyebabkan peningkatan hiperresponsif jalan napas yang menimbulkan gejala episodik berulang berupa mengi, sesak napas, dada terasa berat dan batuk-batuk terutama malam dan atau dini hari. Episodik tersebut berhubungan dengan obstruksi jalan napas yang luas, bervariasi dan seringkali bersifat reversibel dengan atau tanpa pengobatan. Asma masuk ke dalam sepuluh besar penyebab kesakitan dan kematian di Indonesia, hal itu tergambar dari data studi survei kesehatan rumah tangga (SKRT) di berbagai propinsi di Indonesia. Survei kesehatan rumah tangga (SKRT) 1986 menunjukkan asma menduduki urutan ke-5 dari 10 penyebab kesakitan (morbiditi) bersama-sama dengan bronkitis kronik dan emfisema. Pada SKRT 1992, asma, bronkitis kronik dan emfisema sebagai penyebab kematian (mortaliti) ke-4 di Indonesia atau sebesar 5,6 %. Tahun 1995, prevalensi asma di seluruh Indonesia sebesar 13/ 1000, dibandingkan bronkitis kronik 11/ 1000 dan obstruksi paru 2/ 1000. Risiko berkembangnya asma merupakan interaksi antara faktor pejamu (host factor) dan faktor lingkungan. Faktor pejamu disini termasuk predisposisi genetik yang mempengaruhi untuk berkembangnya asma, yaitu genetik asma, alergik (atopi) , hipereaktiviti bronkus, jenis kelamin dan ras. Faktor lingkungan mempengaruhi individu dengan kecenderungan/ predisposisi asma untuk berkembang menjadi asma, menyebabkan terjadinya eksaserbasi dan atau menyebabkan gejala-gejala asma menetap. Termasuk dalam faktor lingkungan yaitu alergen, sensitisasi lingkungan kerja, asap rokok, polusi udara, infeksi pernapasan (virus), diet, status sosioekonomi dan besarnya keluarga. Interaksi faktor genetik/ pejamu dengan lingkungan dipikirkan melalui kemungkinan :

- pajanan lingkungan hanya meningkatkan risiko asma pada individu dengan genetik asma,
- baik lingkungan maupun genetik masing-masing meningkatkan risiko penyakit asma.

Gambar 1. Interaksi faktor genetik dan lingkungan pada kejadian asma



Dari faktor penjamu, asma yaitu penyakit yang diturunkan telah terbukti dari berbagai penelitian. Predisposisi genetik untuk berkembangnya asma memberikan bakat/kecenderungan untuk terjadinya asma. Fenotip yang berkaitan dengan asma, dikaitkan dengan ukuran subjektif (gejala) dan objektif (hipereaktiviti bronkus, kadar IgE serum) dan atau keduanya. Faktor lingkungan, alergen dan sensitisasi bahan lingkungan kerja dipertimbangkan adalah penyebab utama asma, dengan pengertian faktor lingkungan tersebut pada awalnya mensensitisasi jalan napas dan mempertahankan kondisi asma tetap aktif dengan mencetuskan serangan asma atau menyebabkan menetapnya gejala.

Studi epidemiologi menunjukkan asma *underdiagnosed* di seluruh dunia, disebabkan berbagai hal antara lain gambaran klinis yang tidak khas dan beratnya penyakit yang sangat bervariasi, serta gejala yang bersifat episodik sehingga penderita tidak merasa perlu ke dokter. Diagnosis asma didasari oleh gejala yang bersifat episodik, gejala berupa batuk, sesak napas, mengi, rasa berat di dada dan variabiliti yang berkaitan dengan cuaca. Anamnesis yang baik cukup untuk menegakkan diagnosis, ditambah dengan pemeriksaan jasmani dan pengukuran faal paru terutama reversibiliti kelainan faal paru, akan lebih meningkatkan nilai diagnostik. Perlu diketahui diagnosis banding asma antara lain sbb : Dewasa yaitu Penyakit Paru *Obstruksi Kronik*, *Bronkitis kronik*, *Gagal Jantung Kongestif*, *Batuk kronik* akibat lain-lain, *Disfungsi larings*, *Obstruksi mekanis* (misal tumor) dan *Emboli Paru* pada anak yaitu

benda asing di saluran napas, *laringotrakeomalasia*, Pembesaran kelenjar *limfe*, *Tumor*, *Stenosis trakea* dan *Bronkiolitis*.

2.14.5. Kanker Paru

Di antara penyakit kanker, kanker paru primer merupakan penyakit keganasan dan penyebab kematian yang paling utama di dunia. Kira kira 1/3 dari kematian karena kanker pada laki-laki ternyata disebabkan kanker paru. Walaupun kekerapannya jauh lebih rendah pada perempuan, namun penyakit ini telah menduduki urutan ke-3 dalam penyebab kematian oleh kanker pada perempuan. Di Thailand, misalnya insidensi pada tahun 1993 diperkirakan sebesar 26,5 pada laki-laki dan 11,1 pada perempuan. Di Jepang penyakit ini merupakan urutan pertama penyebab kematian akibat penyakit keganasan pada laki-laki dan urutan ke-2 pada perempuan.

Kanker paru adalah salah satu jenis penyakit paru yang memerlukan penanganan dan tindakan yang cepat dan terarah. Penegakan diagnosis penyakit ini membutuhkan ketrampilan dan sarana yang tidak sederhana dan memerlukan pendekatan multidisiplin kedokteran. Penyakit ini membutuhkan kerja sama yang erat dan terpadu antara ahli paru dengan ahli radiologi diagnostik, ahli patologi anatomi, ahli radioterapi, ahli bedah toraks, ahli rehabilitasi medik dan ahli-ahli lainnya. Pengobatan atau penatalaksanaan penyakit ini sangat bergantung pada kecekatan ahli paru untuk mendapatkan diagnosis pasti. Penemuan kanker paru pada stage dini akan sangat membantu penderita, dan penemuan diagnosis dalam waktu yang lebih cepat memungkinkan penderita memperoleh kualitas hidup yang lebih baik dalam perjalanan penyakitnya meskipun tidak dapat menyembuhkannya. Pilihan terapi harus dapat segera dilakukan, mengingat buruknya respons kanker paru terhadap berbagai jenis pengobatan. Bahkan dalam beberapa kasus penderita kanker paru membutuhkan penanganan sesegera mungkin meski diagnosis pasti belum dapat ditegakkan. Kanker paru dalam arti luas adalah semua penyakit keganasan di paru, mencakup keganasan yang berasal dari paru sendiri maupun keganasan dari luar paru (metastasis tumor di paru). Dalam pedoman penatalaksanaan ini yang dimaksud dengan kanker paru ialah kanker paru primer, yakni tumor ganas yang berasal dari epitel bronkus atau karsinoma bronkus (bronchogenic carcinoma).

Penelitian tentang rokok mengatakan bahwa lebih dari 63 jenis bahan yang dikandung asap rokok itu bersifat karsinogen. Secara epidemiologis juga terlihat kaitan kuat antara kebiasaan merokok dengan insidens kanker paru, maka tidak dapat disangkal lagi, menghindari asap rokok adalah kunci keberhasilan pencegahan yang dapat dilakukan. Keterkaitan rokok dengan kasus kanker paru diperkuat dengan data bahwa risiko seorang perempuan perokok pasif akan terkena kanker paru lebih tinggi daripada mereka yang tidak terpajan kepada asap rokok. Dengan dasar penemuan di atas adalah wajar bahwa pencegahan utama kanker paru berupa upaya memberantas kebiasaan merokok. Menghentikan seorang perokok aktif adalah sekaligus menyelamatkan lebih dari seorang perokok pasif. Pencegahan harus diusahakan sebagai usaha perang terhadap rokok dan dilakukan terus menerus. Program pencegahan seharusnya diikuti dengan tindakan nyata anti-rokok yang melibatkan tenaga medis dan mahasiswa FK dan non-FK. Mencegah seorang bukan perokok menjadi perokok adalah pencegahan primer untuk kanker paru sedangkan pencegahan sekunder adalah dengan menghentikan kebiasaan merokok bagi perokok aktif. Sasaran untuk deteksi dini terutama ditujukan pada subyek dengan risiko tinggi yaitu Laki –laki, usia lebih dari 40 tahun, perokok dan Paparan industri tertentu dengan satu atau lebih gejala: batuk darah, batuk kronik, sesak napas, nyeri dada dan berat badan menurun. Golongan lain yang perlu diwaspadai adalah perempuan perokok pasif dengan salah satu gejala di atas dan seseorang yang dengan gejala klinik : batuk darah, batuk kronik, sakit dada, penurunan berat badan tanpa penyakit yang jelas. Riwayat tentang anggota keluarga dekat yang menderita kanker paru juga perlu jadi faktor pertimbangan. Gambaran klinik penyakit kanker paru tidak banyak berbeda dari penyakit paru lainnya, terdiri dari keluhan subyektif dan temuan obyektif. Dari anamnesis didapat keluhan utama dan perjalanan penyakit, serta faktor–faktor lain yang sering sangat membantu tegaknya diagnosis. Keluhan utama dapat berupa :

- Batuk-batuk dengan / tanpa dahak (dahak putih, dapat juga purulen)
- Batuk darah
- Sesak napas
- Suara serak
- Sakit dada
- Sulit / sakit menelan
- Benjolan di pangkal leher

- Sembab muka dan leher, kadang-kadang disertai sembab lengan dengan rasa nyeri yang hebat.

Tidak jarang yang pertama terlihat adalah gejala atau keluhan akibat metastasis di luar paru, seperti kelainan yang timbul karena kompresi hebat di otak, pembesaran hepar atau patah tulang. Ada pula gejala dan keluhan tidak khas seperti :

- Berat badan berkurang
- Nafsu makan hilang
- Demam hilang timbul
- Sindrom paraneoplastik, seperti *hypertrophic pulmonary osteoarthopathy*, trombosis vena perifer dan neuropatia.

Pengobatan kanker paru adalah *combined modality therapy* (multi-modaliti terapi). Kenyataannya pada saat pemilihan terapi, sering bukan hanya dihadapkan pada jenis histologis, derajat dan tampilan penderita saja tetapi juga kondisi nonmedis seperti fasilitas yang dimiliki Rumah Sakit dan kemampuan ekonomis penderita juga merupakan faktor yang amat menentukan. Indikasi pembedahan pada kanker paru adalah untuk KPKBSK stage I dan II. Pada penderita yang inoperabel maka radioterapi dan/atau kemoterapi dapat diberikan. Pembedahan juga merupakan bagian dari *combined modality therapy*, misalnya didahului kemoterapi neoadjuvan untuk KPBKSK stage IIIA. Indikasi lain adalah bila ada kegawatan yang memerlukan intervensi bedah, seperti kanker paru dengan sindrom vena kava superior berat. Radioterapi pada kanker paru dapat bersifat kuratif atau paliatif. Pada terapi kuratif, radioterapi menjadi bagian dari kemoradioterapi neoadjuvan untuk KPKBSK stage IIIA. Pada kondisi tertentu, radioterapi saja tidak jarang menjadi pilihan terapi kuratif. Radiasi sering merupakan tindakan darurat yang harus dilakukan untuk meringankan keluhan penderita, seperti sindrom vena kava superior (SVKS), nyeri tulang akibat invasi tumor ke dinding dada dan metastasis tumor di tulang atau otak. Kemoterapi dapat diberikan pada semua kasus kanker paru. Syarat utama harus ditentukan jenis histologis tumor dan tampilan (*performance status*) harus lebih dari 60 menurut skala Karnofsky atau 2 menurut skala WHO. Kemoterapi dilakukan dengan menggunakan beberapa obat antikanker dalam kombinasi regimen kemoterapi. Pada keadaan tertentu, penggunaan 1 jenis obat antikanker dapat dilakukan.

2.14.6. PPOK

Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK) adalah penyakit paru kronik ditandai dengan hambatan aliran udara di saluran napas yang tidak sepenuhnya reversibel. Hambatan aliran udara ini bersifat progresif dan berhubungan dengan respons inflamasi paru terhadap partikel atau gas yang beracun / berbahaya. Bronkitis kronik dan emfisema tidak dimasukkan definisi PPOK karena: Emfisema merupakan diagnosis patologik dan Bronkitis kronik merupakan diagnosis klinis. Di dalam faktor resiko, asap rokok merupakan satu-satunya penyebab terpenting, jauh lebih penting dari faktor penyebab lainnya. Termasuk dalam faktor risiko yaitu asap rokok (perokok aktif dan perokok pasif) dan polusi udara (polusi di dalam ruangan cth. asap rokok, asap kompor, polusi di luar ruangan cth. gas buang kendaraan bermotor, debu jalanan, polusi tempat kerja cth. bahan kimia, zat iritasi, gas beracun dan Infeksi saluran napas bawah berulang). Berikut adalah diagnosa banding diagnosis dengan gambaran klinis :

DIAGNOSIS BANDING

Diagnosis	Gambaran klinis
PPOK	<ol style="list-style-type: none">1. Onset usia pertengahan2. Gejala progresif lambat3. Riwayat merokok (lama & jumlah)4. Sesak saat aktiviti5. Hambatan aliran udara umumnya ireversibel
Asma	<ol style="list-style-type: none">1. Onset usia dini2. Gejala bervariasi dari hari ke hari3. Gejala pada waktu malam/dini hari lebih menonjol4. Dapat ditemukan alergi, rinitis dan atau eksim5. Riwayat asma dalam keluarga6. Hambatan aliran udara umumnya reversible
Gagal jantung kongestif	<ol style="list-style-type: none">1. Riwayat hipertensi2. Ronki basah halus di basal paru3. Gambaran foto toraks pembesaran jantung dan

	edema paru
	4. Pemeriksaan faal paru restriksi, bukan obstruksi
Bronkiektasis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Sputum purulen dalam jumlah banyak 2. Sering berhubungan dengan infeksi bakteri 3. Ronki basah kasar dan jari tabuh 4. Gambaran foto toraks tampak <i>honeycomb</i> <p><i>appearance</i> penebalan dinding bronkus</p>
Tuberkulosis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Onset semua usia 2. Gambaran foto toraks Infiltrat 3. Konfirmasi mikrobiologi (Basil Tahan Asam / BTA)

2.15. Analisis Bivariat

Tujuan *analisis bivariat* menurut Sutanto Priyo Hastono tahun 2007 adalah untuk mengetahui apakah ada hubungan yang signifikan antara dua variable atau untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang signifikan antara dua atau lebih kelompok.

2.15.1. Uji t

Didalam bidang kesehatan kita harus menarik suatu kesimpulan apakah parameter dua populasi berbeda atau tidak. Uji statistic untuk membandingkan mean dua kelompok data disebut uji beda dua mean. Pendekatan ujinya digunakan pendekatan distribusi Z atau distribusi t, sehingga pada uji beda dua mean bisa menggunakan uji Z atau uji t, namun lebih sering digunakan uji t.

Uji t ada dua yaitu uji beda dua mean independen dan uji beda dua mean dependen (paired sample). Tujuan uji beda dua mean independen untuk mengetahui perbedaan mean dua kelompok data independen, syarat yang harus dipenuhi :

- a. Data berdistribusi normal/simetris
- b. Kedua kelompok data independen
- c. Variabel yang dihubungkan berbentuk nimerik dan katagorik

Uji beda dua mean dependen bertujuan untuk menguji perbedaan mean antara dua kelompok data yang dependen, syarat yang harus dipenuhi :

- a. Distribusi data normal
- b. Kedua kelompok data dependen/pair
- c. Jenis variable numeric dan katagorik (dua kelompok)

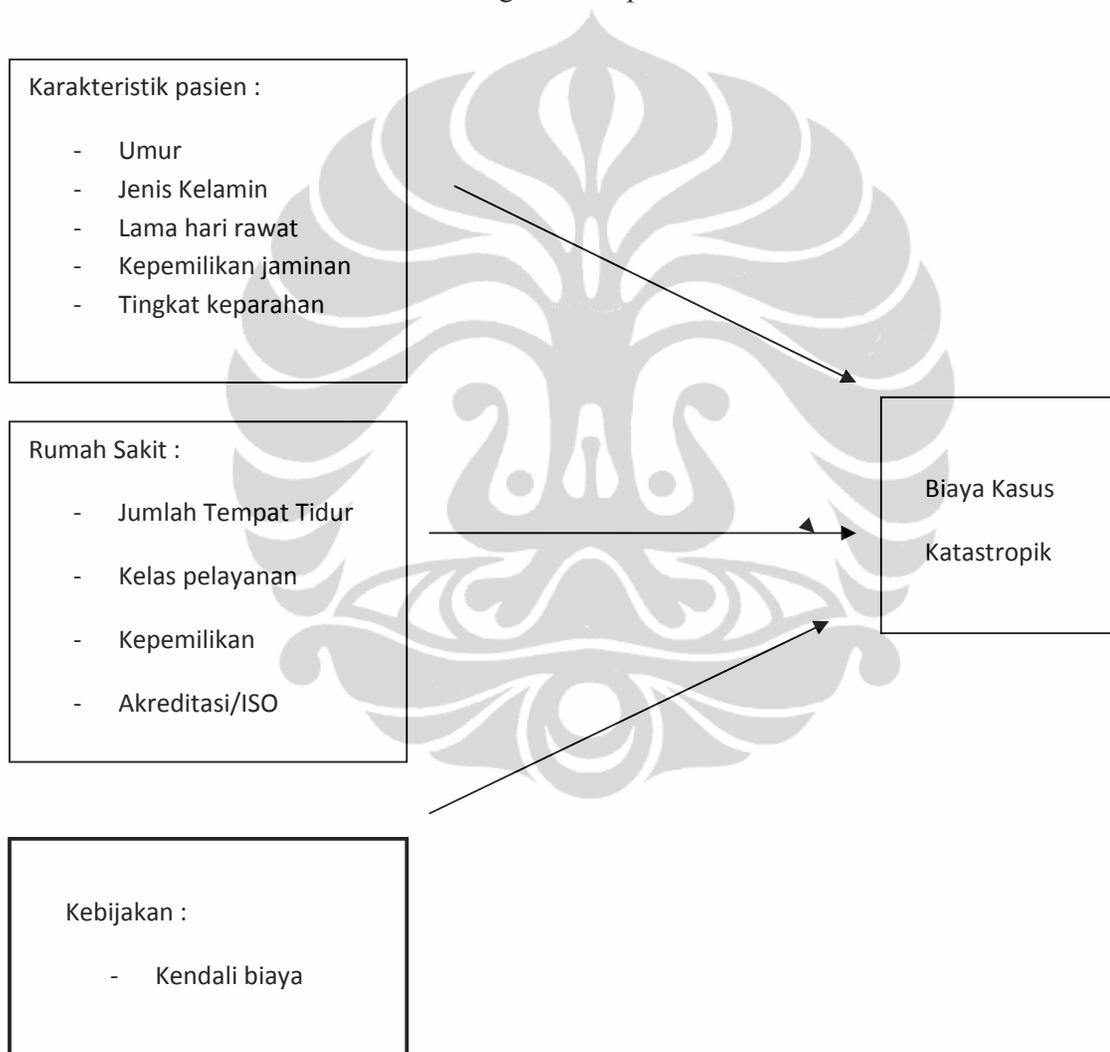


BAB 3
KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

3.1. KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini adalah sebagai berikut :

Gambar 1 . Kerangka Konsep Penelitian



Untuk menjawab tujuan penelitian yaitu memperoleh determinan biaya kasus katastropik pasien rawat inap penyakit paru JPK-gakin, orang terlantar, panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta berdasarkan teori yang dikembangkan oleh Feldstein, variabel – variabel tersebut yang digunakan untuk menjadi proksi.

3.2. DEFINISI OPERASIONAL

Berikut ini adalah definisi operasional *variable* penelitian :

3.2.1. Biaya kasus katastrofik adalah biaya yang telah disetujui dan dibayarkan oleh Bapel/Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta ke PPK/rumah sakit dan memenuhi kriteria katastrofik yaitu biaya klaim yang diajukan oleh PPK/RS ke Bapel/Dinas Kesehatan melebihi Paket Pelayanan *Esensial* (PPE) atau *diagnose* penyakit dan biaya tidak tercantum di dalam PPE untuk pelayanan kesehatan keluarga miskin dengan jumlah yang sesuai dengan Berita Acara Pemeriksaan (BAP) pada penyakit paru selama tahun 2009.

Alat ukur : Data klaim dan rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Jumlah uang dalam rupiah

Skala ukur : *Rasio*

3.2.2. Umur adalah usia atau lamanya masa hidup pasien sejak lahir sampai hari ulang tahun terakhir dalam tahun yang tercatat di klaim pada kasus penyakit paru tahun 2009.

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Umur responden yang dihitung dalam tahun

Skala ukur : *Ratio*

3.2.3. Jenis kelamin adalah pengelompokan ke dalam dua yaitu laki-laki atau perempuan dengan cara melihat dari data klaim yang kemudian memindahkannya kedalam rekapitulasi data klaim.

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : 1. Laki-laki
2. Perempuan

Skala ukur : Nominal

3.2.4. Lama hari rawat adalah jumlah hari rawat inap pasien yang mengalami biaya kasus katastrofik dan menderita penyakit kronis dihitung dari hari pertama masuk rumah sakit di rawat sampai dengan hari pulang keluar rumah sakit pasien selama tahun 2009. Jika dalam satu bulan atau lebih pasien dirawat inap lebih satu kali maka tetap dihitung setiap pasien dirawat inap dalam satu tahun.

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Jumlah dalam hari

Skala ukur : *Rasio*

3.2.5. Kepemilikan jaminan adalah penggantian biaya pelayanan kesehatan pasien selama di rumah sakit yang termasuk dalam JPK-Gakin/OT/Panti diganti penuh atau SKTM yang harus berkontribusi biaya (tidak diganti penuh).

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : 1. Diganti penuh
2. Tidak diganti penuh

Skala ukur : *Nominal*

3.2.6. Tingkat keparahan adalah diperolehnya data penyakit pasien yang ditentukan oleh comorbidity/primer, komplikasi, umur dan status selama masa perawatan pada kasus paru yang tercantum di data klaim kasus katastrofik selama tahun 2009. Semakin tinggi tingkat keparahan semakin banyak komplikasi/sekunder yang diderita pasien.

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim dan *software INA DRG*

Hasil ukur : 1. Tingkat keparahan 1
2. Tingkat keparahan 2
3. Tingkat keparahan 3

Skala ukur : *Ordinal*

3.2.7. Jumlah tempat tidur adalah jumlah banyaknya tempat tidur yang terpasang di rumah sakit dimana pasien dirawat yang menjadi *sampel* dalam *studi* ini.

Alat ukur : Daftar rumah sakit dan rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Jumlah tempat tidur

Skala ukur : *Rasio*

3.2.8. Kelas pelayanan rumah sakit adalah pengelompokan/klasifikasi rumah sakit sesuai dengan beban kerja dan fungsi yang dimiliki oleh rumah sakit tersebut.

Alat ukur : Daftar rumah sakit dan rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Kelas A, B, C dan D

Skala ukur : *Ordinal*

3.2.9. Kepemilikan rumah sakit adalah pengelompokan/klasifikasi rumah sakit berdasarkan kepemilikannya yaitu apakah rumah sakit tersebut milik pemerintah, baik pusat maupun daerah, Departemen Pertahanan dan Keamanan, maupun Badan Usaha Milik Negara atau swasta.

Alat ukur : Daftar rumah sakit dan rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : 1. Pemerintah
2. Swasta

Skala ukur : *Nominal*

3.2.10. Akreditasi/ISO adalah identifikasi rumah sakit yang sudah implementasi akreditasi atau ISO dengan cara melakukan pengisian check list. Data rumah sakit yang sudah melaksanakan akreditasi bersumber dari Departemen Kesehatan dan data rumah sakit yang sudah melaksanakan ISO bersumber dari Dinas Kesehatan Prov. DKI Jakarta. Pernyataan “ya” bila sudah melaksanakan dan “tidak” bila belum melaksanakan.

Alat ukur : Rekapitulasi data klaim

Hasil ukur : Ya atau tidak

Skala ukur : *Ordinal*

3.2.11. Kendali biaya adalah upaya PPK/Rumah Sakit dalam menekan biaya pelayanan kesehatan yang sesuai dengan PPE (Paket Pelayanan *Esensial*) atau standar yang disyahkan oleh Bapel/Dinas Kesehatan dan digunakan dalam menentukan biaya pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin di DKI Jakarta. *Metode* yang digunakan yaitu wawancara dengan menggunakan kuisioner dan melihat dokumen pendukung serta pelaksanaannya yang akan dituangkan didalam form tabel kendali biaya dan kendali mutu dengan menggunakan tanda (√) jika ada dan (-) jika tidak ada. Penggunaan *metode* ini untuk dapat melakukan upaya eksplorasi sehingga mendapatkan jawaban atau informasi tentang kegiatan yang menjadi objek penelitian untuk dapat diambil kesimpulan.

BAB 4 METODOLOGI PENELITIAN

4.1. RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian *kuantitatif* dengan rancangan penelitian *cross sectional* yang menggunakan data sekunder di Dinas Kesehatan Prov. DKI Jakarta pada tahun 2009 dan penelitian *kualitatif* untuk mendapatkan data *primer* di dua rumah sakit terpilih dengan menggunakan kuisioner.

4.2. WAKTU DAN LOKASI PENELITIAN

Waktu pelaksanaan penelitian dilakukan sejak minggu keempat bulan April 2010 hingga minggu keempat bulan Mei 2010. Penelitian ini dilakukan di Sub.Bid.Perencanaan dan Anggaran Bidang Sekretariat Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Blok B Lt.1 dan 3 Jl. Kesehatan Raya No. 10 Jakarta Pusat dan rumah sakit di DKI Jakarta.

4.3. UNIT ANALISIS

Unit analisis pada penelitian ini adalah individu yaitu pasien rawat inap penderita paru JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM dengan biaya kasus katastrofik di Provinsi DKI Jakarta.

4.4. POPULASI, SAMPEL DAN TEHNIK PENGAMBILAN SAMPEL

Populasi adalah seluruh pasien JPK-Gakin dan SKTM di Provinsi DKI Jakarta. Populasi target yaitu pasien JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM dengan kasus katastrofik di Provinsi DKI Jakarta yang mengajukan klaim ke Dinas Kesehatan DKI Jakarta selama 1 tahun. Sampel adalah populasi studi yaitu seluruh klaim penyakit paru JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM dengan biaya kasus katastrofik di Provinsi DKI Jakarta pada bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2009. Alasan menggunakan data di tahun 2009 adalah pada tahun 2009 merupakan data terkini atau *up to date*. Dari data bulanan Sub. Bidang JPK-Gakin didapat bahwa jumlah kasus katastrofik rawat inap penyakit paru tahun 2009 berjumlah 693 pasien dari 40 rumah sakit. Kriteria inklusi yaitu seluruh pasien rawat inap yang menderita penyakit paru dan mengalami biaya kasus katastrofik dengan kepemilikan jaminan JPK-Gakin/OT/Panti/SKTM, kriteria

eksklusinya adalah biaya kasus katastrofik yang dikeluarkan Bapel diluar bulan Januari s.d Desember tahun 2009.

4.5. TEKNIK PENGUMPULAN DATA

4.5.1 Sumber Data

Sumber data yang digunakan pada penelitian ini adalah data klaim biaya kasus katastrofik rawat inap penyakit paru Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2009. Data primer diperoleh secara langsung dari dua rumah sakit di DKI Jakarta yaitu rumah sakit A dan rumah sakit B.

4.5.2 Instrumen

Instrumen dalam penelitian ini adalah kuisisioner yang digunakan pada pengumpulan data *primer* yaitu data yang diperoleh langsung di lapangan dan check list untuk melihat dokumen pendukung dan pelaksanaanya serta rekapitulasi data klaim digunakan pada pengumpulan data *sekunder*

4.5.3 Cara pengumpulan data

- Pengumpulan data sekunder dilakukan dengan cara memindahkan data klaim ke dalam rekapitulasi data klaim dengan melihat data tambahan yang bersumber dari Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Untuk mendapatkan gambaran biaya kasus katastrofik tidak seluruhnya data tersedia sesuai dengan yang diharapkan contohnya data biaya kasus katastrofik tahun 2008 tidak ada satupun data terekam dan yang ada hanya data mentah (digudang). Sehingga untuk mendapatkan gambaran biaya kasus katastrofik harus menelusuri dan mengentry data mentah tersebut. Setelah mendapatkan gambaran data tahun 2008 yang membutuhkan waktu lama untuk mengentry, maka selanjutnya beralih ke data biaya kasus katastrofik tahun 2009 yang merupakan data terkini/up to date. Demikian juga data tahun 2009 tidak seluruhnya sesuai dengan yang diharapkan. Data bulan Januari sampai dengan bulan Desember 2009 harus diinput sesuai dengan format rekapitulasi. Untuk data bulan Oktober sampai dengan Desember 2009 karena data masih dalam bentuk manual/tercatat dibuku bantu maka harus disesuaikan dengan format rekapitulasi juga harus *cross check* terhadap data yang sudah ada pada *soft copy*. Karena sejak tahun 2007 sampai sekarang penentuan

biaya kasus katastrofik dilakukan secara manual yang mengacu kepada buku Paket Pelayanan Esensial (PPE). Mengingat banyaknya kasus katastrofik dari bulan Januari sampai dengan Desember 2009 yang membutuhkan waktu lama dalam menginput maka hal ini merupakan salah satu hambatan dalam penelitian ini. Cara pembayaran Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta kepada RS sejak tahun 2007 sampai sekarang menggunakan fee for service (FFS) mengacu kepada Paket Pelayanan *Esensial* (PPE). Untuk melihat tingkat keparahan diagnose penyakit paru yang ada, maka digunakan kode yang tercantum dalam *INA DRG*. Didalam data klaim telah tercantum diagnose primer yang kemudian harus dimasukkan ke dalam code *INA DRG* (Kementrian Kesehatan tahun 2007). Dari data diagnose penyakit paru yang ada dipisahkan diagnose primer dan sekunder atau penyerta. Setelah itu dimasukkan ke dalam *software INA DRG*, pertama dimasukkan diagnose primernya (kode diagnose primer) kemudian bila ada penyerta/sekunder dimasukkan ke dalam kolom yang tersedia (kode sekunder). Kode tersebut mengacu kepada *ICD X*. Setelah itu keluar kode *INA DRG* yang diinginkan. Belum tersedianya data *sekunder* sesuai dengan yang diharapkan membuat waktu terfokus pada *entry* data yang membutuhkan waktu yang tidak sedikit. Hal tersebut merupakan salah satu hambatan dalam penelitian ini. Untuk data *primer* dilakukan dengan cara memindahkan isian kuisioner secara langsung ke dalam hasil penelitian.

4.6. MANAJEMEN DATA

Manajemen data dilakukan melalui beberapa tahap yaitu:

- 4.6.1 Proses editing, merupakan kegiatan yang dilaksanakan untuk memeriksa apakah data yang telah terkumpul sudah lengkap. Jika didapatkan data belum terisi lengkap perlu ditelusuri kembali untuk dilakukan perbaikan/catatan. Pada data klaim diperoleh data karakteristik pasien yaitu umur, jenis kelamin, lama rawat inap, jaminan kepemilikan. Selain itu didapat biaya kasus katastrofik, *diagnose*, asal rumah sakit. Dari data Departemen Kesehatan diperoleh data rumah sakit se DKI Jakarta tahun 2009, rumah sakit yang telah terakreditasi, klasifikasi kelas pelayanan dan berdasarkan kepemilikan rumah sakit.

- 4.6.2 Pengkodean, setelah data lengkap, kemudian setiap jawaban diberikan kode sehingga data terbentuk angka/bilangan untuk mempermudah pengolahannya dan mempercepat pada saat *entry* data.
- 4.6.3 *Entry* data, setelah semua isian terisi lengkap dan benar serta sudah melewati pengkodean maka selanjutnya data dari kuesioner di entry ke computer dan diolah dengan menggunakan bantuan program *SPSS 18*.
- 4.6.3 *Cleaning*, pembersihan data merupakan kegiatan pengecekan kembali data yang sudah dientry, apakah ada kesalahan atau tidak. Kesalahan tersebut dimungkinkan terjadi pada saat *mengentri* ke *computer*.

4.7 ANALISIS DATA

Pengolahan dan analisis data dengan menggunakan program *SPSS 18*. Sebelum analisis data, dilakukan perubahan data dari data dasar atau data *view* ke *variable view*, merubah *type* data *string* ke data *numeric*, kemudian dilakukan modifikasi/tranformasi sesuai dengan definisi operasional yang diinginkan. Tahapan analisis data dilakukan dalam 2 bagian besar yaitu *analisis univariat* dan *analisis bivariat*. Analisis data yang dilakukan meliputi :

- 4.7.1. *Analisis Univariat* adalah untuk menggambarkan distribusi umur, jenis kelamin, lama hari rawat, kepemilikan jaminan, jumlah tempat tidur, akreditasi/ISO dan kelas pelayanan rumah sakit yang menggambarkan tempat perawatan yang digunakan oleh pasien pada saat di rumah sakit.
- 4.7.2. *Analisis Bivariat* untuk melihat hubungan dan factor-faktor yang mempengaruhi biaya kasus katastropik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Uji statistic yang digunakan yaitu uji T independent yaitu untuk membandingkan mean dua kelompok, uji Annova untuk membandingkan mean lebih dari dua kelompok dan uji korelasi untuk mengetahui hubungan antara dua variable yang berjenis numerik.

Data yang telah diolah kemudian akan disajikan pada BAB V dalam bentuk table distribusi.

BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. KARAKTERISTIK PASIEN

Berdasarkan proses pengambilan data yang dilakukan pada bulan April sampai dengan bulan Mei 2010, karakteristik pasien adalah sebagai berikut :

Tabel 1
Distribusi Pasien Rawat Inap Penyakit Paru
di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009

Variabel	Kategori	Frekuensi	Persentase (%)
Umur	< 1 tahun	31	4,5
	1 – 4 tahun	37	5,3
	5 – 14 tahun	18	2,6
	15 – 44 tahun	300	43,3
	>45 tahun	307	44,3
Jenis kelamin	Laki – laki	394	56,9
	Perempuan	299	43,1
Lama rawat inap	1 – 14 hari	323	47,1
	≥ 15 hari	363	52,9
Kepemilikan jaminan	Diganti penuh	264	38,1
	Tidak diganti penuh	429	61,9

Tingkat keparahan	Tingkat keparahan 1	70	10,1
	Tingkat keparahan 2	38	5,5
	Tingkat keparahan 3	585	84,4
Jumlah tempat tidur	25 - 49	11	1,6
	50 - 99	79	11,4
	100 - 199	345	49,8
	200 - 999	258	37,2
Kelas pelayanan	A	4	0,6
	B	507	73,2
	C	180	26,0
	D	2	0,3
Kepemilikan	Pemerintah	434	62,6
	Swasta	259	37,4
Akreditasi/ISO	Ya	616	88,9
	Tidak	77	11,1

1. Pada tabel 1 di atas tampak bahwa dari 693 pasien penyakit paru mayoritas pasien (44,3 %) berada pada umur > 45 tahun. Umur pasien terendah berada pada kisaran 5 – 14 tahun (2,6%) sebanyak 18 pasien. Terlihat bahwa pasien rawat inap penyakit paru yang mengalami biaya kasus katastrofik pada tahun 2009 berdasarkan golongan umur menyebar pada setiap golongan umur yaitu umur bayi (< 1 tahun) 4,5%, umur balita (1- 4 tahun) 5,6 %, umur anak-anak (5-14 tahun) 2,6%, umur dewasa (15-44 tahun) 43,3% dan umur tua (>45 tahun).

2. Dari tabel1 didapatkan mayoritas pasien (394 pasien) berjenis kelamin laki-laki (56,9%) dan 299 pasien berjenis kelamin perempuan (43,1%).
3. Terlihat dari tabel 1 diatas diperoleh bahwa lama hari rawat terbanyak (52,9%) pada kelompok ≥ 15 hari dengan jumlah pasien 363 orang. Pasien dengan jumlah 323 pasien (47,1%) pada lama hari rawat dengan rentang 1 – 14 hari. Untuk mendapatkan nilai lama hari rawat tersebut, nilai *extreme* harus dihilangkan. Karena jika nilai *extreme* tidak dihilangkan akan menimbulkan bias, nilai lama hari rawat akan terbawa besar. Setelah menganalisis melalui *explore* didapat jumlah nilai *extreme* yang dihilangkan sebanyak 7 *record* sehingga jumlah pasien (N) menjadi 686 orang.
4. Dari tabel diatas terlihat bahwa pasien dengan kepemilikan jaminan yang tidak diganti penuh oleh Pemda DKI Jakarta (61,9%) lebih banyak jika dibandingkan dengan kepemilikan jaminan yang diganti penuh (38,1%). Pasien dengan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh berjumlah 429 pasien dan kepemilikan jaminan diganti penuh berjumlah 264 pasien.
5. Terlihat pada tabel 1 diatas didapatkan mayoritas yaitu sebesar 84,4% penyakit paru yang diderita pasien berada pada tingkat keparahan 3 (585 pasien), 10,1% pasien pada tingkat keparahan 1 (70 pasien) dan 5,5% pasien dengan tingkat keparahan 2 sebanyak 38 pasien.
6. Pada tabel 1 diatas diperoleh bahwa rumah sakit yang banyak didatangi oleh pasien adalah rumah sakit dengan jumlah tempat tidur 100 – 199 TT (49,8%) dengan jumlah pasien 345 pasien sedangkan rumah sakit terendah yang didatangi oleh pasien (11 pasien) mendatangi rumah sakit dengan jumlah tempat tidur 25 – 49 TT.
7. Tabel 1 diatas menunjukkan bahwa rumah sakit tertinggi yang didatangi oleh pasien (507 pasien) adalah rumah sakit dengan kelas pelayanan B (73,2%). Dan jumlah terendah adalah rumah sakit kelas pelayanan D yang didatangi sebanyak 2 orang pasien (0,3%).
8. Terlihat pada tabel 1 diatas diperoleh bahwa rumah sakit terbanyak yang didatangi oleh pasien (434 pasien) dengan status kepemilikan pemerintah (62,6%) dan sebanyak 259 pasien mendatangi rumah sakit dengan status kepemilikan swasta (37,4).
9. Dari tabel 1 terlihat bahwa pasien dengan jumlah 616 pasien (88,9%) mendatangi rumah sakit yang telah terakreditasi dan sebanyak 77 pasien (11,1%) mendatangi rumah sakit yang tidak terakreditasi.

5.2. DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK

Determinan biaya kasus katastrofik dengan variable bebas adalah sebagai berikut :

Tabel 2

Nilai Rata-Rata Biaya Kasus Katastrofik Pasien Rawat Inap Penyakit Paru di Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta Tahun 2009

	Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik	Jumlah pasien (N)	Persentase (%)	P Value
Umur				
<1 tahun	Rp. 21.006.619,-	31	4,5	0,016
1 - 4 tahun	Rp. 20.632.965,-	37	5,3	
5 - 14 tahun	Rp. 21.172.562,-	18	2,6	
15 – 44 tahun	Rp. 15.951.520,-	300	43,3	
>45 tahun	Rp. 14.701.051,-	307	44,3	
Jenis Kelamin				
Laki-laki	Rp. 15.923.630,-	394	56,9	0,859
Perempuan	Rp. 16.122.072,-	299	43,1	
Lama Rawat Inap				
1– 4 hari	Rp. 10.695.618,-	323	47,1	0,0005
≥15 hari	Rp. 20.211.953,-	363	52,9	
Kepemilikan Jaminan				
Diganti penuh	Rp. 14.404.979,-	264	38,1	0,023
Tidak diganti penuh	Rp. 16.996.493,-	429	61,9	

Tingkat Keparahan				
Tingkat keparahan 1	Rp. 13.693.922,-	70	10,1	0,276
Tingkat keparahan 2	Rp. 18.070.633,-	38	5,5	
Tingkat keparahan 3	Rp. 16.152.395,-	585	84,4	
Jumlah Tempat Tidur				
25 – 49 TT	Rp. 33.028.885,-	11	1,6	0,0005
50 – 99 TT	Rp. 15.750.836,-	79	11,4	
100 – 199 TT	Rp. 13.805.220,-	345	49,8	
200 – 999 TT	Rp. 18.309.981,-	258	37,2	
Kelas Pelayanan				
A	Rp. 18.124.735,-	4	0,6	0,105
B	Rp. 15.501.977,-	507	73,2	
C	Rp. 17.152.391,-	180	26,0	
D	Rp. 37.488.990,-	2	0,3	
Kepemilikan				
Pemerintah	Rp. 15.321.680,-	434	62,6	0,108
Swasta	Rp. 17.161.392,-	259	37,4	
Akreditasi/ISO				
Ya (Sudah implementasi))	Rp. 16.082.983,-	616	88,9	0,707
Tdk (Belum implementasi)	Rp. 15.419.376,-	77	11,1	

Dari tabel 2 diatas terlihat bahwa :

1. Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik pada rentang umur 5 - 14 tahun memiliki nilai rata-rata terbesar yaitu Rp. 21.172.562,- dibandingkan dengan kelompok umur yang lainnya. Pada umur > 45 tahun nilai rata-rata biaya kasus katastrofik terkecil yaitu Rp. 14.701.051,-. Dari hasil uji statistic didapatkan nilai $p = 0,016$ artinya ada perbedaan

yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang berumur < 1 tahun, 1 – 4 tahun, 5 – 14 tahun, 15 - 44 tahun dan > 45 tahun.

2. Pasien berjenis kelamin perempuan memiliki biaya rata-rata kasus katastrofik lebih tinggi (Rp. 16.122.072,-) dibandingkan dengan laki-laki (Rp. 15.923.630,-). Sedangkan jumlah pasien perempuan lebih sedikit (299 pasien) dari pada laki-laki (394 pasien). Hasil uji *statistic* didapatkan nilai $p = 0,859$ ($p > 0,05$), artinya tidak ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang berjenis kelamin laki-laki dengan perempuan.
3. Pasien dengan lama hari rawat ≥ 15 hari memiliki nilai rata-rata biaya kasus katastrofik tertinggi yaitu Rp. 20.211.953,- dan nilai rata-rata terendah pada pasien dengan lama hari rawat 1 - 14 hari sejumlah Rp. 10.695.618,-. Hasil uji *statistic* menunjukkan nilai $p = 0,0005$ artinya ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang lama rawatnya 1 – 14 hari dan ≥ 15 hari.
4. Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik berdasarkan kepemilikan jaminan, jumlah pasien (429 pasien) dengan kepemilikan jaminan SKTM lebih besar (Rp. 16.996.493,-) jika dibandingkan dengan kepemilikan jaminan gakin/orang terlantar/panti (Rp. 14.404.979,-) dan jumlah pasien (264 pasien). Hasil uji *statistic* didapatkan nilai $p = 0,023$ ($p < 0,05$), artinya ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang memiliki jaminan Gakin,OT,Panti (non kontribusi) dengan jaminan SKTM (kontribusi).
5. Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik pada penyakit paru dengan tingkat keparahan 2 mempunyai nilai rata-rata terbesar yaitu Rp. 18.070.633,- sedang pada tingkat keparahan 1 dengan nilai rata-rata terkecil Rp. 13.693.922,-. Hasil uji *statistic* terlihat nilai $p = 0,276$, artinya tidak ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien paru dengan tingkat keparahan 1, tingkat keparahan 2 dan tingkat keparahan 3.
6. Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik di rumah sakit dengan jumlah tempat tidur 25 – 49 memiliki nilai rata-rata terbesar yaitu Rp.33.028.885,- sedangkan pada rumah sakit dengan jumlah tempat tidur 100 – 199 dengan nilai rata-rata terendah senilai Rp.13.805.220,-. Hasil uji *statistic* menunjukkan nilai $p = 0,0005$ artinya ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik dengan jumlah tempat tidur rumah sakit.

7. Rumah sakit dengan kelas pelayanan D memiliki jumlah 2 pasien dengan rata-rata biaya kasus katastrofik Rp. 37.488.990,- merupakan nilai rata-rata tertinggi dibandingkan dengan kelas pelayanan A,B dan C dan variabel lainnya. Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik terendah pada rumah sakit dengan kelas pelayanan B yaitu Rp. 15.501.977,-. Hasil uji *statistic* didapatkan nilai $p = 0,105$ ($p > 0,05$), artinya tidak ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang kelas pelayanan A dengan rumah sakit yang kelas pelayanan B.
8. Rumah sakit berdasarkan kepemilikannya, rumah sakit pemerintah lebih banyak (62,6%) dibandingkan dengan rumah sakit swasta (37,4%). Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik di rumah sakit pemerintah sebesar Rp. 15.321.680,- dan rumah sakit swasta Rp. 17.161.392,-. Hasil uji *statistic* didapatkan nilai $p = 0,108$, artinya tidak ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta
9. Rumah sakit yang telah terakreditasi memiliki jumlah pasien sebanyak 616 pasien dengan rata-rata biaya kasus katastrofik Rp. 16.082.983 lebih tinggi dari rumah sakit yang tidak terakreditasi yaitu dengan jumlah pasien 77 pasien dan rata-rata biaya kasus katastrofik Rp. 15.419.379,-. Hasil uji *statistic* didapatkan nilai $p = 0,707$, artinya tidak ada perbedaan yang *signifikan* rata-rata biaya kasus katastrofik antara pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang telah terakreditasi/ISO dengan rumah sakit yang belum terakreditasi/ISO.

5.3. GAMBARAN KENDALI BIAYA KATASTROFIK DI RUMAH SAKIT TERPILIH

Untuk memperoleh gambaran kendali biaya di rumah sakit, dilakukan penelitian kualitatif dengan menggunakan kuisioner. Data kualitatif yaitu data yang tidak dinyatakan dalam bentuk angka tetapi berupa keterangan, misalnya prosedur pelayanan rumah sakit. Dari rekapitulasi data klaim didapatkan pasien dengan diagnose *pneumonia, Tb*, lama hari rawat, kepemilikan jaminan sama akan tetapi biaya kasus katastrofik nya berbeda. Pasien tersebut berasal dari rumah sakit A dan rumah sakit B. Hasil wawancara dari isian kuisioner adalah sebagai berikut :

Pengertian biaya kasus katastrofik sudah dimengerti oleh pihak rumah sakit. Hal tersebut dapat terlihat pada isian kuisioner yang dibagikan kepada dua rumah sakit atau dua responden.

“Pembiayaan pengobatan pasien Gakin/SKTM yang melebihi Paket Pelayanan Esensial (PPE)”

“Biaya kesehatan yang dibutuhkan untuk penanganan medis pada kasus penyakit tertentu yang bersifat kronis dan membutuhkan biaya tinggi termasuk tindakan medis”

Untuk melihat cara meningkatkan efisiensi terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan efisiensi teknis tidak dijalankan oleh rumah sakit A dan dijalankan oleh rumah sakit B.

“Berkoordinasi dengan pihak penyedia alat, contoh : PT. Sigma Andalan Nusa, dll”

“Dituangkan dalam protap yang berada di masing-masing unit pelayanan”

Cara meningkatkan efisiensi terhadap penggunaan input yang biayanya rendah, efisiensi ekonomi dijalankan oleh rumah sakit A akan tetapi tidak memiliki dokumen dan dijalankan oleh rumah sakit B.

“Untuk input obat dengan peresapan sebagian besar obat generic, untuk alkes berkoordinasi dengan penyedia alat, untuk SDM sebagian besar mengacu kepada kesepakatan rumah sakit dengan karyawan”

“Dengan memiliki formularium obat PJK dan Balkesmas yang tertuang dalam standar obat”

Gambaran system pembayaran klaim kasus katastrofik selama ini dilakukan di kedua rumah sakit terlihat bahwa system pembayaran klaim dijalankan di kedua rumah sakit tersebut.

“Cukup baik, mengingat seringkali terjadinya pembayaran yang terpending atas kasus katastrofik tersebut (karena selisih katastrofik) sehingga hal ini menjadi pertanyaan kembali dari pihak rumah sakit ke Dinas Kesehatan”

“Rumah sakit membuat surat jaminan biaya kasus katastrofik ke Dinas Kesehatan”

Untuk melihat bahwa rumah sakit memiliki pedoman PPE sebagai acuan dalam pembuatan/pengajuan biaya kasus katastrofik adalah kedua rumah sakit tersebut memiliki dokumen PPE tahun 2009.

“Ya, PPE tahun 2007 dan 2009”

“Ya, PPE tahun 2009 dari Dinas Kesehatan”

Bapel / Dinas Kesehatan pernah mengundang rumah sakit untuk sosialisasi pedoman Paket Pelayanan *Esensial* (PPE) sampai ke PPK/RS, adalah sebagai berikut

“Ya, pada bulan April 2010 di Balaikota, Jl. Medan Merdeka Selatan, Jakarta Pusat”

“Ya, 5 Mei 2010”

Cara yang dilakukan rumah sakit dalam mengendalikan biaya klaim kasus katastrofik telah dijalanka oleh kedua rumah sakit tersebut akan tetapi di rumah sakit A masih terdapat pending biaya dari Dinas Kesehatan karena selisih PPE.

“Dengan terus melakukan monitor pasien yang berpotensi akan memerlukan biaya di luar PPE dan segera dibuat katastrofik saat melebihi PPE”

“Dengan manajemen kasus yang serius dan rumit dengan menangani setiap kasus secara individual, mengidentifikasi pengobatan yang paling efektif biaya”

Cara rumah sakit memprediksi dan mengendalikan biaya yaitu Prediksi dan kendali biaya yang dilakukan di rumah sakit A hanya secara lisan sebaliknya di rumah sakit B terkendali dengan adanya dokumen.

“Dengan menginformasikan kepada para dokter tentang biaya pengobatan yang di jamin Dinas Kesehatan”

“Evaluasi utilisasi, sistim pelayanan berjenjang, memantau dan menganalisa pola praktek dokter dan adanya kendali mutu dan kendali biaya”

Pembinaan dijalankan di kedua rumah sakit tersebut.

“Ada, morning meeting (1 minggu sekali), seminar Tb”

“Ada, sosialisasi pedoman pelaksanaan ke semua petugas”

Rumah sakit memiliki program promosi.

“Ada, program paket SC (kira-kira 6 bulan sekali)”

“Ada, senam asma, dll”

Rumah sakit memiliki program penyuluhan kesehatan

“Secara khusus tidak, akan tetapi menyertakan penyuluhan didalam kegiatan diatas no.5.2.10”

“Ada, program penyuluhan kesehatan dilaksanakan setiap minggu”

Pelaksanaan kendali biaya yang dilakukan sebelum pelaksanaan / transaksi yaitu kedua rumah sakit memiliki ikatan kerja sama dengan pihak Bapel/Dinas Kesehatan.

“Dengan menginformasikan kepada petugas rawat inap dan dokter besarnya PPE sehingga diharapkan tidak sampai terjadi kelebihan dari PPE”

“Pelaksanaan sesuai dengan MOU atau surat kerja sama antara Dinas Kesehatan dengan rumah sakit B”

Kandali/upaya yang dilakukan supaya pelayanan peserta tidak berlebihan dikedua rumah sakit melakukan kendali supaya pelayanan peserta tidak berlebihan.

“Dengan membagi plafon layanan/biaya layanan di unit-unit seperti plafon obat di unit farmasi, plafon pemeriksaan laboratorium, dll”

“Bekerja sama dengan dokter yang merawat pelayanan sesuai standar pelayanan medic dan penggunaan obat generic atau yang lebih ekonomis dengan mutu yang baik”

Cara yang dilakukan rumah sakit dalam mengendalikan ketidaksesuaian supaya tidak terulang kembali, kedua rumah sakit mempunyai cara untuk mengendalikan ketidaksesuaian supaya tidak terulang kembali.

“Dikoordinasikan dengan pihak penjamin/Dinkes sehingga ketidaksesuaian tersebut diketahui penyebabnya sehingga diperoleh solusi untuk tidak terulang lagi”

“ Selama ini tidak pernah terjadi ketidaksesuaian”

Kasus katastropik dievaluasi oleh kedua rumah sakit tersebut.

“Ya, segera mungkin setelah BAP dan ada penting atas selisih katastropik”

“Ya”

Saran dan kritik yang membangun dari kedua rumah sakit tersebut adalah :

“*Mohon ada prosedur yang jelas mengenai ketentuan pengajuan katastrofik format standar, waktu pengajuan, siapa di rumah sakit yang berhak mengajukan sehingga tidak ada ketidaksesuaian*”

“*Diberikan waktu yang cukup untuk mengisi data*”

5.4.17 Pengendalian biaya yang dilakukan

Untuk melihat kendali biaya dan kendali mutu yang dilaksanakan di kedua rumah sakit tersebut, selain dilakukannya pengisian kuisisioner juga dilakukan *observasi* atau tindakan melihat dokumen pendukung dan pelaksanaannya yang dimiliki oleh kedua rumah sakit tersebut. Contohnya rumah sakit A menyatakan telah melakukan peningkatan efisiensi, hal tersebut harus didukung dengan menunjukkan adanya dokumen standar prosedur, standar obat dan standar alkes. Didalam pelaksanaannya jika memiliki standar procedure, akan terlihat di area kerja atau instruksi kerja di pasang di alkes, dll. Berikut adalah hasil pengecekan *dokumen* pendukung dan pelaksanaannya.

Tabel 3

Kendali Biaya dan Kendali Mutu
di Rumah Sakit A dan Rumah Sakit B Tahun 2010

No	Uraian	Rumah Sakit A				Rumah Sakit B			
		<i>Dokumen</i>		Pelaksanaa		<i>Dokumen</i>		Pelaksanaan	
		Ada	Tidak	Ya	Tidak	Ada	Tidak	Ya	Tidak
1	Peningkatan Efisiensi								
	Standar Prosedur/Instruksi kerja	-	√	-	√	√	-	√	-
	Standar Obat Standar Alkes Standar ketenagaan (<i>kompetensi</i>)	-	√	√	-	√	-	√	-
2	Sistem Pembayaran								

	Free For Service (FFS) mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial (PPE)	√	-	√	-	√	-	√	-
3	Standarisasi Pelayanan								
	Standar Pelayanan Medis	√	-	√	-	√	-	√	-
	Standar Pelayanan Administrasi	√	-	-	√	√	-	√	-
4	Pembinaan, Promosi dan Penyuluhan Kesehatan								
	Program pembinaan (seminar cth.kupas tuntas masalah TB,dll)	-	√	-	√	√	-	√	-
	Program promosi (senam asma,artikel kes di madding,dll)	-	√	-	√	√	-	√	-
	Program penyuluhan kesehatan (imunisasi, dll)	-	√	-	√	√	-	√	-
5	Kendali biaya melalui perencanaan (<i>prospective</i>)								
	Ikatan kerja sama Bapel /Dinas dgn PPK/RS	√	-	√	-	√	-	√	-

6	Kendali biaya melalui <i>Concurrent</i>								
	Pemantauan peserta (pelayanan peserta tdk berlebihan)	-	√	√	-	√	-	√	-
7	Kendali biaya melalui <i>Restrospective</i>								
	Evaluasi/Analisa laporan kasus katastrofik	√	-	√	-	√	-	√	-

Dari tabel 3 diatas, terlihat bahwa rumah sakit A belum sepenuhnya memiliki *dokumen* dalam melaksanakan pengendalian biaya sedangkan rumah sakit B sudah memiliki *dokumen* dalam melaksanakan pengendalian biaya.

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 KETERBATASAN PENELITIAN

Didalam Penelitian ini, data yang digunakan adalah data sekunder dan data primer. Data sekunder yang digunakan adalah data klaim, sebagaimana umumnya dalam penggunaan data sekunder sebagai bahan analisa terdapat beberapa keterbatasan yang menyangkut pengembangan kerangka konsep. Seharusnya data klaim ini dapat dianalisis lebih lanjut tetapi karena ketersediaan data yang masih mentah dan keterbatasan waktu, *analisis* tersebut akan dilakukan pada penelitian selanjutnya.

Karena keterbatasan waktu, data *primer* yang digunakan peneliti sebagai bahan informasi pelaksanaan kendali biaya di rumah sakit hanya dilakukan eksplorasi di dua rumah sakit yaitu rumah sakit dengan biaya kasus katastrofik tinggi dan rendah. Hasil tersebut akan lebih kaya informasinya jika dilakukan pengambilan data *primer* diseluruh rumah sakit yang mengajukan data klaim biaya kasus katastrofik. Diharapkan akan ada penelitian selanjutnya dikemudian hari.

6.2. BIAYA RATA-RATA KASUS KATASTROFIK PASIEN RAWAT INAP PENYAKIT PARU JPK-GAKIN, ORANG TERLANTAR, PANTI DAN SKTM DI DINAS KESEHATAN PROV. DKI JAKARTA

Berdasarkan kepemilikannya rumah sakit terbagi menjadi rumah sakit pemerintah dan swasta. Biaya rata-rata kasus katastrofik di rumah sakit swasta lebih tinggi (Rp. 17.161.392,-) dibandingkan dengan pemerintah (Rp.15.321.680,-). Sedangkan dari 40 rumah sakit yang mengajukan klaim biaya kasus katastrofik, seluruh rumah sakit yang tidak terakreditasi adalah rumah sakit swasta. Sebanyak 137 pasien mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit swasta. Sementara karakteristik pasien nilai rata-rata biaya kasus katastrofik di ditemukan pada kepemilikan jaminan tidak dibayar penuh sebesar Rp. 16.996.493,- dengan jumlah pasien 429 orang. Kepemilikan jaminan juga berhubungan signifikan dengan biaya kasus katastrofik,

artinya tinggi kepemilikan jaminan tidak diganti penuh maka lebih tinggi biaya kasus katastrofik. Hal tersebut dikarenakan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh harus ada kontribusi dari pasien. Pada pasien dengan kepemilikan jaminan diganti penuh adalah sepenuhnya disubsidi oleh pemerintah. Besarnya jumlah pasien yang memiliki jaminan tidak diganti penuh dibandingkan dengan gakin menunjukkan bahwa pasien tidak diganti penuh tidak dapat diprediksi. Dari gambaran diatas terlihat bahwa banyaknya jumlah jaminan yang tidak diganti penuh yang berobat ke rumah sakit swasta, dimana rumah sakit swasta tersebut tidak terakreditasi akan dapat mengakibatkan tingginya biaya kasus katastrofik yang merupakan ancaman ke depan karena biaya semakin meningkat. Oleh karena itu dibutuhkannya peningkatan pengawasan dalam menentukan pasien tidak diganti penuh dan seluruh rumah sakit swasta wajib melakukan akreditasi.

Nilai rata-rata biaya kasus katastrofik pada rumah sakit yang telah terakreditasi lebih besar (Rp. 16.082.983,-) dari rumah sakit yang tidak terakreditasi (Rp.15.419.376,-). Besarnya nilai rata-rata biaya kasus katastrofik di rumah sakit yang telah terakreditasi tersebut karena banyaknya pasien yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit yang telah terakreditasi (88,9%). Rumah sakit dengan kelas pelayanan D memiliki nilai rata-rata biaya kasus katastrofik paling besar dibandingkan dengan *variable* lainnya yaitu Rp. 37.488.990,- dengan jumlah 2 pasien. Hal tersebut dapat disebabkan kurangnya fasilitas pelayanan sehingga harus merujuk atau mempunyai kerja sama dengan pihak ketiga.

Dinas kesehatan Provinsi DKI Jakarta sejak tahun 2007 melakukan pembayaran biaya kasus katastrofik ke rumah sakit dengan cara *Fee For Service* dengan mengacu kepada Paket Pelayanan *Esensial* (PPE). Paket PPE tersebut sejak tahun 2007 belum pernah dievaluasi . Jika kita bandingkan Paket Pelayanan *Esensial* dengan *INA DRG* Kementrian Kesehatan tahun 2007, ditemukan biaya pasien dengan *diagnose Pneumonia,TB*, pasien gakin (pelayanan rawat inap kelas III) dan biaya didalam PPE sejumlah Rp.7.500.000,-. Di dalam buku tarif *INA-DRG* Kementrian Kesehatan RI tahun 2007, untuk rumah sakit klas pelayanan C *diagnose Pneumonia,TB* termasuk ke dalam *INA-DRG 044163* yaitu *IM Simple Pneumonia & Whooping Cough w/MCC* tarif kelas III Rp. 3.463.057,- dan bagi rumah sakit dengan klas pelayanan B tarif

kelas III Rp. 5.863.115,-. Artinya tarif yang ada di PPE lebih tinggi dibandingkan dengan tarif *INA-DRG*. Diharapkan adanya evaluasi terhadap Paket Pelayanan *Esensial* (PPE).

6.3. DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK

Dari hasil analisis dapat diketahui bahwa determinan biaya kasus katastrofik adalah umur, lama rawat dan kepemilikan jaminan. Apabila kita lihat variabel umur dengan tingkat keparahan terlihat bahwa pasien penyakit paru berdasarkan golongan umur mayoritas berada pada tingkat keparahan 3 yaitu sebesar 591 pasien. Golongan umur > 45 tahun (tua) menduduki peringkat tertinggi dengan jumlah pasien 265 pasien, kedua rentang umur 15-44 tahun (dewasa) sebanyak 256 pasien, ketiga rentang umur 1- 4 tahun (balita), keempat dengan umur < 1 tahun (bayi) dan yang terakhir rentang umur 5-14 tahun (anak-anak). Pada tingkat keparahan 1 berdasarkan golongan umur merupakan urutan kedua sebesar 64 pasien dan ketiga adalah tingkat keparahan 2 dengan jumlah 38 pasien.

Faktor kepemilikan jaminan juga mempengaruhi biaya kasus katastrofik. Dalam hal ini pasien dengan kepemilikan jaminan diganti penuh yaitu JPK-gakin, orang terlantar dan panti mendapatkan subsidi full dari pemerintah, lain halnya dengan pasien dengan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh yaitu yang harus ada kontribusi dari total biaya layanan. Hasil analisis faktor kepemilikan jaminan tidak diganti penuh lebih banyak dibandingkan dengan diganti penuh. Kepemilikan jaminan dengan tidak diganti penuh atau SKTM adalah surat keterangan tidak mampu yang diberikan oleh aparat yang berwenang untuk menyatakan bahwa keadaan seseorang mengalami ketidak mampuan dalam hal biaya pelayanan kesehatan yang didukung dengan kriteria-kriteria yang tercantum dalam formulir SKTM. Hal ini dapat menerangkan bahwa biaya kasus katastrofik dapat dirasakan oleh siapa saja dan dapat menjadikan seseorang menjadi miskin. Seseorang yang tidak miskin bisa menjadi miskin karena terjangkit penyakit yang membutuhkan biaya yang besar dan kemudian mengajukan permohonan SKTM. Dari tahun 2007 s.d 2009 jumlah SKTM terus meningkat. Pentingnya komitmen aparat yang berwenang atau petugas verifikasi dalam menentukan siapa saja yang berhak masuk ke dalam kriteria kepemilikan jaminan tidak diganti penuh atau SKTM, sehingga sampai pada orang yang benar-benar membutuhkan.

Dari data biaya kasus katstropik dapat diketahui bahwa dalam kurun waktu bulan Januari sampai dengan bulan Desember tahun 2009 terdapat 40 rumah sakit se DKI Jakarta yang mengajukan klaim biaya kasus katastropik untuk pasien rawat inap penyakit paru. Dari 40 rumah sakit, 47,5% adalah rumah sakit pemerintah dan 52,5% rumah sakit swasta. Terlihat bahwa keterlibatan rumah sakit swasta sangat berpengaruh terhadap akses pelayanan kesehatan bagi keluarga miskin. Didukung dengan adanya program pembiayaan bagi masyarakat miskin yang menjadi prioritas Dinas Kesehatan DKI Jakarta. Akan tetapi pasien penyakit paru lebih banyak mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit pemerintah yaitu sebesar 434 pasien (62,6%) dan 249 pasien (37,4%) memilih berobat ke rumah sakit swasta. Artinya rumah sakit pemerintah yang mengajukan biaya kasus katastropik lebih sedikit tetapi pasien yang diajukan dan disetujuinya lebih banyak dari rumah sakit swasta.

Jika kita lihat dari variable lama rawat inap dengan tingkat keparahan, didapat bahwa terdapat 38 pasien 14 pasien berasal dari rumah sakit pemerintah dan 28 pasien dari rumah sakit swasta dari 693 pasien masuk ke dalam kelompok lama rawat inap 1 – 14 hari dengan tingkat keparahan 1 (kelompok tidak ada resiko atau sesuai). Sedangkan 655 pasien masuk ke dalam kelompok yang memiliki resiko atau tidak sesuai yaitu pasien dengan tingkat keparahan 1 lama rawat \geq 15 hari atau tingkat keparahan 3 lama rawat 1 – 14 hari. Melihat hal tersebut, maka perlu adanya peningkatan pengawasan atau pemantauan dari pihak PPK/Rumah Sakit dan pihak Bapel/Dinas Kesehatan. Terlihat pula bahwa dari 38 pasien tersebut 14 pasien berasal dari rumah sakit pemerintah yaitu RS. Cengkareng, RS. Mintoharjo, RS.Tarakan, RS. Koja dan 28 pasien dari rumah sakit swasta yaitu RS. Islam Jakarta, RS. Kanker Dharmais, RS. Atmajaya, RS. UKI, RS. Pelni, RS. Carolus, RS. Islam Sukapura, RS. Kartika Pulomas dan RS. Islam Pondok Kopi. Dari 19 rumah sakit pemerintah yang mengajukan biaya kasus katastropik ternyata hanya 4 rumah sakit yang mempunyai kesesuaian antara lama rawat dengan tingkat keparahan pasien, akan tetapi dari 21 rumah sakit swasta ada 9 rumah sakit yang mempunyai kesesuaian antara lama rawat dengan tingkat keparahan. Artinya rumah sakit pemerintah perlu peningkatan pengawasan atau pemantauan dari PPK atau dari Bapel yang lebih dibandingkan dengan rumah sakit swasta.

Dari klasifikasi kelas pelayanan, rumah sakit dengan urutan pertama tertinggi adalah rumah sakit dengan klas pelayanan B (55%) kedua klas pelayanan C (37,5%), ketiga A (5%) dan

keempat klas pelayanan D (2,5%). Hasil uji statistic menerangkan bahwa tidak ada hubungan antara biaya kasus katastrofik dengan klas pelayanan. Akan tetapi secara substansi klas pelayanan ini berkaitan dengan peningkatan mutu. Peningkatan mutu merupakan salah satu cara melakukan kendali biaya melalui perasat kendali mutu pemeliharaan kesehatan (Kementrian Kesehatan, 2007). Rumah sakit yang mempunyai program peningkatan mutu internal dan eksternal dapat mengevaluasi seluruh kegiatan atau program yang berkaitan dengan pelayanan bagi pasien. Salah satunya adalah pelayanan pembiayaan bagi gakin termasuk pembiayaan kasus katastrofik yang merupakan program prioritas Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta tahun 2008 – 2013. Program peningkatan mutu eksternal dapat dilakukan melalui implementasi akreditasi, ISO, dll.

Dari 40 rumah sakit se DKI Jakarta yang mengajukan klaim terlihat 10 % rumah sakit penyelenggaraan program peningkatan mutunya tidak sesuai dengan Pedoman penyelenggaraan pelayanan di Rumah Sakit (Kementrian Kesehatan, 2008). Pedoman tersebut menyatakan bahwa bagi rumah sakit klas C diwajibkan sudah terakreditasi untuk 5 pelayanan, rumah sakit klas B diwajibkan sudah terakreditasi 12 pelayanan sampai 16 pelayanan dan untuk rumah sakit klas A diwajibkan sudah terakreditasi untuk 16 pelayanan. Rumah sakit Sumber Waras termasuk klas pelayanan B hanya terakreditasi 5 pelayanan seharusnya sudah 12 pelayanan, rumah sakit Polri Sukanto termasuk klas pelayanan A terakreditasi 12 pelayanan seharusnya 16 pelayanan, rumah sakit Ketergantungan Obat termasuk klas pelayanan B terakreditasi 5 pelayanan seharusnya dan yang terakhir rumah sakit Marinir termasuk klas pelayanan B terakreditasi 5 pelayanan seharusnya 12 pelayanan. Dari 40 rumah sakit tersebut 7 rumah sakit belum terakreditasi. Seluruh rumah sakit yang tidak terakreditasi (100%) adalah rumah sakit swasta klas pelayanan C yang seharusnya sudah terakreditasi 5 pelayanan. Rumah sakit tersebut yaitu rumah sakit Patria IKKT, rumah sakit Menteng Mitra Afia, rumah sakit Kartika Pulo Mas, rumah sakit Budi Kemuliaan, rumah sakit Jakarta Medical Centre, rumah sakit Puri Mandiri Kedoya dan rumah sakit Harapan Jayakarta. Hal tersebut dapat disebabkan kurangnya sosialisasi atau awareness akreditasi dari Kementrian Kesehatan.

Faktor jumlah tempat tidur di rumah sakit dimana pasien mendapatkan pelayanan kesehatan merupakan factor yang berhubungan dengan biaya kasus katastrofik. Hal tersebut mendukung teori penelitian yang dilakukan oleh *Feldstein* (1988) menyatakan bahwa salah satu

faktor yang mempengaruhi biaya rata-rata pelayanan rumah sakit naik adalah jumlah tempat tidur terpasang. Makin banyak jumlah tempat tidur yang terpakai akan terkait dengan makin meningkatnya pemanfaatan kamar bedah maupun penunjang medis seperti radiologi, laboratorium, dll. Makin majemuknya jenis penyakit yang diderita maka makin tinggi pula pemeriksaan penunjang yang dibutuhkan.

Dari hasil analisis hubungan tingkat keparahan penyakit paru dengan biaya kasus katastrofik didapatkan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara tingkat keparahan penyakit paru dengan biaya kasus katastrofik. Contohnya pada pasien dengan jaminan tidak diganti penuh, umur 1 tahun, lama rawat 54 hari, jenis kelamin laki-laki, *diagnose Pulmonary Valve Atresia + tindakan op.rastelli,ligasi PDA,VS* dengan code *ina drg* 051031 (tingkat keparahan 1) memiliki biaya kasus katastrofik mencapai Rp.100.000.000,-. Pasien dengan kepemilikan jaminan diganti penuh, umur 67 tahun, jenis kelamin laki-laki, lama rawat 11 hari, *diagnose Asma Bronchiale Susp.Kp* dengan code *ina drg* 044183 (tingkat keparahan 3) memiliki biaya kasus katastrofik Rp. 5.521.507,-. Akan tetapi secara substansi semakin tinggi tingkat keparahan atau banyaknya komplikasi/sekunder maka semakin tinggi biaya yang diperlukan.

Berdasarkan kepemilikannya rumah sakit terbagi menjadi rumah sakit pemerintah (434 pasien) dan swasta (259 pasien). Pasien yang mendapatkan pelayanan di rumah sakit swasta dengan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh sebanyak 137 pasien. Dari rumah sakit swasta yang mengajukan klaim biaya katastrofik tersebut terdapat 8 rumah sakit yang tidak terakreditasi. Dimana pasien penyakit paru lebih banyak memiliki jaminan tidak diganti penuh (429 pasien) dari pada jaminan diganti penuh (264 pasien). Dari kepemilikan jaminan tidak diganti penuh, mayoritas pasien menderita penyakit yang tingkat keparahannya tinggi (tingkat keparahan 3) yaitu sebesar 344 pasien sedangkan tingkat keparahan rendah sebanyak 76 pasien dan tingkat keparahan sedang sebanyak 9 pasien. Artinya banyak pasien dengan jaminan tidak diganti penuh dan tingkat keparahannya tinggi yang dikeluarkan oleh rumah sakit swasta yang tidak terakreditasi. Tidak terakreditasi mengandung arti belum adanya system kendali biaya dan kendali mutu dalam menangani biaya kasus katastrofik sehingga dapat menjadi ancaman bagi Pemda DKI Jakarta dalam mengelola anggaran biaya kasus katastrofik. Demikian juga system informasi yang menggunakan computer dalam menentukan biaya kasus katastrofik belum diterapkan oleh Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta. Karena system informasi yang belum

menggunakan computer atau masih manual tanpa diiringi SDM dengan kompetensi yang sesuai, akan mengakibatkan banyaknya ketidaksesuaian biaya kasus katastrofik yang dikeluarkan oleh Pemda DKI Jakarta. Dengan tidak adanya data biaya kasus katastrofik pada tahun 2008 dan system informasi biaya kasus katastrofik yang tidak jalan serta rendahnya pengawasan pembiayaan biaya kasus katastrofik akan mengakibatkan tingginya anggaran biaya kasus katastrofik sehingga Pemerintah DKI Jakarta terancam bangkrut (kegiatan prioritas tidak tepat pada sasarannya).

6.4. KENDALI BIAYA DI RUMAH SAKIT TERPILIH

Kendali biaya yang dilaksanakan di rumah sakit merupakan salah satu hal yang penting dalam menentukan biaya kasus katastrofik karena berkaitan dengan upaya efisiensi. *Efisiensi* adalah kondisi ideal ketika sebuah masyarakat dapat memperoleh hasil atau manfaat yang maksimal dari penggunaan segenap sumber dayanya yang langka. Peneliti berharap dua rumah sakit yang menjadi objek penelitian dapat memberikan atau mewakili gambaran kendali biaya yang dilaksanakan di rumah sakit yang mengajukan klaim katastrofik ke Dinas Kesehatan pada tahun 2009. Rumah sakit tersebut adalah rumah sakit A dan rumah sakit B. Penelitian ini dilakukan terhadap dua rumah sakit tersebut karena kedua rumah sakit tersebut memiliki variasi biaya kasus katastrofik dengan diagnosis, lama rawat, jaminan kepemilikan pasien yang sama.

Rumah sakit A termasuk rumah sakit kelas pelayanan C dengan jumlah tempat tidur 94 dan belum terakreditasi belum sepenuhnya melakukan pengendalian biaya. Dari hasil penelitian didapat bahwa rumah sakit A dalam melaksanakan kegiatannya tidak didukung oleh dokumen-dokumen penting cth. standar prosedur, standar obat, standar alkes, dll. Hal tersebut karena dalam pelaksanaannya rumah sakit telah melimpahkan seluruh pekerjaan kepada pihak ke tiga cth. untuk penyedia alat dengan PT. Sigma Andalan Nusa, dll. Adanya morning meeting yang dilaksanakan seminggu sekali tidak dimanfaatkan semaksimal mungkin dalam mensosialisasikan Juklak dan Juknis Gakin 2009, terlihat bahwa sosialisasi dari Dinas Kesehatan telah dilaksanakan pada bulan April akan tetapi sampai saat penelitian ini bulan Juni Juklak dan Juknis tersebut belum sampai di wadir. rumah sakit. Ketidaksesuaian ini terlihat di saran yang diisi oleh wadir yaitu Mohon ada prosedur yang jelas mengenai ketentuan pengajuan katastrofik format standar, waktu pengajuan, siapa di rumah sakit yang berhak mengajukan sehingga tidak ada ketidaksesuaian”.

Padahal ketentuan yang diharapkan oleh wadir telah dituangkan di dalam juklak dan juknis Gakin tahun 2009. Hal tersebut dapat disebabkan kurangnya komitmen dan rendahnya disiplin petugas Gakin tersebut.

Rumah sakit B merupakan rumah sakit kelas pelayanan B dengan jumlah tempat tidur 399 dan telah terakreditasi. Seluruh kegiatan yang berkaitan dengan efisiensi terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan dituangkan ke dalam protap yang berada di unit masing-masing. Sedangkan cara meningkatkan efisiensi terhadap penggunaan input yang biayanya rendah dilakukan formulasi obat PJKK dan Balkesmas sesuai dengan standar obat yang ada. Cara mengendalikan biaya klaim kasus katastrofik yang tertuang dalam standar pelayanan yaitu melakukan manajemen kasus yang serius dan rumit dengan menangani setiap kasus secara individual, mengidentifikasi pengobatan yang paling efektif. Dalam mengendalikan dan memprediksi biaya dilakukan dengan cara evaluasi utilisasi, memantau dan menganalisa pola praktek dokter dan sistim pelayanan berjenjang. Upaya yang dilakukan supaya pelayanan peserta tidak berlebihan yaitu dengan bekerja sama dengan dokter yang merawat (pelayanan sesuai dengan standar pelayanan medic) dan memberikan obat generic atau yang lebih ekonomis dengan mutu yang baik. Pelayanan kesehatan terhadap gakin & SKTM mendukung visi rumah sakit B tersebut yaitu untuk menolong orang yang bersesakan. Budaya atau kebiasaan yang dilakukan dalam menghadapi pasien gakin & SKTM adalah dokter diingatkan untuk menggunakan obat generic dan jika tidak perlu jangan dilaksanakan, bekerja sama dengan unit farmasi, tindakan profesi keperawatan dengan advokasi (perawat berkewajiban member pelayanan yang baik ke pasien, pemantauan pasien setiap hari (rekening,dll), berkoordinasi dengan sudinkes atau dinas kesehatan secara intensif.

Berdasarkan uraian tersebut diatas didapatkan bahwa rumah sakit A belum menjalankan sepenuhnya biaya kasus katastrofik sesuai dengan PPE karena kurangnya komitmen dari pimpinan dan belum memanfaatkan semaksimal mungkin sarana (*morning meeting*) pertemuan internal yang ada untuk mensosialisasikan Juklak juknis Gakin tahun 2009. Dan rumah sakit B telah melaksanakan kendali biaya sesuai dengan pedoman Departemen Kesehatan pada tahun 2007 yaitu melakukan kontrol terhadap pembayaran ; yakni pengawasan terhadap pembayaran PPK dan pengawasan pengeluaran administrasi, pemantauan utilisasi ("*Utilization Review*") dan

melaksanakan kendali mutu pemeliharaan kesehatan (standar prosedur, standar obat, standar alkes, program promosi, pembinaan dan penyuluhan).



BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. KESIMPULAN

Setelah menganalisa hasil penelitian dan melakukan pembahasan maka dapat disimpulkan inti dari penelitian ini, adalah sebagai berikut :

- 7.1.1. Karakteristik pasien dengan nilai rata-rata biaya kasus katastrofik paling tinggi di ditemukan pada variable golongan umur 5 – 14 tahun sebesar Rp. 21.172.562,- dan yang terendah pada variabel lama hari rawat dengan rentang 1 – 14 hari yaitu Rp. 10.695.618,-. Dari factor rumah sakit nilai rata-rata biaya kasus katastrofik paling tinggi ditemukan pada variable klas pelayanan D rumah sakit sebesar Rp. 37.488.990,- dan yang terendah pada variabel jumlah tempat tidur 100 – 199 TT yaitu Rp. 13.805.220,-.
- 7.1.2. *Determinan* biaya kasus katastrofik adalah factor umur ($p = 0,001$), lama hari rawat ($p = 0,0005$), kepemilikan jaminan ($p = 0,023$). Biaya kasus katastrofik juga dipengaruhi oleh factor rumah sakit dimana pasien mendapatkan pelayanan kesehatan yaitu factor jumlah tempat tidur ($p=0,03$).
- 7.1.3. Banyaknya pasien yang berobat ke rumah sakit pemerintah, dimana kurangnya pengawasan dalam menentukan pasien dengan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh dan diganti penuh dan *system* informasi yang tidak jalan baik Bapel atau PPK maka akan mengakibatkan tingginya biaya kasus katastrofik yang merupakan ancaman ke depan bagi Pemda DKI Jakarta karena biaya semakin meningkat.
- 7.1.4. Gambaran kendali biaya yang dilaksanakan di dua rumah sakit terpilih, didapatkan bahwa rumah sakit yang jumlah tempat tidurnya rendah dan belum terakreditasi belum sepenuhnya melaksanakan kendali biaya karena tidak memiliki dokumen atau acuan yang lengkap contoh standar prosedur, standar obat, standar alkes, dll. Sedangkan di rumah sakit dengan jumlah tempat tidurnya tinggi dan telah terakreditasi memiliki kendali biaya yang tinggi karena rumah sakit tersebut telah memiliki *system* contohnya seluruh

kegiatan berpedoman kepada protap yang ada, bukti kegiatan terdokumentasi dengan baik, dll.

7.2. SARAN

Untuk mengatasi permasalahan dalam penelitian ini, penulis mencoba memberikan saran-saran adalah sebagai berikut :

7.2.1. Bagi Kementerian Kesehatan RI

- Meningkatkan sosialisasi akreditasi rumah sakit minimal 5 pelayanan khususnya di rumah sakit swasta di DKI Jakarta.
- Tindakan tegas bagi rumah sakit yang tidak akreditasi dengan menunda izin rumah sakit yang dilaksanakan 5 tahun sekali dengan dibuatkannya rekomendasi penundaan izin rumah sakit. Untuk rumah sakit kelas pelayanan A dan B di Dir.Jend.Yan.Medik Spesialistik, Dep.Kes.RI dan rumah sakit kelas pelayanan C dan D di Sub.Bid. Spesialistik dan Tradisional Dinas Kesehatan Prov.DKI Jakarta.
- Meningkatkan pemantauan terhadap data kesehatan karena masih ada data yang tidak sesuai di lapangan contohnya rumah sakit indah medika, jakarta selatan sudah tidak beroperasi lagi sejak tahun 2000 akan tetapi masih ada dalam daftar rumah sakit tahun 2008.

7.2.2. Bagi Pemda DKI Jakarta khususnya Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta

- Meningkatkan system informasi pada penentuan biaya kasus katastrofik dengan menggunakan computer.
- Meningkatkan pembinaan dan pengawasan terhadap petugas verifikasi (SDM) dalam penentuan kepemilikan jaminan tidak diganti penuh dan diganti penuh dalam biaya kasus katastrofik (Pelatihan-pelatihan, Team building, dll).
- Meningkatkan pengawasan atau kontrol terhadap pembayaran yaitu pengawasan terhadap pembayaran PPK/rumah sakit dan pengawasan pengeluaran administrasi dengan melakukan rekapitulasi lengkap terhadap data klaim biaya kasus katastrofik (contoh form verifikasi tarif *INA DRG*, Dep.Kes, dll).

- Meningkatkan monitoring evaluasi terhadap kendali biaya dan kendali mutu secara rutin (contoh 6 bulan sekali, dll) atau supervise dengan pihak PPK/rumah sakit dalam pelaksanaan pedoman Juklak dan Juknis Gakin di DKI Jakarta sehingga dapat terlihat sampai seberapa jauh angka kepatuhan PPK/rumah sakit terhadap pedoman yang telah dibuat oleh Bapel/Dinas Kesehatan.
- Meningkatkan program sosialisasi terhadap pedoman. Karena banyaknya rumah sakit, maka disarankan sosialisasi dilaksanakan per wilayah, dll.
- Meningkatkan pengembangan terhadap laporan atau data yang ada agar selalu dianalisis untuk dapat memberikan informasi atau masukan bagi para pengambil keputusan tentang reformasi kebijakan yang pro poor dan perencanaan pembiayaan dalam pembuatan kebijakan pelayanan JPK-Gakin, OT, Panti dan SKTM .

7.2.3. Bagi rumah sakit

- Bagi rumah sakit yang belum terakreditasi/ISO disarankan untuk segera mengakreditasikan atau mensertifikasikan rumah sakitnya.
- Bagi rumah sakit yang telah terakreditasi disarankan untuk tetap mempertahankan dan meningkatkan system yang ada dengan cara terus melakukan tindakan improvement.
- Dalam mengajukan biaya kasus katastrofik untuk tetap mengacu kepada Juklak dan Juknis Gakin dan pedoman PPE dan jika terdapat selisih PPE agar proaktif kepada Bapel/Dinas Kesehatan sehingga dapat solusi terhadap ketidaksesuai tersebut.
- Meningkatkan kendali biaya dan kendali mutu dengan melakukan pengawasan atau kontrol terhadap pembayaran yaitu pengawasan terhadap pengajuan klaim dan pembayaran biaya kasus katastrofik melalui pemantauan proses terhadap biaya yang diajukan dan biaya yang diterima dengan pedoman yang ada.
- Meningkatkan upaya promotif dan preventif cth. menginformasikan penyakit Tb dengan seminar, penyuluhan dan pembinaan internal rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Andersen.1968.*Andersen's behavioral model of health services use* diunduh www.answers.com/topic/predisposing-factors tanggal 19 Februari 2010
- Biro Pusat Statistik, 2010, *Jumlah penduduk miskin*, <http://www.bps.go.id> judul penduduk miskin, diunduh kamis, 11 Maret 2010
- Biro Pusat Statistik, 2010, *Inflasi*, <http://www.bps.go.id> judul inflasi, diunduh kamis, 11 Maret 2010
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas A. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.* Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas B. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.* Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas C & D. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.* Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Buku Tarif INA-DRG RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta. Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik.* Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Kepmenkes nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jamkesmas Tahun 2008.* Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI. 2007. *Modul Pelatihan Dasar-dasar Teknis Kendali Biaya Dan Kendali Mutu dalam Jaminan Kesehatan.* Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Depkes.RI
- Departemen Kesehatan RI.2006. *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (ASKESKIN).* Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Di Rumah Sakit.* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Dep. Kes. RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Daftar Rumah Sakit Di Indonesia.* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Dep. Kes. RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Statistik Rumah Sakit Di Indonesia Seri 1 Kegiatan Pelayanann.* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Dep. Kes. RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009.*Statistik Rumah Sakit Di Indonesia Seri 2 Ketenagaan.* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Dep. Kes. RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Statistik Rumah Sakit Di Indonesia Seri 3 Morbiditas/Mortalitas.* Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Dep. Kes. RI.

- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.2009. *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis (Juklak-Juknis) Jaminan Kesehatan Pemeliharaan bagi Keluarga Miskin, Kurang Mampu dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta.*
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.2009. *Realisasi Data Peserta Program JPK-Gakin Tahun Anggaran 2007 sd 2009.*Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.* Depkes RI.
- Departemen Kesehatan RI. 2009. *Undang – Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.* Depkes RI.
- Dinas Kesehatan Provinsi DKI Jakarta.2007.*Paket Pelayanan Esensial Rumah Sakit (PPE RS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Provinsi DKI Jakarta revisi.*
- Feldstein, Paul J.1993.*Health Care Economic* hal.214 – 259.
- Gani, Ascobat. 1996. *Pembiayaan Kesehatan di Indonesia.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Gottret, Pablo. 2006. *Health Financing Revisited a practioner’s guide.* The World Bank, Washingto, DC.
- Harian suara merdeka, 2010. *Inflasi.* [www.suara merdeka cybernews.com](http://www.suara-merdeka.com), inflasi 2008 capai 11,06persen, diunduh tanggal 4 Maret 2010
- Hastono, Sutanto Priyo.2007. *Analisis Data Kesehatan.* Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.
- Ilyas, Yaslis. 2006. *Asuransi Kesehatan Review Utilisasi Manajemen Klaim dan Fraud,* Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok.
- Ilyas, Yaslis. 2005. *Dasar – Dasar Asuransi Kesehatan Bagian A.* Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI), Jakarta.
- Ilyas, Yaslis. 2005. *Dasar – Dasar Asuransi Kesehatan Bagian B.* Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (PAMJAKI), Jakarta.
- Kependudukan Catatan Sipil, 2010, *Jumlah penduduk DKI Jakarta,* <http://www.kependudukancapil.go.id>, diunduh kamis 11 Maret 2010.
- Retno Luckyatiningsih.1997.*Analisis Klaim Biaya Pelayanan Kesehatan Program Jaminan Pelayanan Kesehatan Dasar Plus di Rumah Sakit Sejabotabek Tahun 1996.*FKM UI.Depok.
- Sjaaf, Amal C.1994. *Program Cost Containment di Rumah Sakit (Tanggapan dalam mengantisipasi perkembangan tekhnologi kesehatan di Indonesia).* Cermin Dunia

Kedokteran, edisi khusus no.90. diunduh www.cost_containment_rumah_sakit.com. tanggal 24 Maret 2009.

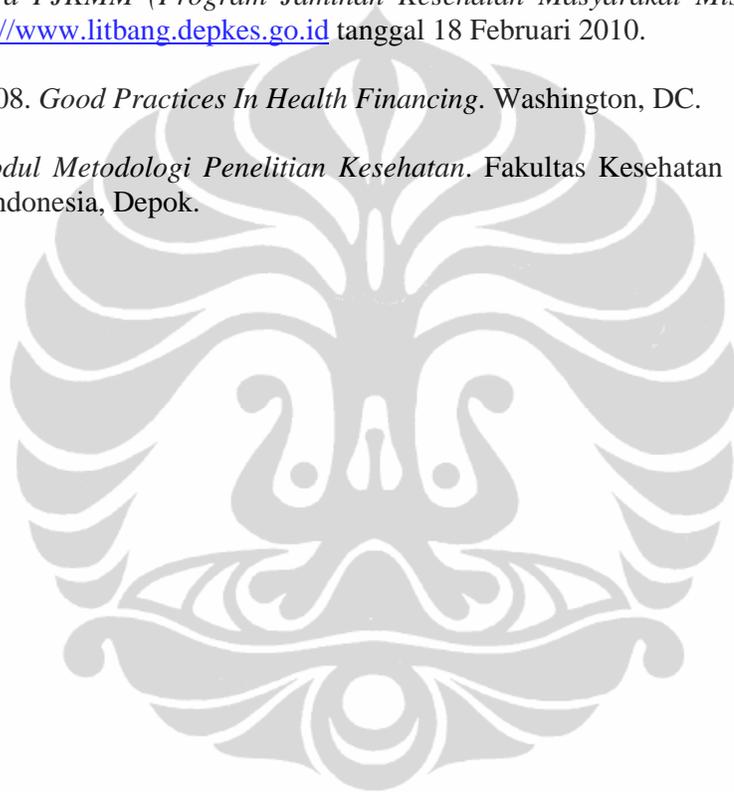
Soejitno, Soedarmono, dkk. 2000. *Reformasi Perumusan Indonesia*. Bagian Penyusunan Program dan Laporan Ditjen Pelayanan Medik, Dep.Kes R.I-WHO, Jakarta. Hal 132-133.

Sorkin, Alan L. 1985. *Health Economics : An Introduction*. University of Maryland Baltimore County, and The Johns Hopkins University.

Tim FKM UI. April 2006. *Studi Telaah efisiensi dan Efektifitas Administrasi dan Keuangan Penyelenggara PJKMM (Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Miskin)*. Depok diunduh <http://www.litbang.depkes.go.id> tanggal 18 Februari 2010.

The World Bank. 2008. *Good Practices In Health Financing*. Washington, DC.

UI, FKM. 2007. *Modul Metodologi Penelitian Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok.



KUISIONER
DETERMINAN BIAYA KASUS KATASTROPIK PASIEN RAWAT INAP PENYAKIT PARU JPK-GAKIN, ORANG TERLANTAR, PANTI DAN SKTM DI DINAS KESEHATAN PROVINSI DKI JAKARTA TAHUN 2009

Terima kasih atas kesediaannya mengisi kuisisioner ini, tujuan kuisisioner ini untuk mendapatkan determinan dan kendali biaya kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan DKI Jakarta Tahun 2009.

A. DATA RESPONDEN

- 1. Nama :
- 2. Jabatan :
- 3. Unit Kerja :
- 4. No. Telp. :

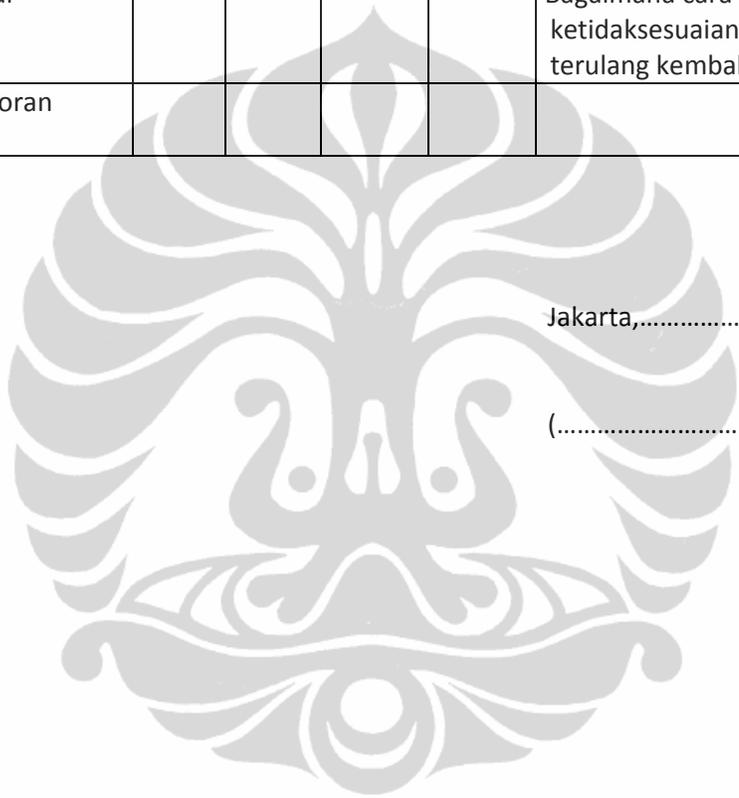
B. DATA PENGENDALIAN BIAYA KASUS KATASTROPIK

- 1. Definisi biaya kasus katastrofik
.....
.....
- 2. Bagaimana cara meningkatkan efisiensi terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan?
.....
.....
- 3. Bagaimana cara meningkatkan efisiensi terhadap penggunaan input yang biayanya rendah?
.....
.....
- 4. Bagaimana system pembayaran klaim kasus katastrofik selama ini ?
.....
.....
- 5. Apakah RS memiliki pedoman PPE 1. Ya 2. Tidak
 - a. Jika Ya, pedoman PPE tahun.....
 - b. Jika Tidak, karena.....
- 6. Apakah Bapel pernah mengundang RS untuk sosialisasi pedoman PPE 1. Ya 2. Tidak
 - a. Jika Ya, kapan.....

Pedoman /acuan dalam pengendalian biaya yang dilakukan:

No.	Uraian	Doku men		Pelaks anaan		Keterangan
		Ada	Tidak	Ya	Tidak	
1	Peningkatan Efisiensi					
	- Standar Prosedur/Instruksi kerja					- Bagaimana cara meningkatkan efisiensi terhadap peralatan yang digunakan dalam pemberian pelayanan kesehatan?
	- Standar Obat - Standar Alkes - Standar ketenagaan (kompetensi)					- Bagaimana cara meningkatkan efisiensi terhadap penggunaan input yang biayanya rendah?
2	Sistem Pembayaran					
	- Free For Service (FFS) mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial (PPE)					- Bagaimana system pembayaran klaim kasus katastrofik selama ini ? - Bagaimana cara mengendalikan biaya klaim kasus katastrofik?
3	Standarisasi Pelayanan					
	- Standar Pelayanan Medis					- Bagaimana memprediksi dan mengendalikan biaya?
	- Standar Pelayanan Administrasi					
4	Pembinaan, Promosi dan Penyuluhan Kesehatan					
	- Program pembinaan (seminar cth.kupas tuntas masalah TB,dll)					- Apakah memiliki program pembinaan? Sebutkan.....
	- Program promosi (senam asma,artikel kes di madding,dll)					- Apakah memiliki program promosi/promotif? Sebutkan.....
	- Program penyuluhan kesehatan (imunisasi, dll)					- Apakah memiliki program penyuluhan kesehatan? Sebutkan.....
5	Kendali biaya melalui perencanaan (prospective)					- Bagaimana pelaksanaan kendali biaya yang dilakukan sebelum pelaksanaan/transaksi?
	- Ikatan kerja sama Bapel					

	/Dinas dgn PPK/RS					
6	Kendali biaya melalui Concurrent					-Kendali/upaya apa yang dilakukan supaya pelayanan peserta tidak berlebihan?
	- Pemantauan peserta (pelayanan peserta tdk berlebihan)					
7	Kendali biaya melalui Restrospective					-Bagaimana cara mengendalikan ketidaksesuaian supaya tidak terulang kembali?
	- Evaluasi/Analisa laporan kasus katastrofik					



Jakarta,.....

(.....)

DAFTAR RALAT UJIAN TESIS

“Determinan dan kendali biaya kasus katastrofik pasien rawat inap penyakit paru JPK-Gakin, Orang Terlantar, Panti dan SKTM di Dinas Kesehatan DKI Jakarta Tahun 2009”

Hari/Tanggal : Kamis, 1 Juli 2010
 Waktu : 16.00 WIB
 Tempat : Gedung G 103
 Oleh : Asianti Y

NO.	HALAMAN	TERTULIS	SEHARUSNYA	KET.
1		Abstrak		Terlampir
2	1 alinea 2	Departemen	Kementrian	
3	2 alinea 2	Departemen	Kementrian	
4	3 alinea 2	gakin	Keluarga miskin	
5	5 Baris ke 10	...penyakit jantung.	..penyakit jantung di Dinas Kesehatan DKI jakarta	
6	5 alinea 2	analisis	Gambaran sebenarnya	
7	6 point 1.4.2.2	...determinan yang berhubungan dengan biaya katastrofik	...determinan biaya kasus katastrofik	
8	7 point 1.5	...rawa inap.....	...rawat inap...	
9	10 alinea 3	(1983)	(1988)	
10	40	...penelitian memperoleh....	...penelitian yaitu memperoleh...	
11	42	3.2.6	3.2.7	
12	42	3.2.7	3.2.8	
13	42	3.2.8	3.2.9	
14	43	3.2.9	3.2.10	
15	43	3.2.10	3.2.11	
16	45			Terlampir
17	63 alinea 3	...katastrofik paling tinggi ditemukan pada kepemilikan...	...katastrofik pada kepemilikan.....	
18	66 alinea 1	...pasien yang diajukan dan disetujui....	...pasien yang disetujui....	
19	68			Terlampir
20	71			Terlampir
21	72			Terlampir
22	Lampiran			Terlampir