



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERBANDINGAN ANTARA METODE PEMBAYARAN IN-
DRG DENGAN FFS TERHADAP EFISIENSI DAN MUTU
LAYANAN UNTUK KASUS *SECTIO CAESARIA* DI RSUD
KOTA BANDUNG 2010**

TESIS

**OKTAVIANA MUHARROMAH
0906502683**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
UNIVERSITAS INDONESIA
JANUARI 2011**

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Oktaviana Muharromah

NPM : 0906502683

Mahasiswa Program : S 2 Kajian Administrasi Rumah Sakit

Tahun Akademik : 2009

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

**Perbandingan Antara Metode Pembayaran INA-DRG Dengan FFS
Terhadap Efisiensi dan Mutu Layanan Untuk Kasus *Sectio Caesaria* di
RSUD Kota Bandung 2010**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 4 Januari 2011



(Oktaviana Muharromah)

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Oktaviana Muharromah

NPM : 0906502683

Tanda tangan :

Tanggal : 4 Jan' 2011

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh:

Nama : Oktaviana Muharromah
NPM : 0906502683
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Perbandingan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Atik Nurwahyuni, S.KM, M.Kes (.....)
Penguji Dalam: Pujiyanto, SKM, M.Kes (.....)
Penguji Dalam: drg. Wahyu Sulistadi, MARS (.....)
Penguji Luar : dr.Kuntum Cheyra, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 4 Januari 2011

ABSTRAK

Nama : Oktaviana Muharromah
NPM : 0906502683
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Perbandingan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010

Penelitian ini bertujuan untuk melihat perbandingan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi dan mutu layanan pada kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung. Desain penelitian adalah penelitian dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. pengumpulan data dilakukan dengan penelaahan terhadap Rekam Medis rawat inap, Rekam Medis rawat jalan, nota perincian perawatan dan laporan farmasi. Selain itu dengan wawancara mendalam kepada pihak yang terkait.

Metode pembayaran INA-DRG mempunyai tujuan untuk mendorong efisiensi dan mutu layanan, dari hasil penelitian di RSUD Kota Bandung pada kasus *Sectio Caesaria*, metode pembayaran INA-DRG gagal mendorong efisiensi untuk kasus tersebut. Namun, untuk kasus *Sectio Caesaria* pihak Rumah Sakit memberikan pelayanan yang sama dengan metode pembayaran FFS sehingga tidak terjadi penurunan pada mutu layanan di RSUD Kota Bandung.

Hal ini dikarenakan konsep INA-DRG yang kurang dipahami dan tidak terimplementasi pada kasus *Sectio Caesaria* oleh pihak RSUD Kota Bandung. Terlihat pada utilisasi visit dokter, laboratorium, obat dan bhp yang diberikan sama seperti metode pembayaran FFS. Disarankan bagi RSUD Kota Bandung agar mengevaluasi manajemen INA-DRG yang sedang berjalan di Rumah Sakit. Sehingga Rumah Sakit dapat mengetahui bagian-bagian yang harus diperbaiki terutama pada sosialisasi INA-DRG dan mengaplikasikan konsep INA-DRG agar tujuan implementasi INA-DRG tercapai dan Rumah Sakit dapat merasakan pengaruh metode pembayaran INA-DRG di semua kasus.

Kata kunci : INA-DRG, efisiensi, mutu layanan, *Sectio Caesaria*

ABSTRACT

Nama : Oktaviana Muharromah
NPM : 0906502683
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : The difference between INA-DRG payment method with FFS on the efficiency and quality of service in case Sectio Caesaria in Bandung Hospital 2010

This study aimed to evaluate the difference between INA-DRG payment method with FFS on the efficiency and quality of service in case Sectio Caesaria in Bandung Hospital. Design research is research with quantitative and qualitative approaches. Data collection is done by a review of Medical Records Inpatient, Outpatient Medical Record, note the details of care and pharmacy reports. In addition to in-depth interview to the parties concerned.

INA-DRG payment method has the objective to promote efficiency and quality of service, the result in hospitals on the upcoming Caesaria Sectio case, INA-DRG payment method fail to encourage efficiency to the case. However, for cases Sectio Caesaria party's Hospital providing services similar to the FFS payment method so that no decrease in quality of care in hospitals in Bandung.

This is because the concept of INA-DRG are poorly understood and not implemented in the case Sectio Caesaria by the hospital in Bandung. Seen on the utilization of physician visits, laboratory, medication and given the same bhp as the FFS payment method.

Suggested for hospitals to evaluate the management of Bandung INA-DRG ongoing at the hospital. So that's Hospital to find out the parts that should be improved especially in the socialization of INA-DRG and apply the concept of INA-DRG for implementation of INA-DRG goal is reached and the Hospital can feel effect of INA - DRG payment method in all cases .

Key words: INA-DRG, efficiency, service quality, *Sectio Caesaria*

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TESIS UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : Oktaviana Muharromah

NPM : 0906502683

Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit

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 tesis saya yang berjudul :

“Perbandingan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *sectio caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010”

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 tesis saya selama tetap mencatumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada Tanggal : 4 Januari 2011

Yang menyatakan



(Oktaviana Muharromah)

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang dibutuhkan semakin sulit dikarenakan kecenderungan meningkatnya biaya pemeliharaan kesehatan terutama pada pembiayaannya harus ditanggung sendiri (*out-of-pocket*) dalam sistem tunai (*fee-for-service*). Kenaikan biaya pemeliharaan kesehatan itu semakin sulit diatasi oleh kemampuan penyediaan dana pemerintah maupun masyarakat. (PPJK Depkes, 2008).

Metode pembayaran *fee-for-service* (retrospektif) adalah metode pembayaran dimana besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar ditetapkan setelah pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan. Metode ini tidak membatasi biaya perawatan maksimal seorang pasien yang dirawat di Rumah Sakit. Model pembayaran *fee-for-service* cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

Pada pasal 28 H ayat (1) menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan bathin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dilanjutkan pada pasal 34 ayat (1) bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara, sedangkan pada ayat (3) bahwa Negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak.

Berdasarkan Konstitusi dan Undang-undang tersebut pemerintah dalam hal ini Departemen Kesehatan telah melaksanakan penjaminan pelayanan kesehatan terhadap masyarakat miskin dan tidak mampu. Pemerintah telah melakukan beberapa kebijakan pendanaan kesehatan masyarakat miskin, antara lain program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK), Program Penanggulangan Dampak Pengurangan Subsidi Energi Bidang Kesehatan (PDPSE-BK), dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak Bidang Kesehatan (PKPS-BBM), kemudian pada tahun 2005 dengan nama ASKESKIN.

Program ASKESKIN berubah menjadi program Jamkesmas pada bulan September 2008, model pembayaran pelayanan kesehatan pasien keluarga miskin berdasarkan *prospective payment system*, yaitu metode pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan diberikan kepada pasien, tanpa memperhatikan tindakan medis yang diberikan atau lamanya hari perawatan. Hal ini sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 dan Nomor 807/Menkes/E/VIII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008.

Sistem pembayaran seperti ini didasarkan pada keadaan yang menggambarkan berbagai tipe (*mix*) kondisi pasien atau penyakit (*cases*) selama berobat/dirawat di Rumah Sakit. Sistem ini disebut *casemix*, yaitu sistem klasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di Rumah Sakit berdasar pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem *casemix* yang paling banyak dikenal saat ini *Diagnosis Related Group's* (DRG), yaitu pengelompokan pelayanan medik ke dalam suatu besaran pembiayaan tertentu berdasarkan diagnosis penyakit.

Di Indonesia dikenal dengan *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). INA-DRG *casemix* berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah hari rawat dan besar biaya per-diagnosis penyakit. Keuntungan menggunakan INA-DRG adalah transparansi tarif atas biaya pelayanan yang diberikan serta adanya perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik.

Jadi saat ini Rumah Sakit memiliki metode pembayaran bermacam-macam, salah satunya metode pembayaran INA-DRG dimana metode pembayaran INA-DRG ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa. Depkes mengharapkan dari metode pembayaran INA-DRG tersebut, dapat mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terjadi kendali mutu dan biaya, sama seperti tujuan dari implementasi penyelenggaraan INA-DRG.

Dalam pelaksanaannya di RSUD Kota Bandung untuk kasus *Sectio Caesaria* mengeluarkan biaya yang dikeluarkan untuk perawatan pasien *Sectio Caesaria* melebihi tarif paket INA-DRG yang sudah ditetapkan Depkes sebesar Rp.1.200.000. Berdasarkan gambaran tersebut, peneliti ingin melihat pengaruh metode pembayaran INA-DRG terhadap efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung.

Selama ini metode pembayaran di Rumah sakit menggunakan FFS maka untuk melihat pengaruh pembayaran dengan metode INA-DRG terhadap efisiensi dan mutu layanan, metode pembayaran INA-DRG akan dibandingkan dengan FFS.

Efisiensi dilihat dari *billing* Rumah Sakit dan Rekam Medis, obat, BHP serta laboratorium. Mutu pelayanan dilihat dari lama hari rawat, kelengkapan Rekam Medis dan infeksi pasca operasi.

1.2 Rumusan Masalah

Dengan dikeluarkannya kebijakan baru dalam metode pembayaran, Depkes mengharapkan dalam pelaksanaannya mendorong peningkatan efisiensi dan mutu layanan di setiap Rumah Sakit yang menggunakan metode pembayaran INA-DRG. Namun, pada pelaksanaannya pada RSUD Kota Bandung mengeluarkan biaya yang dikeluarkan untuk kasus *Sectio caesaria* melebihi tarif paket yang sudah ditetapkan.

Tapi sampai sekarang belum pernah ada penelitian yang mendukung tujuan diberlakukannya metode pembayaran INA-DRG di Rumah Sakit. Berdasarkan gambaran tersebut, peneliti meneliti pengaruh metode pembayaran INA-DRG terhadap efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Apakah ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.3.2 Apakah ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?

1.4 Tujuan Penelitian

- 1.4.1 Tujuan Umum
 - 1.4.1.1 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap efisiensi untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
 - 1.4.1.2 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2 Tujuan Khusus
 - 1.4.2.1 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap biaya tindakan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
 - 1.4.2.2 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap biaya akomodasi untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
 - 1.4.2.3 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap utilisasi dan biaya *visit* dokter untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
 - 1.4.2.4 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap utilisasi dan biaya laboratorium untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?

- 1.4.2.5 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap utilisasi dan biaya obat untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2.6 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap utilisasi dan biaya alat dan BHP untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2.7 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap biaya total keseluruhan untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2.8 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap lama hari rawat untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2.9 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap kelengkapan Rekam Medis, laporan operasi dan resume medis untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?
- 1.4.2.10 Mengetahui perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS terhadap infeksi pasca operasi untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung 2010?

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi Peneliti

Dalam melakukan penelitian ini penulis mendapatkan manfaat yang besar yaitu mendapatkan pengetahuan dan wawasan baru terkait pengaruh metode pembayaran INA-DRG khususnya untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung.

1.5.2 Manfaat bagi RSUD Kota Bandung

1.5.2.1 Mendapatkan input untuk meningkatkan efisiensi dan mutu layanan di Rumah Sakit.

1.5.2.2 Rumah Sakit dapat mengatur kembali efisiensi untuk kasus bedah sesar agar tujuan implementasi penyelenggaraan INA-DRG tersebut tercapai.

1.5.2.3 Rumah Sakit dapat mensosialisasikan kembali konsep INA-DRG pada setiap bagian, tidak terkecuali. Agar peningkatan efisiensi dapat dirasakan di semua aspek.

1.5.3 Manfaat bagi Pendidikan

Bagi dunia pendidikan diharapkan dapat menjadi langkah awal untuk melakukan penelitian yang lebih mendalam terkait penyebab pengaruh metode pembayaran INA-DRG dengan FFS yang ada di RSUD Kota Bandung jika ada dengan kasus yang berbeda.

1.6 Ruang Lingkup

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Bandung dengan objek penelitian adalah kasus *Sectio Caesaria* (murni) dengan kode INA-DRG (146101) pada bulan Januari sampai Agustus 2010. Penelitian ini dilakukan di bagian Rekam Medis, poli kandungan, bagian pelayanan medis, keuangan, laboratorium serta farmasi di RSUD Kota Bandung selama bulan September sampai bulan Desember 2010.

hpBAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Efisiensi

Secara umum efisiensi diartikan sebagai pencapaian output (Y) secara maksimum dari kombinasi sumber-sumber (input – I) yang tetap (Swasono, 1995). Rowe *et al.* (1990) sesuai teori sistem umum, efisiensi diukur atas dasar perbandingan antara keluaran sebenarnya (*actual outputs*) yang dihasilkan dengan masukan sebenarnya (*actual inputs*) yang dipergunakan, dimana keluaran dimaksimalkan terhadap masukan. Efisiensi menunjukkan penggunaan sumber daya dan dana berupa investasi, teknologi, manusia, reputasi badan usaha untuk menghasilkan produk-produknya.

Kohler dalam Kohler's Dictionary for Accountant (1983) mendefinisikan efisiensi dalam pengertian populer sebagai tingkat profitabilitas (*rate of profitability*).

Selanjutnya dalam pengertian ekonomi dibagi dalam dua pengertian, yaitu:

- *Cost efficiency*, merupakan kemampuan untuk memproduksi pada tingkat tertentu dengan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan para produsen lain, atau dengan biaya yang sama memproduksi pada tingkat yang lebih tinggi.
- *Technical efficiency*, merupakan kemampuan untuk menghasilkan output sebesar mungkin dari jumlah input tertentu, atau menghasilkan jumlah output yang sama dengan input sekecil mungkin.

Perbedaan dari dua pengertian tersebut adalah bahwa yang pertama menekankan pada segi biaya atau harga sedangkan yang terakhir menekankan pada segi fisik.

Arti efisiensi dan produktivitas sebagai konsep hubungan masukan dengan keluaran yang dipandang dari dua aspek yang berbeda. Efisiensi merupakan ukuran konsumsi masukan untuk setiap keluaran yang dapat dihasilkan dari tiap masukan yang dikonsumsi dalam suatu proses atau kegiatan (Mulyadi, 1995).

Menurut WHO (*Expert Committee on Health Statistic*) 1971, efisiensi adalah pencapaian usaha dalam bentuk hasil akhir dibandingkan dengan penggunaan uang, waktu dan sumber daya yang ada.

Terdapat dua konsep efisiensi, yaitu efisiensi teknis (*technical efficiency*) dan efisiensi alokasi (*allocative efficiency*) menurut Swasono (1995) dan Pasay (1995). Efisiensi teknis mencerminkan kapasitas suatu satuan ekonomi untuk menghasilkan keluaran (output) sebesar mungkin dengan menggunakan seperangkat masukan (input) dan teknologi tertentu. Efisiensi alokasi menggambarkan kemampuan satuan ekonomi untuk menyamakan nilai produk marginal dengan biaya marginal dalam menghasilkan luaran (output).

Miller (1982) *economic efficiency* adalah suatu gambaran tentang keadaan proses produksi dimana suatu tingkat produksi tertentu sudah dilakukan dengan biaya produksi pulang rendah. Suatu unit usaha secara ekonomi akan efisiensi bila secara bersamaan terpenuhi kondisi *technical efficiency* dan *price efficiency*.

Kuswardhani (1995), efisiensi berkaitan dengan hubungan antara input dan output. Istilah lain yang berkaitan adalah produktivitas, tapi dalam produktivitas focus utama terletak pada input tertentu dan hubungannya dengan output yang dihasilkan. Dengan kata lain, produktivitas merupakan rasio partial antara output dan input (tertentu) sedang efisiensi merupakan rasio antara output dengan kombinasi seluruh input (Swasono, 1995).

2.2 Mutu Pelayanan

2.2.1 Definisi Mutu

Menurut Sami Yacobalis (1991) mutu adalah derajat dipenuhinya kebutuhan masyarakat atau perorangan akan asuhan kesehatan yang sesuai dengan standar profesi yang baik, dengan memanfaatkan sumber daya secara wajar, efisiensi, efektif dalam keterbatasan kemampuan pemerintah dan masyarakat, diselenggarakan secara aman dan memuaskan bagi pasien, sesuai dengan norma etika yang baik dengan tujuan tercapai, menjaga atau memulihkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat atau perorangan dan dengan hasil akhir yang selayaknya diharapkan.

Aspek mutu terdiri dari :

- Aspek klinis / profesi : Tenaga kesehatan (pengetahuan, sikap dan perilaku)
- Aspek efisiensi : pemanfaatan sumber daya yang ada di Rumah Sakit.
- Aspek keselamatan (pasien) : kepuasan pasien dan pasien sembuh.

Azwar (1994) mengutip diantara banyak pengertian dan definisi mutu, yaitu :

1. Menurut Crosby (1989) mutu adalah pemenuhan terhadap standar (*Quality is compliance with standart*).
2. Menurut Juran (1988), mutu adalah pemenuhan terhadap kepuasan konsumen.

Dengan demikian mutu mempunyai dua sisi yang tidak dapat dipisahkan, yaitu pemenuhan terhadap suatu standar atau tolak ukur dan pemenuhan terhadap harapan konsumen.

Konsumen atau pelanggan suatu Rumah Sakit tidak hanya pasien yang datang ke Rumah Sakit, tetap meliputi: pasien, keluarga pasien, teman, atau pengunjung lainnya, pemerintah, asuransi kesehatan, pemasok, pelanggan dari Rumah Sakit itu sendiri (*internal consumer* misal dokter, perawat dan petugas lain).

American Society for Quality Control, mutu adalah keseluruhan karakteristik dari suatu produk/jasa dalam hal kemampuannya untuk memenuhi kebutuhan yang telah ditentukan atau bersifat laten (Lupiyoadi, 2001). Goetsch dan Davis dalam Mauludin (2001) mengatakan kualitas merupakan suatu kondisi dinamis yang berhubungan dengan produk, manusia, proses dan lingkungan yang memenuhi harapan.

Wijono (1999) mendefinisikan mutu sebagai adanya kecocokan dalam penggunaan hal ini yang berarti yaitu:

1. Mutu sebagai kesempurnaan produk dimana semakin sempurna suatu produk, maka produk itu akan dianggap baik mutunya.
2. Mutu sebagai produk yang bebas dari kekurangan dimana semakin sedikit kekurangan dianggap baik mutunya.
3. Mutu adalah kegiatan tanpa salah dalam melakukan pekerjaan.
4. Mutu adalah *expertise* atau keahlian yang selalu dicurahkan kepada pekerjaan.

2.2.2 Dimensi Mutu

Dimensi mutu menurut Robert Maxwell (1992) seperti yang dikutip oleh Thomson (1996) adalah:

1. *Access factor*, misal letak geografis, mudah dicapai dengan transportasi, waktu tunggu perlindungan.
2. *Relevance to need*, sesuai dengan profil kesehatan dari kelompok atau populasi dimana pelayanan tersebut berada.
3. *Effectiveness*, kemampuan memberikan pengobatan dan pelayanan dengan hasil seperti yang diharapkan.
4. *Equity*, kewajaran dari distribusi sumber daya sistem pembiayaan kesehatan masyarakat.
5. *Social acceptability*, termasuk kondisi lingkungan, komunikasi dan privasi.
6. *Efficiency dan economy*, pemberian pelayanan yang terbaik dengan biaya yang memadai.

Menurut Gerson F. (2001), Wiratno (1998) dan Parasuraman dkk (1990) dalam mengukur mutu suatu jasa pelayanan, maka model yang sering digunakan adalah model Servqual (*Service Quality*) dimensi mutu pelayanan jasa antara lain:

1. *Reliability* (keandalan) adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa kemampuan untuk memberikan pelayanan yang optimal dan akurat dan merupakan pernyataan tentang kemampuan dalam memenuhi janji (Kotler, 1995 dalam Mauludin, 2001).
2. *Tangibles* (bukti langsung) adalah dimensi mutu pelayanan yang berupa penampilan fasilitas fisik, perlengkapan, penampilan karyawan dan peralatan komunikasi.
3. Empati adalah dimensi mutu pelayanan tentang kepedulian dan perhatian yang sungguh-sungguh kepada konsumen secara perorangan.
4. *Responsiveness* (daya tanggap) adalah dimensi mutu pelayanan tentang kemauan untuk membantu konsumen dan memberikan pelayanan dengan segera dan tepat.
5. *Assurance* (jaminan) adalah dimensi mutu pelayanan berupa jaminan yang mencakup kesopanan, pengetahuan, kemampuan karyawan, keamanan dan dapat dipercaya.

2.2.3 Definisi Pelayanan

Pelayanan adalah setiap kegiatan dan manfaat yang dapat diberikan oleh suatu pihak ke pihak lain yang pada dasarnya tidak berwujud dan tidak perlu berakibat pemilikan sesuatu (Kotler, 1993). Sedang pelayanan oleh Gasper dalam Mauludin (2001) didefinisikan sebagai aktivitas pada keterkaitan antara pemasok dan pelanggan untuk memenuhi kebutuhan pelanggan.

2.2.4 Unsur-unsur Pelayanan

Dalam memasarkan produknya produsen selalu berusaha untuk memuaskan keinginan dan kebutuhan para pelanggan lama dan baru. Menurut Tjiptono (2004) pelayanan yang baik karena dapat menciptakan loyalitas pelanggan yang semakin melekat erat dan pelanggan tidak berpaling ke perusahaan lain. Oleh karena itu penjualan atau produsen perlu menguasai unsur-unsur berikut:

a. Kecepatan

Kecepatan adalah waktu yang digunakan dalam melayani konsumen atau pelanggan minimal sama dengan batas waktu standar pelayanan yang ditentukan oleh perusahaan.

b. Keamanan

Kecepatan tanpa ketepatan dalam bekerja tidak menjamin kepuasan pelanggan. Oleh karena itu ketepatan sangat penting dalam pelayanan.

c. Keramah-tamahan

Dalam melayani para konsumen diharapkan perusahaan dapat memberikan perasaan aman untuk menggunakan produk jasanya.

d. Kenyamanan

Rasa nyaman akan timbul jika seseorang diterima apa adanya. Dengan demikian, perusahaan harus dapat memberikan rasa nyaman kepada konsumen.

Dengan demikian suatu perusahaan dalam hal ini adalah Rumah Sakit, agar kualitas pelanggan semakin melekat erat dan pelanggan tidak berpaling pada perusahaan lain, perusahaan perlu menguasai lima unsur yaitu cepat, tepat, aman, ramah-tamah, dan nyaman.

2.2.5 Definisi Mutu Pelayanan

Parasuraman dalam pujawan dalam Mauludin (2001) mengemukakan bahwa mutu pelayanan merupakan ukuran penilaian menyeluruh atas tingkat suatu pelayanan yang baik. Sedangkan Gonroos *et.al* dalam Pujawan (1997) mendefinisikan mutu pelayanan (*service quality*) sebagai hasil persepsi dari perbandingan antara harapan pelanggan dengan kinerja aktual pelayanan.

Pengertian mutu atau kualitas pelayanan kesehatan bersifat multidimensional, yaitu menurut pemakai jasa pelayanan kesehatan (pasien dan keluarganya), menurut penyelenggara pelayanan kesehatan (pihak Rumah Sakit, dokter serta petugas lainnya) serta menurut penyandang dana yang membiayai pelayanan kesehatan (Azwar, 1994). Pengertian mutu pelayanan menurut berbagai pihak tersebut adalah sebagai berikut:

1. Dari segi pemakai jasa pelayanan, pengertian mutu terutama berhubungan erat dengan ketanggapan dan kemampuan petugas Rumah Sakit dalam memenuhi kebutuhan pasien dan komunikasi pasien dan petugas, termasuk didalamnya sifat ramah, rendah hati dan kesungguhan.
2. Bagi pihak Rumah Sakit, termasuk didalamnya para dokter dan petugas lain, derajat mutu pelayanan terkait pada pemakaian yang sesuai digunakan perkembangan ilmu dan teknologi.
3. Dari segi pembiayaan maka derajat mutu pelayanan terkait pada segi-segi efisiensi pemakaian sumber dana serta kewajaran pembiayaan kesehatan.

2.2.6 Penilaian Mutu Pelayanan

Menurut Mangold (1991), penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan dapat dilihat dari beberapa aspek. Pertama, berdasar kualitas teknis yaitu mengacu pada ketepatan diagnosa dan pemberian pengobatan yang terbaik yang mampu memenuhi harapan dari pasien yaitu sembuh dari penyakitnya. Aspek kedua adalah aspek kualitas fungsi. Berbeda dari kualitas teknik, kualitas fungsi mengacu pada keadaan lingkungan dan proses pemberian pelayanan. Misal apakah perawat cukup memberikan perhatian kepada pasien, apakah makanan yang diberikan tepat waktu, apakah dokter menjelaskan keadaan penyakit dan cara pengobatan dan sebagainya. Oleh karena kualitas teknis lebih sulit dinilai maka

persepsi pasien lebih banyak menilai pada aspek fungsi dari proses pelayanan. Faktor ketiga yang mempengaruhi persepsi terhadap pelayanan kesehatan adalah “*image*” yaitu pandangan pasien terhadap Rumah Sakit secara keseluruhan. *Image* ini terbentuk oleh faktor pengalaman pasien tersebut terhadap Rumah Sakit, baik yang dialami sendiri atau pengalaman dari keluarga yang disampaikan dari mulut ke mulut. *Image* yang positif akan menutupi kekurangan yang ada di Rumah Sakit tersebut.

Menurut Donabedian (1988), dikenal ada 3 jenis, yaitu :

1. Standar masukan : standar tenaga, sarana, prasarana, metode, peralatan dan sebagainya.
2. Standar proses adalah semua kegiatan dokter, perawat dan tenaga profesional lainnya serta petugas administratif dalam interaksinya dengan pasien, yang meliputi apa dan bagaimana kegiatan professional tersebut dilaksanakan. Dalam proses ini tercakup antara lain : a) penilaian tentang pasien, b) penegakkan diagnosis, c) rencana pengobatan, d) indikasi tindakan, e) prosedur asuhan keperawatan, f) prosedur tindakan pengobatan, g) segi-segi teknis tindakan itu sendiri serta penanganan yang dilakukan.
3. Standar hasil adalah hasil dari kegiatan dan tindakan dokter, perawat dan tenaga administrasi terhadap pasien dalam arti perubahan derajat kesehatan dan kepuasan baik positif maupun sebaliknya. Keluar dapat juga berupa hal-hal yang tidak diinginkan seperti penyulit dan kejadian lain yang tidak diharapkan.

2.2.7 Faktor-faktor Mutu Pelayanan

Menurut Tjiptono (1996), James *et al.* (1994) dan Sutisna (2001) faktor-faktor yang paling dominan dalam hal mutu pelayanan jasa di bidang kesehatan terdiri dari:

1. Komponen yang berkaitan dengan kualitas keluaran jasa yang disebut *technical quality* yang dapat diperinci lagi sebagai berikut :
 - a. Mutu pelayanan yang sebelumnya dapat dievaluasi oleh pasien maupun keluarga (misalnya: harga dll).
 - b. Mutu pelayanan yang dapat dievaluasi oleh pasien maupun keluarga

setelah mendapatkan pelayanan (misalnya: kecepatan pelayanan, ketepatan pelayanan, kesopanan dll).

- c. Mutu pelayanan yang sulit untuk dievaluasi oleh pasien maupun keluarga, walaupun telah mendapatkan pelayanan (misalnya: tindakan operatif).
2. Komponen yang berkaitan dengan kualitas cara penyampaian suatu pelayanan kesehatan.
3. Profil dan daya tarik suatu perusahaan / Rumah Sakit.

Menurut Bowers *et al.* (1994) dalam melihat mutu pelayanan kesehatan disebutkan ada sepuluh faktor yang menentukan kualitas jasa pelayanan, yaitu :

1. Keandalan dalam konsistensi kerja dan kemampuan dalam pelaksanaan pelayanan kesehatan.
2. Kecepatan dalam menanggapi keluhan pasien.
3. Kemampuan, ketrampilan dan pengetahuan yang dimiliki petugas harus sesuai dengan pemberi pelayanan.
4. Mudah ditemui dan dihubungi.
5. Menjaga sikap sopan, perhatian dan keramahan.
6. Adanya komunikasi yang berguna untuk pasien.
7. Dapat dipercaya dan jujur.
8. Adanya jaminan keamanan.
9. Melakukan usaha untuk mengetahui kebutuhan pasien.
10. Bukti langsung yaitu bukti yang langsung dapat dilihat misal: Fasilitas fisik.

Faktor - faktor lain yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan terdiri dari:

- a. Dokter yang terlatih dengan baik.
- b. Melihat dokter yang sama dalam setiap kunjungan.
- c. Adanya perhatian secara pribadi dokter terhadap pasien.
- d. Melakukan diskusi tentang penyakit yang diderita pasien secara terbuka.
- e. Penjelasan biaya pelayanan kesehatan secara terbuka.
- f. Waktu tunggu dokter yang relatif singkat.

- g. Diperolehnya penjelasan dari dokter.
- h. Terdapat ruang istirahat yang cukup nyaman dan baik.
- i. Adanya staf yang menyenangkan.
- j. Memiliki ruang tunggu yang nyaman.

Sedangkan Ware dan Snyder di Souther Illinois, USA (Wijono, 1999) telah melakukan desain tentang faktor-faktor yang mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan sebagai berikut:

1. Perilaku tenaga medis dalam melakukan pelayanan kesehatan.
2. Fungsi terapi yang terdiri dari :
 - a. Konsultasi atau pemberian keterangan tentang penyakit yang diderita.
 - b. Pencegahan.
 - c. Tenggang rasa.
 - d. Perawatan lebih lanjut.
 - e. Kebijakan manajemen.
3. Fungsi keperawatan yang terdiri dari :
 - a. Nyaman dan menyenangkan.
 - b. Adanya perhatian yang baik.
 - c. Bersikap sopan.
 - d. Tanggap terhadap keluhan pasien.
4. Sarana dan prasarana yang terdiri dari :
 - a. Adanya tempat perawatan.
 - b. Mempunyai tenaga dokter.
 - c. Mempunyai tenaga dokter Spesialis.
 - d. Fasilitas perkantoran yang lengkap.

Menurut Rokiah K. (1999) dan Ibrahim B. (2000) bila diamati ternyata banyak pihak yang berkepentingan dengan mutu antara lain:

1. Pihak konsumen.
2. Pihak pemberi jasa pelayanan.
3. Pihak asuransi pemberi jasa pelayanan.
4. Pihak manajemen Rumah Sakit.
5. Pihak karyawan Rumah Sakit.
6. Pihak pemerintah.

Pihak-pihak tersebut di atas dalam memandang mutu sudah barang tentu tidak sama, karena mereka mempunyai sudut pandang dan kepentingan yang berbeda. Dengan demikian mutu merupakan multi dimensial, sehingga aspek dimensi mutu adalah profesi, efisiensi, keamanan, kepuasan dan aspek sosial budaya (Kotler, 1982).

Namun begitu mutu pelayanan sangat berkaitan dengan kepuasan pasien, profesional, manajemen, dan pemilik. Menurut Sinmamora (2002) dalam mengukur mutu, secara umum dapat dibagi menjadi 3 kriteria, yaitu:

1. Kriteria struktur yang menekankan fasilitas, keabsahan fasilitas praktek para profesional, dan fungsi dari organisasi secara menyeluruh. Jadi kriteria ini menguji kualifikasi, sertifikasi dan pengenalan lain dari sumber daya.
2. Kriteria proses yang digunakan untuk menilai terhadap apa yang terjadi saat melaksanakan pelayanan pada pasien dan berasumsi bahwa mutu yang baik akan menghasilkan dampak yang baik dan memadai. Kriteria ini digunakan untuk menilai aktivitas dokter yang terkait dengan pelayanan pasien.
3. Kriteria dampak adalah upaya mengukur hasil-hasil pelayanan kesehatan terhadap derajat kesehatan.

Sedangkan menurut Aditama (2000) organisasi kesehatan dunia memakai istilah untuk mengukur mutu adalah input, proses dan *outcome*. Selain daripada itu institusi Rumah Sakit sebagai korporasi memiliki beberapa kelemahan antara lain:

1. Kemampuan dan profesionalisme dalam manajemen.
2. Rumah Sakit belum sesungguhnya berfokus pada kepuasan pasien. Banyak diantara para profesional yang bekerja di Rumah Sakit masih berpersepsi tradisional, bahwa pasienlah yang membutuhkan Rumah Sakit (bersifat *paternalistic*, dimana pasien harus mengikuti peraturan yang ditetapkan Rumah Sakit). Keberadaan hak-hak pasien belum seluruhnya dapat diterima.
3. Konsep mutu tidak seragam.
4. Kemampuan dan keterampilan tenaga profesional perlu ditingkatkan.
5. Kegiatan pemasaran perlu mendapat perhatian.

6. Efisiensi pemberdayaan sumber daya manusia.

Sehingga secara umum manajemen Rumah Sakit saat ini perlu:

1. Mengatasi kelemahan-kelemahan institusional seperti tersebut diatas.
2. Sungguh-sungguh berfokus pada kepuasan konsumen.
3. Belajar dari pesaing yang lebih tangguh.

Dengan memperhatikan hal-hal tersebut diatas, maka faktor-faktor yang berpengaruh terhadap mutu pelayanan kesehatan dapat dirangkum sebagai berikut:

1. Faktor dokter dengan unsur sebagai berikut:
 - a. Memberikan pelayanan yang relevan dengan kebutuhan klinis pasien dengan pelayanan yang optimal serta akurat.
 - b. Dokter yang terlatih dengan baik dan selalu mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan.
 - c. Melihat dokter yang sama dalam setiap kunjungan dalam arti satu pasien dirawat oleh dokter yang sama sampai sembuh dan tidak ganti dokter.
 - d. Adanya perhatian secara pribadi dokter terhadap pasien tentang segala sesuatu yang berkaitan dengan proses penyembuhan penyakit (hubungan *interpersonal* dokter dengan pasien).
 - e. Melakukan diskusi tentang penyakit yang diderita pasien dan segala tindakan medik yang akan dilakukan secara terbuka (adanya konsultasi).
 - f. Pemeriksaan dokter yang tepat waktu.
 - g. Mudah ditemui dan dihubungi.
2. Faktor keperawatan yang terdiri dari:
 - a. Pelayanan keperawatan yang diberikan memperhatikan kesopanan, ramah dan penuh perhatian.
 - b. Pelayanan keperawatan yang diberikan memperhatikan hubungan antar manusia.
 - c. Pelayanan keperawatan yang diberikan dilakukan secara berkelanjutan.
 - d. Pelayanan keperawatan yang mudah diakses.
3. Faktor kebijakan manajemen yang terdiri dari:
 - a. Pelayanan administrasi dengan staf yang menyenangkan.
 - b. Pelayanan yang berfokus kepada *customer*.

- c. Ditinggalkannya konsep pelayanan tradisional, yang dimana pasien yang membutuhkan Rumah Sakit.
- d. Mempertimbangkan pesaing dan bukan mitra lagi.

2.3 Pola tarif pelayanan medik

Yang dimaksud dengan tarif Rumah Sakit seperti yang tertuang dalam putusan Menkes RI nomor 282 tahun 1993 tentang Pola Tarif Rumah Sakit, menyebutkan yang dimaksud dengan tarif Rumah Sakit adalah harga komponen atau kegiatan yang dibebankan kepada masyarakat, sebagai imbalan atas pelayanan yang diterima oleh masyarakat di Rumah Sakit.

Biaya tarif Rumah Sakit memiliki komponen yang terdiri dari jasa pelayanan Rumah Sakit, jasa medis, anestesi serta penggunaan bahan dan alat.

1. Jasa Rumah Sakit adalah nilai biaya pelayanan Rumah Sakit yang diberikan kepada pasien yang terdiri dari biaya tenaga kerja, biaya material dan *overhead*.
2. Jasa pelayanan medis adalah nilai biaya pelayanan profesional medis yang diberikan oleh tenaga medik.
3. Biaya bahan dan alat adalah biaya bahan dan alat yang dengan langsung untuk memberikan pelayanan kepada pasien.

Rumah Sakit dalam menjalankan fungsinya tidak hanya mengejar keuntungan tetapi juga Rumah Sakit memperhatikan fungsi sosialnya, berarti dalam menetapkan tarif perlu memperhitungkan faktor seperti:

- a. biaya satuan pelayanan
- b. perubahan tarif dan emanfaatan
- c. kebutuhan pendanaan mendatang

Dalam upaya menetapkan tarif, dengan berbagai model dari yang sangat sederhana hingga model yang sangat rumit.

Dari berbagai model yang ada, Gani (1999) merumuskan model dasar pentarifan:

1. *Activity Based*
 - a. Didasarkan pada satuan (unit) pelayanan
 - b. Contoh satuan pelayanan:
 - (1) Per *diem*: tarif didasarkan pada tarif per-hari

- (2) Per tindakan: tarif didasarkan pada jumlah tindakan yang dilakukan
- (3) Kapitasi : pembayaran dilakukan dimuka sesuai jumlah orang, terlepas akan orang tersebut menggunakan pelayanan atau tidak.
- (4) Per “*discharge*” : tarif didasarkan pada jumlah “*discharge*” tidak atas dasar jumlah pelayanan.
- (5) Per “*admission*”
- (6) Per diagnosis

2. *Case Mix*

- a. Dasar : tarif tergantung pada kelompok jenis pelayanan/tindakan yang dilakukan
- b. Kelompok jenis pelayanan:
 - (1) tidak terlalu banyak
 - (2) pasien dalam satu kelompok relative tidak berbeda banyak (*homogeny*)
 - (3) fasilitas pelayanan yang diberikan untuk pasien dalam satu kelompok harus sama (kelas ruang rawat, alat diagnosis dan lain-lain).
- c. Contoh:
 - (1) ICDA-8 (*International Classification of Disease Adopted Ed.8*): 83
Diagnosis utama
 - (2) DRG (*Diagnosis Related Group*)

3. *Relative Value Unit (RVU)*

- a. Dasar : nilai input yang dipergunakan untuk pelayanan yang bersangkutan.
- b. Pionir :
 - ACP (*American College of Pathology*)
 - ACR (*American College of Radiology*)
- c. Hitung berapa banyak bahan/input lain yang terpakai
- d. Hitung nilai harganya
- e. Total harga ini dipergunakan sebagai bobot tindakan tersebut, disebut *RVU*.

4. *Surcharge Technique*

- a. Tarif dasar : ditentukan oleh besarnya *overhead* per kasus
- b. Besarnya sama untuk semua kasus atau pasien
- c. Tarif tambahan ditentukan oleh pelayanan tambahan yang diberikan.

5. *Time Based Technique*

- a. Misalnya untuk menentukan tarif kamar sudah didapat.
- b. Hitung besar biaya per menit
- c. Tarif tindakan bedah adalah lama operasi x biaya satuan/menit

6. *Financial Modeling*

Prinsip dasar :

Total pendapatan = Biaya tetap + Biaya Variabel + Biaya penghasilan lain

Atau $TR = FC + VC + FR$

2.4 Metode Pembayaran Rumah Sakit

Metode pembayaran Rumah Sakit lazimnya dilakukan dengan sistem pembayaran *retrospektif* dan *prospektif*. (Thabrany, 1997).

2.4.1 Metode Pembayaran *Retrospektif*

Metode dimana dokter atau Rumah Sakit menetapkan pelayanan yang diberikan dengan keterlibatan pasien yang minimal kemudian ditagih kepada pasien. Bentuk pembayaran yang selama ini sering dipakai yaitu *fee-for-service* ternyata suatu sistem yang paling tidak terkontrol, mendorong penyelenggara pelayanan (*provider*) memberikan lebih banyak pelayananan, hal ini juga dapat dimanfaatkan oleh pihak ketiga sehingga terjadi *moral hazard* lebih besar dan mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan naik secara drastis (Saefuddin.F, Ilyas Y, 2001). Metode pembayaran *Retrospektif* merupakan satu metode pembayaran yang paling rawan menimbulkan biaya tinggi dan penyediaan pelayanan yang tidak perlu yang disebut *fee-for-service* (Murthi, 2000).

2.4.2 Metode Pembayaran *Prospektif*

Untuk pengendalian biaya kesehatan yang relatif tinggi dipakai bentuk pembayaran *Prospective Payment System* (PPS). *Prospective Payment System* (PPS) adalah suatu sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan, baik Rumah Sakit maupun dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum pelayanan medik dilakukan, tanpa melihat tindakan medik atau lama rawat. Pendekatan sptini mendorong adanya insentif financial pada pemberi pelayanan kesehatan, untuk melakukan tindakan medik yang memang diperlukan dan memperpendek

hari rawat sehingga dapat mencegah *over utilization*.

Murthi (2002) pembayaran pelayanan yang ditetapkan dimuka bisa dilakukan sebelum pelayanan diberikan dimana besarnya sudah ditentukan sebelum pelayanan diberikan.

Bentuk-bentuk *Prospektive Payment System (PPS)* menurut Sulastomo (2002) terdiri dari :

2.4.2.1 Budget Tarif Rumah Sakit (*Budget System*)

Budget tarif Rumah Sakit adalah sistem pembayaran dengan jumlah yang tetap tanpa memperdulikan jenis tindakan, LOS serta jenis teknologi pada sejumlah pasien atau peserta asuransi yang ditentukan, semakin luas cakupan dari tarif budget akan semakin efisiensi dan menyederhanakan administrasi.

2.4.2.2 *Per diem*

Pembayaran *per diem* (dari bahasa latin, berarti per hari) dimana Rumah Sakit diberi pergantian pembayaran (*reimbursement*) berdasarkan jumlah tetap per hari per pasien dirawat di Rumah Sakit. Artinya, pembayaran per harinya tetap. Yang berbeda adalah jumlah total pembayaran sesuai dengan jumlah hari rawat inap pasien. Jumlah ini dapat bervariasi tergantung pada sifat diagnosis kasus atau jenis Rumah Sakit. Mekanisme pembayaran perdiem mengandung kelemahan efisiensi, Rumah Sakit akan memperoleh pendapatan dengan cara meningkat hari rawat inap. Manajer Rumah Sakit akan segera mengetahui bahwa tingkatan hunian hanya separo, namun tingkat hunian dilipatgandakan akan menghasilkan pendapatan yang sama dengan tingkat hunian penuh dan lama rawat tinggal normal. Jadi, sepanjang tambahan penggantian mampu meliputi semua tambahan-tambahan biaya, maka Rumah Sakit akan terdorong untuk meningkatkan jumlah hari pasien dengan jalan memperpanjang lama tinggal dan jika memungkinkan jumlah hari pasien dengan jalan memperpanjang lama hari rawat, jika terdapat sistem pembedaan kasar dalam jumlah perdiem untuk admis. Selain kategori pasien yang berbeda, maka akan terdapat dorongan untuk hanya memasukkan pasien-pasien dengan keadaan penyakit tertentu saja, sehingga pendapatan bersih yang positif bagi Rumah Sakit dapat diperoleh.

Dari uraian tersebut jelas bahwa secara teoritis penggantian *per diem* merupakan satu sistem pembayaran yang paling rawan menimbulkan biaya

tinggi dan penyediaan pelayanan yang tidak perlu, lebih-lebih bila sistem ini dipadukan dengan sistem pembayaran kepada dokter yang disebut *fee-for-service* (Murthi, 2000).

Dalam sistem paket, besaran tarif paket berdasarkan biaya rata-rata untuk kelompok pelayanan yang ditetapkan, meliputi biaya kamar, jasa serta sejumlah kelompok tindakan medik.

2.4.2.3 *Case rates*

Case rates adalah tarif paket untuk suatu tindakan tertentu. Tarif ini biasanya dikombinasikan dengan tarif *per diem*. Tarif ini yang masuk golongan *case rates* ini misalnya untuk partus normal Rumah Sakit mendapat penggantian Rp. 1.000.000,- sedang untuk *section caesaria* diberikan penggantian Rp. 3.000.000,-. Karena besarnya tarif tersebut tetap tanpa memperdulikan penyulit yang kecil selama prosedur dilakukan, maka besarnya tarif bisa ditentukan dimuka (Thabrany, 1998).

2.4.2.4 *Bed Leasing*

Bed Leasing adalah cara lain pihak ketiga menekan biaya kesehatan, yaitu dengan cara menyewa sejumlah tempat tidur dan digunakan khusus untuk merawat pasien yang menjadi tanggung jawabnya. Dengan demikian, Rumah Sakit mendapat kepastian bahwa jumlah tempat tidur yang dimilikinya akan laku terjual. Tarif sewa berikut pelayanan perawatan yang diberikan sudah ditetapkan dimuka dengan suatu perjanjian. Jika suatu tempat tidur tersebut banyak tidak digunakan, Rumah Sakit dapat saja memasukkan option sewa kembali untuk jangka pendek. Dengan pola ini baik Rumah Sakit maupun pihak ketiga akan mendapat keuntungan yang optimal (Thabrany, 1998).

2.4.2.5 *Kapitasi*

Kapitasi adalah suatu sistem pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah jiwa yang harus dilayani baik sakit ataupun tidak sakit. Pemberi pelayanan kesehatan akan mendapatkan insentif jika jumlah biaya yang ditetapkan tidak terpakai. Dengan demikian PPK diwajibkan merencanakan pelayanan kesehatan dengan baik, seefisien mungkin sehingga mendorong pelayanan kesehatan lebih kearah pencegahan dan promosi.

Sistem pembayaran kapitasi adalah cara pembayaran oleh pengelola dana kepada penyelenggara pelayanan kesehatan untuk pelayanan yang diselenggarakannya, yang besar biayanya tidak dihitung berdasarkan jenis dan ataupun jumlah pelayanan kesehatan yang diselenggarakan untuk tiap pasien, melainkan jumlah pasien yang menjadi tanggungannya (Feldstein, 1983; Azwar, 1998). Sistem pembinaan ini populer ketika konsep *Health Maintenance Organization* (HMO) pada awal tahun 1970-an untuk pertama kali diperkenalkan di Amerika Serikat.

Keuntungan penerapan kapitasi dibandingkan dengan sistem pembayaran program asuransi kesehatan lainnya adalah (Feldstein, 1998):

- Sistem serta beban administrasi pihak pengelola dana dan ataupun penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih sederhana serta tidak merepotkan.
- Penghasilan penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih stabil dan merata, karena memang penghasilan tersebut tidak terlalu ditentukan fluktuasi jumlah kunjungan pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan, serta pada umumnya pengaturan jumlah peserta lebih untuk tiap penyelenggara pelayanan kesehatan dapat lebih dilakukan secara lebih setimbang.
- Pelayanan kesehatan yang diselenggarakan akan lebih efektif dan efisiensi, karena dengan sistem pembayaran ini, untuk mencegah kerugian, pihak penyelenggara pelayanan kesehatan harus menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang sebaik-baiknya (efektif) serta tidak berlebihan (efisiensi).
- Bersamaan dengan itu, untuk mencegah kunjungan pasien yang memerlukan pelayanan kesehatan secara berulang-ulang dan berlebihan, pihak penyelenggara pelayanan kesehatan akan lebih efektif menyelenggarakan kegiatan promosi kesehatan (*health promotion*) serta kegiatan pencegahan penyakit (*prevention of disease*). Hal ini jelas akan menguntungkan pasien dan masyarakat secara keseluruhan.
- Disamping manfaat, sistem pembayaran kapitasi ternyata juga menimbulkan beberapa kerugian. Dari pengalaman menerapkan sistem pembayaran kapitasi di beberapa Negara, tercatat beberapa kerugian yang mencakup antara lain (Azwar, 1899):

- Karena biaya pelayanan dihitung berdasarkan jumlah tertanggung, bukan atas dasar jumlah kunjungan, menyebabkan ada kemungkinan penyelenggara pelayanan kesehatan tidak bersungguh-sungguh menyelenggarakan pelayanan kesehatan.
- Karena penyelenggara pelayanan kesehatan harus sesuai dengan berbagai ketentuan pembatas yang telah ditetapkan, maka ada kemungkinan peserta tidak mendapat pelayanan kesehatan seperti yang di inginkan.
- Sistem pembayaran kapitasi bersifat membatasi, menyebabkan penyelenggara pelayanan kesehatan tidak leluasa memberikan pelayanan kesehatan sesuai yang dibutuhkan pasien.

2.4.2.6 *Diagnosis Related Group (DRG)*

Pembayaran Berdasarkan Kelompok diagnosis terkait (DRG) dikembangkan oleh program medicare di Amerika pada tahun 1983 (Thabrany, 1997; Murthi, 2000) dengan sistem ini, Rumah Sakit mendapatkan pergantian biaya berdasarkan diagnosis pasien yang dirawatnya memiliki harga tertentu yang pada dasarnya sudah tetap, tanpa memandang apa sesungguhnya yang dilakukan terhadap jenis kasus tertentu di Rumah Sakit tersebut.

Dalam sistem DRG, masing-masing DRG diberi bobot menurut penggunaan sumber daya relatif dibandingkan rata-rata kasus. Sebagai contoh emboli paru (DRG 078) diberi bobot 0,6242. Tarif pergantian untuk setiap kasus ditentukan di muka, berdasarkan biaya dan pembobotan tersebut, dalam prakteknya banyak HMO melakukan negoisasi tarif pergantian agar disesuaikan secara komersial menurut kekhususan daerah, Rumah Sakit, urban rural dan kasus-kasus ekstrem. Pengendalian biaya Rumah Sakit harus melakukan produksi DRG dengan biaya rendah. Rumah Sakit perlu mengurangi utilisasi yang tidak perlu. Pada dasarnya, terdapat empat cara mengurangi biaya DRG, yaitu (Murthi, 2000):

- Mengurangi harga-harga input.
- Memperpendek lama hari rawat
- Mengurangi intensitas pelayanan yang diberikan
- Memperbaiki efisiensi produksi

Sistem DRG mendorong peningkatan efisiensi teknis. Sistem ini merangsang Rumah Sakit untuk menurunkan biaya sebab keuntungan ekstra dari penghematan biaya tersebut akan meningkatkan keluaran dan keuntungannya, maka Rumah Sakit harus melakukan produksi dengan biaya serendah mungkin. Sebaliknya apabila pengeluaran melebihi tarif pergantian yang berlaku maka Rumah Sakit harus menanggung semua resiko financial tersebut. Karena itu Rumah Sakit harus mendorong penghematan biaya, tetap dipihak lain sistem ini juga merangsang Rumah Sakit untuk menurunkan kualitas pelayanan, sebab penurunan kualitas juga menghasilkan penghematan biaya.

1. Sejarah *Diagnose Related Group* (DRG)

Diagnose Related Group (DRG) mulai diperkenalkan pertama kali oleh Profesor Bob Fetter dan Jon Thompson dari Yale University pada tahun 1980. Secara formal, sistem pembayaran DRG digunakan oleh pemerintah Amerika Serikat dalam program Medicare mulai 1 Oktober 1983. Program Medicare adalah program asuransi kesehatan sosial di Amerika Serikat yang dananya dikumpulkan dari iuran wajib pekerja sebesar 1,45% gaji / penghasilannya ditambah 1,45% lagi dari majikan pekerja.

Tujuan penerapan DRG untuk upaya pengendalian biaya dan menjaga mutu pelayanan, mengembangkan efisiensi dan menyediakan umpan balik berkaitan dengan kinerja Rumah Sakit, bila pasien di kelompokkan dalam kelas-kelas dan atribut yang sama serta proses perawatan yang sama akan membangun kerangka kerja yang baik (Fatter, 1970).

Pada tahun 1983 keputusan kongres Amerika untuk menggunakan DRG sebagai system pembayaran dan pembiayaan Rumah Sakit yang dibebankan kepada pasien dan dua puluh tahun kemudian mayoritas Negara maju menggunakan system ini.

Mekanisme pembayaran berdasarkan *Diagnose Related Group* (DRG) adalah suatu sistem imbalan jasa pelayanan pada prospective payment system (PPS) atau suatu system pembayaran pada pemberian pelayanan kesehatan, baik Rumah Sakit atau dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan di berikan tanpa memperhatikan tindakan yang dilakukan atau

lamanya perawatan (Hendartini, 2007) sedangkan (Hartono, 2007) menyatakan bahwa mekanisme pembayaran berdasarkan DRG adalah suatu mekanisme pembayaran yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah/pelayanan yang di berikan.

2. Pengertian *Diagnose Related Group* (DRG)

DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit. Diagnosis dalam DRG sesuai dengan ICD-9CM (*International Classification Disease Ninth Edition Clinical Modification*) dan ICD-10. Dengan adanya ICD memudahkan dalam pengelompokan penyakit agar tidak terjadi tumpang tindih.

Pengelompokan diagnosis ditetapkan berdasarkan dua prinsip yaitu *clinical homogeneity* (pasien yang memiliki kesamaan klinis) dan *resource homogeneity* (pasien yang menggunakan intensitas sumber-sumber yang sama untuk terapi / kesamaan konsumsi sumber daya).

Alasan perlu adanya klasifikasi penyakit adalah bahwa Rumah Sakit memiliki banyak produk pelayanan kesehatan sehingga dengan adanya klasifikasi tersebut dapat menerangkan dari berbagai produk tersebut. Selain itu, dapat membantu klinisi dalam meningkatkan pelayanan, membantu dalam memahami pemakaian sumber daya dan menciptakan alokasi sumber daya yang lebih adil, meningkatkan efisiensi dalam melayani pasien serta menyediakan informasi yang komparatif antar Rumah Sakit.

3. *Coding*

Depkes (2008) proses terbentuknya tarif DRG tidak terlepas dari adanya peran dari sistem informasi klinik Rekam Medis. Tujuan Rekam Medis untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit. Tertib administrasi adalah salah satu faktor yang menentukan keberhasilan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, sehingga keberhasilan pelaksanaan DRG pun sangat tergantung dengan data pada Rekam Medis. Tak jauh berbeda dengan data dalam Rekam Medis, data dasar

dalam INA-DRG terdiri dari 14 variabel, yaitu:

- 1) Identitas Pasien (*Identification*) (Nama pasien, Nomor Rekam Medis)
- 2) Tanggal masuk RS (*Admit Date*)
- 3) Tanggal keluar RS (*Discharge Date*)
- 4) Lama Hari Rawat (LOS)
- 5) Tanggal Lahir (*Birth Date*)
- 6) Umur (tahun) ketika masuk RS (*Admit Age In Year*)
- 7) Umur (hari) ketika masuk RS (*Admit Age In Days*)
- 8) Umur (hari) ketika keluar RS (*Discharge Age In Days*)
- 9) Jenis Kelamin (*Gender*)
- 10) Status Keluar RS (*Discharge Disposition*)
- 11) Berat Badan Baru Lahir (*Birth Weight in grams*)
- 12) Diagnosis Utama (*Principal Diagnosis*)
- 13) Diagnosis Sekunder (*Secondary Diagnosis*) (komplikasi dan ko-morbiditi)
- 14) Prosedur / Pembedahan Utama (*Surgical Procedures*)

4. Tujuan Diagnostic Related Group (DRG)

a. Kontrol biaya.

Jika biaya ditetapkan secara prospektif dan dibayar dengan tanpa melihat lama tinggal pasien, Rumah Sakit didorong untuk menghindari biaya yang tidak penting, khususnya jika eksekusi dari angka pembayaran melebihi biaya aktual yang optimal. Berdasarkan indeksasi, metode per *diem* yang ada dari pembayaran tetap kecuali bahwa biaya yang reasonable disesuaikan dengan jumlah kompleksitas *casemix*.

b. Jaminan mutu

Program jaminan mutu dijalankan terutama melalui pemanfaatan atau utilization. Melalui data DRG yang berguna untuk evaluasi perawatan medis. Data akan memungkinkan bagi komite yang sesuai untuk membuat perbandingan untuk pembiayaan, beban atau ongkos (*charge*), dan lama tinggal, dan pelayanan individual menurut kelompok penyakit antar Rumah Sakit. Permasalahan yang dicurigai dapat diuji lebih lanjut dengan informasi yang dibutuhkan, yang diperoleh melalui diagnosis dalam DRG.

c. Perencanaan

Informasi berdasarkan DRG dapat berguna untuk berbagai macam keperluan atau tujuan. Dalam beberapa hal, DRG dapat digunakan untuk mengantisipasi kebutuhan staf tenaga medik dalam kasus-kasus tertentu akibat dari perubahan volume bauran *casemix*. Data DRG juga bisa digunakan sebagai informasi bagi pihak ketiga sebagai *payer* untuk membandingkan *provider* mana yang menghasilkan pelayanan pada *unit cost* yang paling rendah.

2.4.2.7 Keuntungan *Diagnostic Related Group* (DRG)

Beberapa keuntungan dari pengimplementasian metode DRG yaitu :

- 1) Bagi Rumah Sakit yaitu sebagai salah satu cara untuk meningkatkan mutu standar pelayanan kesehatan, memantau pelaksanaan program "Quality Assurance", memudahkan mendapatkan informasi mengenai variasi pelayanan kesehatan, dapat digunakan untuk mengevaluasi kualitas pelayanan kesehatan, dapat mempelajari proses pelayanan pasien, adanya rencana pelayanan pasien yang tepat, dan dapat dijadikan sebagai alat perencanaan anggaran Rumah Sakit.
- 2) Bagi pasien, yaitu memberikan prioritas pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit, pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang baik, mengurangi dan meminimalkan risiko yang dihadapi pasien dan mempercepat pemulihan dan meminimalkan kecacatan, serta kepastian biaya.
- 3) Bagi institusi kesehatan, yaitu dapat mengevaluasi dan membandingkan kinerja Rumah Sakit, area untuk audit klinis, mengembangkan kerangka kerja klinis dan alur pelayanan kesehatan (SOP), dan menstandarisasi proses pelayanan kesehatan di Rumah Sakit.

5. Prosedur Pelayanan

Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut :

(1) Pelayanan Kesehatan Dasar

Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya, peserta harus menunjukkan kartu JAMKESMAS, atau surat keterangan/rekomendasi Dinas Sosial setempat (bagi gelandangan, pengemis,

anak dan orang terlantar) atau kartu PKH bagi peserta PKH yang belum memiliki kartu JAMKESMAS. (Mekanisasi pelayanan kesehatan dasar lebih lanjut diatur dalam juknis tersendiri).

Pengaturan teknis pelayanan kesehatan dasar di Puskesmas dan jaringannya dibuat dalam Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Dasar tersendiri yang merupakan bagian tak terpisahkan dari pedoman ini.

(2) Pelayanan Tingkat Lanjut

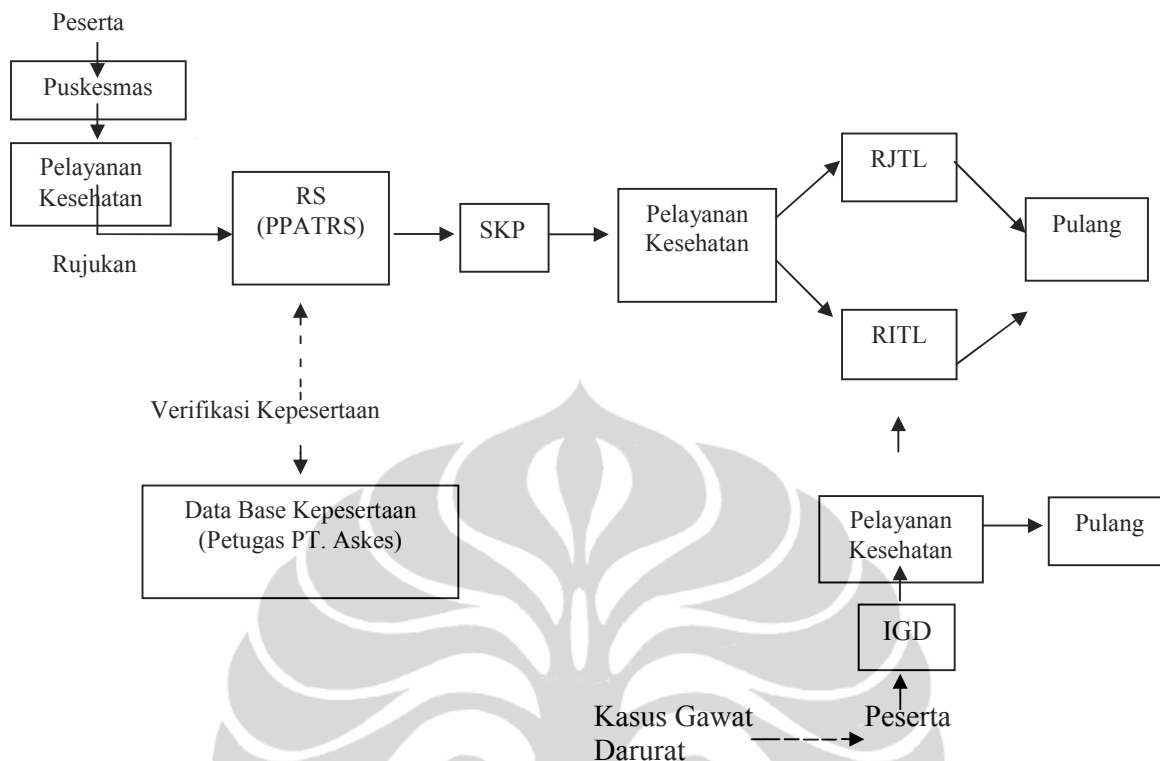
- a. Peserta Jamkesmas yang memerlukan pelayanan kesehatan tingkat lanjut (RJTL dan RITL), dirujuk dari Puskesmas dan jaringannya ke fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut disertai kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana dimaksud pada butir 1(satu) dan surat rujukan yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan. Pada kasus emergency tidak memerlukan surat rujukan.
- b. Kartu peserta Jamkesmas atau surat/kartu lainnya sebagaimana yang disebut pada butir 1 (satu) diatas dan surat rujukan dari Puskesmas dibawa ke Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit (PPATRS) untuk diverifikasi kebenaran dan kelengkapannya untuk selanjutnya dikeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.
- c. Bayi-bayi yang terlahir dari peserta JAMKESMAS secara otomatis menjadi peserta rujukan pada kartu orang tuanya. Bila bayi memerlukan pelayanan dapat langsung diberikan dengan menggunakan identitas kepesertaan orang tuanya dan dlampirkan suran kenal lahir dan kartu Keluarga orang tuanya. **Pelayanan persalinan normal dibayarkan secara paket baik ibu maupun bayinya**, akan tetapi bayi mempunyai kelainan dan memerlukan pelayanan khusus dapat diklaiman terpisah sesuai dengan diagnosanya.
- d. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar dapat mengakses pelayanan walaupun tanpa kepemilikan kartu Jamkesmas dengan menunjukkan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Sosial setempat

yang menerangkan bahwa yang bersangkutan warga terlantar dan tidak mampu.

- e. Pelayanan tingkat lanjut sebagaimana diatas meliputi :
 - (a) Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM.
 - (b) Pelayanan lanjutan yang dilakukan pada BKMM / BBKPM / BKPM / BP4 / BKIM bersifat pasif (dalam gedung) sebagai PPK penerima rujukan.
 - (c) Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit dan tidak diperkenankan pindah kelas atas permintaannya.
 - (d) Pelayanan obat-obatan.
 - (e) Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostik lainnya.
- f. **Untuk kasus khronis tertentu yang memerlukan perawatan berkelanjutan dalam waktu lama, surat rujukan dapat berlaku selama 1 bulan (seperti, *Diabetes Mellitus*).** Untuk kasus kronis khusus seperti kasus gangguan jiwa dan kasus pengobatan paru, surat rujukan dapat berlaku s/d 3 bulan.
- g. Rujukan pasien antar RS termasuk rujukan antar daerah dilengkapi surat rujukan dari RS yang merujuk, *copy* kartu peserta atau surat keterangan/rekomendasi dari Dinas Sosial (bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar) serta kartu PKH bagi peserta PKH yang belum mempunyai kartu Jamkesmas serta surat pengantar dari petugas yang memverifikasi kepesertaan. **Pada kasus-kasus rujukan antar daerah, petugas yang memverifikasi kepesertaan pada RS rujukan dapat melakukan konfirmasi ke database kepesertaan melalui petugas PT.Askes (PERSERO) tempat asal pasien.**
- h. Pada keadaan gawat darurat, apabila setelah penanganan kegawatdaruratannya peserta memerlukan rawat inap dan identitas kepesertaannya belum lengkap, maka yang bersangkutan diberi waktu 2x24 jam hari kerja untuk melengkapinya atau status kepesertaannya dapat merujuk pada database kepesertaan yang dilengkapi oleh petugas PT.Askes (PERSERO).

- i. Pelayanan obat di Rumah Sakit dengan ketentuan sebagai berikut:
 - (a) Untuk memenuhi kebutuhan obat dan bahan habis pakai di Rumah Sakit, Instalasi Farmasi/Apotik Rumah Sakit bertanggung jawab menyediakan semua obat dan bahan habis pakai yang diperlukan. Meski telah diberlakukan INA-DRG, agar terjadi efisiensi pelayanan, pemberian obat didorong agar menggunakan Formularium obat jamkesmas di Rumah Sakit.
 - (b) Apabila terjadi kekurangan atau ketiadaan obat sebagaimana butir 1) diatas maka Rumah Sakit berkewajiban memenuhi obat tersebut melalui koordinasi dengan pihak-pihak terkait.
 - (c) Pemberian obat untuk pasien diberikan untuk 3 (tiga) hari kecuali untuk penyakit-penyakit kronis tertentu dapat diberikan lebih dari 3 (tiga) hari sesuai dengan kebutuhan medis. Pemberian obat dilakukan dengan efisien dan mengacu pada clinical pathway.
- j. Pemberlakuan INA-DRG bagi seluruh PPK Lanjutan sebagai dasar pertanggungjawaban / klaim sejak 1 januari 2009. Pemberlakuan INA-DRG tersebut memerlukan persiapan perangkat keras, perangkat lunak dan sumber daya manusia (SDM).
- k. Pelayanan kesehatan RJTL di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan di Rumah Sakit, dan pelayanan RITL di Rumah Sakit dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut INA-DRG. Dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa yang tepat sesuai ICD-10 dan ICD-9 CM sebagai dasar penetapan kode INA-DRG. Dokter penanggung jawab harus menuliskan nama dengan jelas serta menandatangani berkas pemeriksaan (*resume medic*).
- l. Apabila dalam proses pelayanan terdapat diagnosa penyakit / prosedur yang belum tercantum baik kode maupun tarifnya dalam Tarif Paket INA-DRG (ungroupable), maka Balai-balai kesehatan / Rumah Sakit melaporkannya ke *Center for Casemix*/Ditjen Bina Pelayanan Medik untuk dilakukannya penetapan. Pengaturan khusus untuk pelaksanaan INA-DRG dilakukan dengan petunjuk teknik khusus.

- m. **Pada kasus-khusus dengan diagnosa yang kompleks dengan severity level-3 menurut kode INA-DRG maka disamping harus dilengkapi butir k) diatas juga harus mendapatkan pengesahan dari Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk untuk dan yang diberi tanggungjawab oleh Rumah Sakit.**
- n. Pasien yang masuk ke instalasi rawat inap melalui instalasi rawat jalan atau instalasi gawat darurat hanya diklaim menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG dengan jenis pelayanan rawat inap.
- o. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan dua atau lebih diagnosa akan tetapi diagnosa tersebut merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya maka diklaimkan menggunakan 1 (satu) kode INA-DRG.
- p. Pasien yang datang ke 2 (dua) atau lebih instalasi rawat jalan dengan kasus yang bukan merupakan diagnosa sekunder dari diagnosa utamanya dapat diklaimkan menurut diagnosa masing-masing. Setiap pasien yang datang untuk kontrol ulang di instalasi rawat jalan, diagnosa utamanya menggunakan kode Z.
- q. Agar pelayanan berjalan dengan lancar, Rumah Sakit bertanggungjawab untuk menjamin ketersediaan Alat Medis Habis Pakai (AMHP), obat dan darah.
- r. Untuk menjamin ketersediaan dan harga obat/vaksin/serum di pusat dan daerah serta di Balai-Balai dan Rumah Sakit, dilakukan kesepakatan kerja sama antara Menkes dan Konsorsium BUMN Farmasi. Rumah Sakit dan Balai-Balai Kesehatan menindaklanjutinya dengan kerjasama teknis dengan mengacu kepada pedoman pelaksanaan kesepakatan kerjasama tersebut.
- s. Pelayanan Rumah sakit diharapkan dapat dilakukan dengan *cost efficient* dan *cost effective* agar biaya pelayanan seimbangan dengan tarif INA-DRG.
- t. **Dalam pemberian pelayanan kesehatan kepada peserta, tidak boleh dikenakan iuran biaya oleh PPK dengan alasan apapun.**



Gambar 2.1

Alur Pelayanan Kesehatan Untuk Jamkesmas

Pemberlakuan INA-DRG di Rumah Sakit meliputi berbagai aspek sebagai satu kesatuan yakni; penyiapan *software* dan aktivasinya, administrasi klaim dan proses verifikasi. Agar dapat berjalan dengan baik; dokter harus menuliskan diagnosa menurut ICD-10 dan atau ICD-9 CM, melaksanakan pelayanan sesuai dengan *clinical pathway* dan menggunakan sumber daya yang paling efisien. *Coders* melakukan pengecekan kesesuaian diagnosa dan selanjutnya melakukan *entry* pada *software* INA-DRG. Seterusnya petugas administrasi klaim Rumah Sakit melakukan klaim dan melengkapi data tambahan yang diperlukan (nama pasien, nomor SKP, nama dokter penanggungjawab, tanda tangan dokter, surat rujukan dan pengesahan Komite Medik atau Direktur Pelayanan atau Supervisor yang ditunjuk dan diberi tanggung jawab oleh Rumah Sakit pada kasus level *severity* 3) dengan menggunakan format klaim (*software*) yang ditentukan verifikasi melakukan verifikasi klaim Rumah Sakit.

2.4.2.8 Verifikasi

Verifikasi adalah kegiatan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK yang dilakukan oleh Pelaksana Verifikasi dengan mengacu kepada standar penilaian klaim. Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat meliputi: verifikasi administrasi kepesertaan, administrasi pelayanan dan administrasi keuangan.

Pelaksana verifikasi ditetapkan oleh Kepala Dinas Kesehatan Propinsi atas nama Menteri Kesehatan yang ditugaskan untuk melaksanakan penilaian administrasi klaim yang diajukan PPK, dengan mengacu kepada standar penilaian klaim, dan memproses klaim sesuai dengan hak dan tanggung jawabnya.

2.5 *Sectio Caesarea*

2.5.1 Pengertian

Menurut Rustam Mochtar (1992) *Sectio Caesaria* adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut. Didukung oleh Coningham, F garry (2001) *Sectio Caesaria* adalah lahirnya janin melalui insisi didinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi). *Sectio Caesaria* adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 1991).

Menurut Mansjoer (1999) ketuban pecah dini adalah pecahnya selaput ketuban sebelum ada tanda-tanda persalinan. Ketuban pecah dini didefinisikan sebagai amnioreksis sebelum permulaan persalinan pada setiap tahapan kehamilan (Hacker, 2001). Menurut Medicine and linuk (kedokteran dan linuk) ketuban pecah dini yaitu apabila ketuban pecah spontan dan tidak diikuti tanda-tanda persalinan, beberapa jam sebelum inpartus, misalnya 1 jam atau 6 jam sebelum inpartus. Ada juga yang menyatakan dalam ukuran pembukaan servik pada kala I, misalnya ketuban pecah sebelum pembukaan servik pada primigravida 3 cm dan pada multigravida kurang dari 5 cm Masa nifas adalah periode setelah kelahiran bayi dan plasenta sampai sekitar 6 minggu setelah *post partum* (Hacker, 2001).

Plasenta Previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah uterus sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. (Winkjosostro, 1999).

Plasenta Previa dapat di klasifikasi sebagai berikut :

- a. Plasenta Previa *Totalis*, apabila seluruh pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.
- b. Plasenta Previa *Persialis*, apabila sebahagian pembukaan tertutup oleh jaringan plasenta.
- c. Plasenta Previa *Marginalis*, apabila pinggir plasenta berada tepat pada pinggir pembukaan.
- d. Plasenta Letak Rendah, plasenta yang letaknya abnormal pada segmen bawah uterus tetapi belum sampai menutupi pembukaan lahir (Winkjosostro, 1999).

Sesuai pengertian di atas maka penulis mengambil kesimpulan, *Sectio Caesaria* adalah suatu pembedahan guna melahirkan janin lewat insisi pada dinding abdomen dan uterus persalinan buatan, sehingga janin dilahirkan melalui perut dan dinding perut dan dinding rahim agar anak lahir dengan keadaan utuh dan sehat.

2.5.2 Patofisiologi

Pendarahan antepartum akibat plasenta previa terjadi sejak kehamilan 10 minggu saat segmen bawah uterus membentuk dari mulai melebar serta menipis, umumnya terjadi pada trimester ketiga karena segmen bawah uterus lebih banyak mengalami perubahan pelebaran segmen bawah uterus dan permukaan servik menyebabkan sinus uterus robek karena lepasnya plasenta dari dinding uterus atau robeknya sinus marginalis dari plasenta. Perdarahan tidak dapat dihindari karena ketidakmampuan serabut otot segmen bawah uterus untuk berkontraksi seperti pada plasenta letak normal (Mansjoer, 1999).

2.5.3 Indikasi

Indikasi *Sectio Caesaria* menurut Sarwono (1991) :

1. Ibu
 - a. Disproporsi kepala panggul/CPD//FPD
 - b. Disfungsi uterus
 - c. Distosia jaringan lunak
 - d. Plasenta previa

2. Anak

- a. Janin besar
- b. Gawat janin
- c. Letak lintang

Kontra indikasi *Sectio Caesaria*: pada umumnya *Sectio Caesaria* tidak dilakukan pada janin mati, syok, anemi berat, sebelum diatasi, kelainan kongenital berat.

2.5.4 Pemeriksaan diagnostik

1. Pemantauan janin terhadap kesehatan janin
2. Pemantauan EKG
3. JDL dengan diferensial
4. Elektrolit
5. Hemoglobin/Hematokrit
6. Golongan dan pencocokan silang darah
7. Urinalisis
8. Amniosentesis terhadap maturitas paru janin sesuai indikasi
9. Pemeriksaan sinar x sesuai indikasi.
10. Ultrasound sesuai pesanan

(Tucker, Susan Martin, 1998)

2.5.5 Diagnosis

a. Anamnesis

Pendarahan jalan lahir pada kehamilan setelah 22 minggu berlangsung tanpa nyeri terutama pada multigravida, banyaknya pendarahan tidak dapat dinilai dari anamnesis, melainkan dari pada pemeriksaan hematokrit.

b. Pemeriksaan Luar

Bagian bawah janin biasanya belum masuk pintu atas panggul presentasi kepala, biasanya kepala masih terapung di atas pintu atas panggul mengelak ke samping dan sukar didorong ke dalam pintu atas panggul.

c. Pemeriksaan *In Spekulo*

Pemeriksaan bertujuan untuk mengetahui apakah pendarahan berasal dari ostium uteri eksternum atau dari ostium uteri eksternum, adanya Plasenta Previa harus dicurigai.

d. Penentuan Letak Plasenta Tidak Langsung

Penentuan letak plasenta secara tidak langsung dapat dilakukan radiografi, radioisotope, dan ultrasonografi. Ultrasonografi penentuan letak plasenta dengan cara ternyata sangat tepat, tidak menimbulkan bahaya radiasi bagi ibu dan janinnya dan tidak menimbulkan rasa nyeri.

(Winkjosostro, 1999)

2.5.6 Tipe operasi *Secsio Caesaria*

1. *Sectio Caesaria* abdominalis

a. *Sectio Caesaria* transperitonialis yang terdiri dari :

- *Sectio Caesaria* klasik atau korporal dengan insisi memanjang pada korpus uteri.
- *Sectio Caesaria* ismika atau profunda atau low cervical dengan insisi pada segmen bawah rahim

b. *Sectio Caesaria* ekstraperitonealis, yaitu tanpa membuka peritoneum parietalis dengan demikian tidak membuka kavum abdominalis

2. *Sectio Caesaria* vaginalis

3. Menurut sayatan pada rahim dapat dilakukan sebagai berikut :

- Sayatan memanjang (longitudinal) menurut Kronig
- Sayatan melintang (transversal) menurut Kerr
- Sayatan huruf T (T-incision)

(Mochtar, Rustam, 1992)

2.5.7 Prognosis

Dulu angka morbiditas dan mortalitas untuk ibu dan janin tinggi. Pada masa sekarang oleh karena kemajuan yang pesat dalam tehnik operasi, anestesi, penyediaan cairan dan darah, indikasi dan antibiotika angka ini sangat menurun. Angka kematian ibu pada Rumah Sakit dengan fasilitas operasi yang baik dan oleh tenaga – tenaga yang cekatan adalah kurang dari 2 per 1000.

Nasib janin yang ditolong secara *Sectio Caesaria* sangat tergantung dari keadaan janin sebelum dilakukan operasi. Menurut data dari negara – negara dengan pengawasan antenatal yang baik dari fasilitas neonatal yang sempurna, angka kematian perinatal sekitar 4 – 7 % (Mochtar Rustam, 1992).

2.5.8 Asuhan Keperawatan

Pengkajian

a. Identitas Pasien

Meliputi nama, umur, pendidikan, suku bangsa, pekerjaan, agama, alamat, status perkawinan, nomor *medical record*, diagnosa medik, yang mengirim, cara masuk, alasan masuk, keadaan umum tanda vital.

b. Data Riwayat Kesehatan

1) Riwayat Kesehatan Sekarang

Meliputi keluhan atau yang berhubungan dengan gangguan atau penyakit dirasakan saat ini dan keluhan yang dirasakan setelah pasien operasi.

2) Riwayat Kesehatan Dahulu

Meliputi penyakit yang lain yang dapat mempengaruhi penyakit sekarang. Makudnya apakah pasien pernah mengalami penyakit yang sama (*Plasenta previa*).

3) Riwayat Kesehatan Keluarga

Meliputi penyakit yang diderita pasien dan apakah keluarga pasien ada juga yang mempunyai persalinan *Plasenta previa*,

c. Data Sosial Ekonomi

Penyakit ini dapat terjadi pada siapa saja dan apakah keluarga pasien dapat lebih sering terjadi penderita malnutrisi dengan sosial ekonomi rendah

d. Data Psikologis

1) Pasien biasanya dalam keadaan labil.

2) Pasien biasanya cemas akan keadaan seksualitasnya.

3) Harga diri pasien terganggu.

- e. Data Pemeriksaan Penunjang
 - 1) USG, untuk menentukan letak impiantasi plasenta.
 - 2) Pemeriksaan hemoglobin.
 - 3) Pemeriksaan hematokrit.

2.6 Lama Hari Rawat

2.6.1 Pengertian Tentang Istilah yang Berhubungan dengan Pelayanan Pasien

Pengertian tentang istilah dan pengertian yang berhubungan dengan pelayanan pasien menurut AMRA (1976), yaitu :

1. Penerimaan pasien (*Inpatient Admission*)
Merupakan penerimaan resmi seorang pasien oleh Rumah Sakit, yang mana pasien mendapatkan fasilitas berupa ruangan, tempat tidur, perawatan yang *continue* dan fasilitas lainnya selama pasien dirawat.
2. Pemulangan pasien (*Inpatient Discharges*)
Resminya seorang pasien keluar dari Rumah Sakit yang merupakan batas waktu terakhir pasien dirawat.
3. Lama hari rawat bagi seorang pasien (*Length of Stay for one patient*)
Merupakan jumlah hari saat pasien diterima sampai saat pasien pulang.
Perhitungannya sebagai berikut :
 - Tanggal pulang dikurangi tanggal masuk, apabila pasien masuk dan pulang pada bulan yang sama. Apabila pada bulan berbeda maka disesuaikan kembali.
 - Lama hari rawat seorang pasien dihitung perhari, baik pada waktu pasien masuk maupun keluar pada hari yang sama begitupun pada hari berikutnya.
 - *Bed-days* atau *patient-days* merupakan suatu unit pengukuran hari perawatan yang dilakukan pada seseorang yang masuk pada malam hari atau masuk hari ini sampai dihari berikutnya. Perhitungan ini ada beberapa macam yaitu:
 - a. Dihitung 1 hari bila pasien masuk Rumah Sakit hari ini dan pulang hari berikutnya.
 - b. Dihitung 1 hari penuh apabila pasien masuk Rumah Sakit sebelum pukul 12.00.
 - c. Dihitung 1 hari penuh apabila pasien pulang sesudah pukul 12.00 siang.

4. Jumlah hari rawat untuk seluruh pasien (*Total Length of Stay for All Patient*)
Jumlah hari rawat dari sekelompok pasien yang keluar dari Rumah Sakit dalam suatu periode tertentu.
5. Rata-rata lama hari rawat (*Average Length of Stay*)
Adalah perbandingan jumlah hari rawat seluruh pasien dalam periode tertentu dan dalam kelompok tertentu dengan seluruh pasien yang ada pada kelompok tersebut.

$$\text{Rata-rata LHR} = \frac{\text{Jumlah hari rawat seluruh pasien}}{\text{Jumlah pasien yang keluar}}$$

6. Komplikasi (*Complication*)

Adalah suatu diagnosis tambahan dari penyakit tertentu akibat adanya perawatan yang kurang baik serta pengobatan yang tidak adekuat.

Ada 2 pengertian :

- Pengertian yang sempit : oleh karena perawatan yang salah dan tidak adekuat seperti perdarahan post operatif, infeksi sekunder dan lainnya.
- Pengertian yang luas : suatu keadaan yang ada hubungannya dengan diagnosis utama.

2.6.2 Penelitian - Penelitian yang Sehubungan dengan Lama Hari Rawat

Dari penelitian Hanafiah (1994) rata-rata lama hari rawat untuk RSUD Baturaja Tipe C adalah 5 hari (tahun 1989-1993), sedangkan untuk pasien bedah sesaria dalam penelitian yang dilakukan didapat hasil 9 hari. Di Rumah Sakit Harapan Kita standar LHR untuk tindakan bedah sesaria menurut penelitian yang dilakukan Hatta (1994) adalah 7 hari.

LHR Rumah Sakit Depkes dan Pemda rata-rata 6 hari, LHR Rumah Sakit di DKI terpanjang 7 hari, sedangkan daerah lain 6 hari. LHR Rumah Sakit swasta rata-rata 6 hari dengan LHR terendah 5 hari untuk wilayah Jawa-Bali sedangkan daerah lain 6 hari. LHR Rumah Sakit klas A tertinggi 10 hari sedang LHR klas B rata-rata 7 hari serta Rumah Sakit klas C dan D sama yaitu 5 hari (Brotowasisto, 1993).

2.6.3 Hubungan LHR dengan Mutu Layanan dan Efisiensi

2.6.3.1 Efisiensi terhadap Lama Hari Rawat

(AHA, 1981) dalam penelitiannya di Amerika Serikat mengklasifikasikan Rumah Sakit atas 4 kelompok berdasarkan LHRnya yaitu:

- a. Rumah Sakit dengan LHR pasien 3-6 hari.
- b. Rumah Sakit dengan LHR pasien 6-7 hari.
- c. Rumah Sakit dengan LHR pasien 7-9 hari.
- d. Rumah Sakit dengan LHR pasien 9-12 hari.

Klasifikasi ini dibuat untuk membedakan penggunaan tempat tidur dengan biaya yang dikeluarkan untuk pasien/hari. Disini LHR terpanjang pada Rumah Sakit golongan ke empat yaitu 9-12 hari yang menunjukkan bahwa golongan ini kurang efisien. Dapat disimpulkan bahwa LHR 9-12 hari mengarah pada Rumah Sakit yang khusus artinya yang merawat pasien dengan penyakit kronis. BOR dalam hal ini tidak ada pengaruhnya apakah pasien dirawat lebih cepat atau lebih lama.

Efisiensi berkaitan dengan BTO dan TOI perlu dihitung dengan cermat untuk membuat perencanaan lebih lanjut. Pada Rumah Sakit dengan BOR 50-60% yang umumnya berlaku di Indonesia hal ini perlu diperhitungkan mengingat biaya operasional Rumah Sakit cukup tinggi sehingga BOR sebesar itu walaupun dalam batas BEP tetap diusahakan efisiensinya.

Pada Rumah Sakit diperkotaan dengan adanya persaingan antar Rumah Sakit yang ketat, faktor efisiensi berkaitan dengan mutu pelayanan sehingga penetapan LHR berupa sistem paket adalah hal yang utama di samping fasilitas sarana dan prasarana serta peralatan yang lengkap karena pelanggan menuntut layanan terbaik sesuai dengan kondisi sosioekonominya.

$$\text{Menurut teori produktivitas} = \frac{\text{Output}}{\text{Input}}$$

Input disini adalah sumber daya baik tenaga, sarana, dana, dan lainnya (Donabedian, 1973).

2.6.3.2 Mutu Layanan terhadap Lama Hari Rawat

LHR dan mutu pelayanan merupakan komponen penting dalam menilai efisiensi dan efektivitas suatu Rumah Sakit.

Mutu pelayanan sendiri tergantung kepada beberapa faktor antara lain:

- Fasilitas pelayanan yang ada.
- Profesional ketenagaan, baik medis maupun paramedis dan non-medis
- Manajemen yang diterapkan
- Kepuasan pasien.

Dengan semakin baiknya komponen di atas maka LHR menyesuaikan diri dengan kondisi tersebut.

2.6.4 Faktor-faktor yang Diduga Berhubungan Dengan Lama Hari Rawat

2.6.4.1 Jenis penanggung biaya

Karmadji (1986) dan Puspasari (1992) dalam penelitiannya menemukan bahwa pasien yang biaya perawatannya dibayar oleh perusahaan atau asuransi mempunyai LHR yang lebih panjang dari pada pasien yang biaya perawatannya dibayar sendiri. Hal ini dikarenakan proses penyelesaian administrasi pembayaran dengan pihak penjamin akan memakan waktu terutama jika pasien belum melengkapi syarat-syarat administrasinya.

Bagi pasien yang kurang mampu, sering kali akan menemui kesulitan dalam melunasi biaya perawatan pada saat sudah diperbolehkan dokter pulang diman pihak keluarga akan meminta penundaan waktu pulang karena akan berupaya terlebih dahulu mendapatkan biaya tersebut. Tentu saja kondisi tersebut akan memperpanjang LHR.

2.6.4.2 Alasan keluar Rumah Sakit

Puspasari (1992) dalam penelitiannya menemukan bahwa pasien yang pulang paksa padahal dokter yang merawatnya belum mengizinkannya pulang karena belum sembuh, akan memperpendek LHR. Pulang paksa ini disebabkan oleh beberapa faktor antara lain:

1. Keadaan pasien yang sudah sekarat diman pihak keluarga menganggap bahwa si pasien tidak bisa lagi disembuhkan sehingga mereka meminta pulang dengan

alasan tersebut untuk dirawat di rumah saja.

2. Ketidakmampuan untuk membiayai perawatan sehingga pihak keluarga ingin mempercepat perawatan di Rumah Sakit walaupun penyakitnya sama sekali belum sembuh dan akan melanjutkan berobat dengan cara berobat jalan saja. Dari pengamatan langsung di Rumah Sakit, ditemukan adanya penundaan pulang ibu yang telah menjalani tindakan bedah Sesar walaupun telah sembuh dan diizinkan pulang oleh dokter yang merawatnya karena menunggu kesembuhan bayinya yang masih menjalani perawatan karena sakit. Penundaan kepulangan karena alasan tersebut tentu saja akan memperpanjang LHR.

2.6.4.3 Kelas perawatan yang dipilih

Karmadji (1986) dalam penelitiannya menemukan bahwa pasien yang dirawat di Kelas Perawatan yang lebih tinggi umumnya mempunyai LHR yang lebih pendek yang disebabkan antara lain : pasien datang ke Rumah Sakit dalam stadium penyakit yang lebih dini dengan kondisi yang relatif lebih baik, intensitas pelayanan perawatan dan penanganan dokter relatif lebih baik, permintaan pasien untuk pulang lebih cepat karena banyaknya kesibukan pribadi si pasien dan penggunaan obat dari jenis produk yang lebih baik.

2.6.4.4 Hari kedatangan (hari masuk Rumah Sakit)

Barber *et.al* (1983) menemukan bahwa kedatangan pasien menjelang hari Sabtu dan Minggu akan memperpanjang LHR. Hal ini disebabkan karena kesibukan menjelang hari-hari libur dimana pemeriksaan dokter dan pemeriksaan penunjang diundur sampai hari kerja biasa yang berarti semua petugas Rumah Sakit sudah bekerja kembali seperti biasa. Juga terjadi perpanjangan LHR jika pasien masuk pada saat di luar jam kerja atau saat pergantian jaga. Perpanjangan ini terjadi dikarenakan perpanjangan LHR pra bedah, yang berdampak pada perpanjangan jumlah keseluruhan LHR.

Cristal dan Brewster pada tahun 1984 menemukan bahwa LHR pasien akan bertambah panjang jika pasien masuk pada hari Jumat dan Sabtu (Cannoodt, 1984). Shukla (1986) menemukan LHR menjadi lebih panjang jika pasien masuk pada hari Jumat dan Sabtu (elektif) akan memperlihatkan LHR yang pendek,

sedangkan Lew menemukan bahwa kasus penyakit bedah dan non-bedah yang masuk Rumah Sakit menjelang hari minggu akan mengakibatkan LHR yang lebih lama. (Donabedian, 1973).

2.6.4.5 Pemeriksaan penunjang diagnosis

Banyak pemeriksaan penunjang diagnostik yang sebenarnya tidak dibutuhkan dalam menegakkan diagnosis bagi penderita. Pemeriksaan yang berlebihan inilah yang menyebabkan penderita berada di Rumah Sakit lebih lama sehingga LHR menjadi lama (Faulkner, 1981). Pada pasien yang tidak darurat, pemeriksaan dilakukan sebelum masuk Rumah Sakit akan mempersingkat LHR (Kovner, 1983; Snook, 1981).

Ketidaklengkapan tenaga dan fasilitas di unit pelayanan penunjang (laboratorium, radiologi) juga berpengaruh pada LHR yang disebut dengan *'hospital bottle neck'*.

2.6.4.6 Pemilikan, kebijakan dan kegiatan administratif Rumah Sakit

Melalui *'pre admission testing'* yang dijalankan dengan baik di poliklinik Rumah Sakit untuk pasien yang operasinya termasuk kelompok elektif akan sangat bermanfaat dalam memperpendek LHR prabedah (Snook, 1981; Okelberry, 1975) *'Pre admission testing'* ini harus menjadi salah satu kebijakan dalam penatalaksanaan masuknya pasien ke Rumah Sakit (*admission policy*) yang ditetapkan manajemen Rumah Sakit (Stewart, 1971).

Di beberapa Negara maju, Rumah Sakit dikelompokkan menjadi 2 yaitu yang perawatan lama (*long term hospital*) dan yang perawatan pendek (*short term hospital*) untuk kepentingan administratif dan pelayanan perawatan karena kedua jenis penyakit tersebut mempunyai perbedaan pada kedua aspek tersebut yang akan membedakan pula panjang LHR dari keduanya. Rumah Sakit yang merawat kasus penyakit kronis akan lebih panjang rata-rata LHR dibandingkan dengan Rumah Sakit yang merawat langsung penyakit akut (Cannoodt, 1984; Payne, 1976).

2.6.4.7 Tenaga dokter yang menangani kasus

Karmadji (1986) dan Pasaribu (1990) membuktikan bahwa faktor tenaga dokter yang menangani pasien cukup berperan dalam menentukan memanjangnya LHR.



BAB 3

GAMBARAN UMUM RSUD KOTA BANDUNG

3.1 Lokasi RSUD Kota Bandung

Lokasi rumah sakit terletak di jalan Rumah Sakit No. 22 Ujungberung Kota Bandung

3.2 Visi dan Misi

3.2.1 Visi RSUD Kota Bandung

“Menjadi rumah sakit rujukan terbaik dan terjangkau oleh masyarakat Kota Bandung“

3.2.2 Misi RSUD Kota Bandung

- Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna dan prima yang berorientasi pada pelanggan.
- Meningkatkan kualitas dan kuantitas Sumber Daya Manusia yang dimiliki.
- Meningkatkan kerjasama yang harmonis dengan pihak ketiga.
- Mengupayakan perlindungan hukum bagi Sumber Daya Manusia.
- Menciptakan dan mengembangkan lingkungan yang sehat.
- Meningkatkan program-program yang menunjang Bandung Sehat.

3.3 Tujuan Keberadaan RSUD

1. Terwujudnya masyarakat sehat dengan sarana dan prasarana Rumah Sakit yang memadai.
2. Terwujudnya Sumber Daya Manusia di Rumah Sakit yang profesional dan optimal.
3. Terciptanya lingkungan kerja yang kondusif.

4. Terciptanya kepercayaan dan kerjasama dengan pihak - pihak terkait.
5. Terciptanya rasa aman dalam melaksanakan tugas.
6. Terciptanya lingkungan yang aman, tertib dan nyaman.

3.4 Tugas Pokok dan Fungsi

3.4.1 Tupoksi RSUD Kota Bandung

- a. Peraturan Daerah (Perda) Kota Bandung Nomor : 16 Tahun 2007
- b. Tugas Pokok RSUD Kota Bandung
- c. Melaksanakan upaya kesehatan dibidang pelayanan umum, upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasilguna dengan mengutamakan upaya penyembuhan, pemulihan yang dilaksanakan secara serasi, terpadu dengan upaya peningkatan serta pencegahan dan melaksanakan upaya rujukan.

3.4.2 Fungsi RSUD

- a. Penyelenggaraan pelayanan umum.
- b. Pelaksanaan tugas teknik operasional bidang pelayanan umum yang meliputi keuangan, pelayanan medis dan keperawatan, penunjang medis serta program dan pemasaran.

Pelaksanaan tugas lain yang diberikan oleh walikota sesuai dengan tugas dan fungsinya

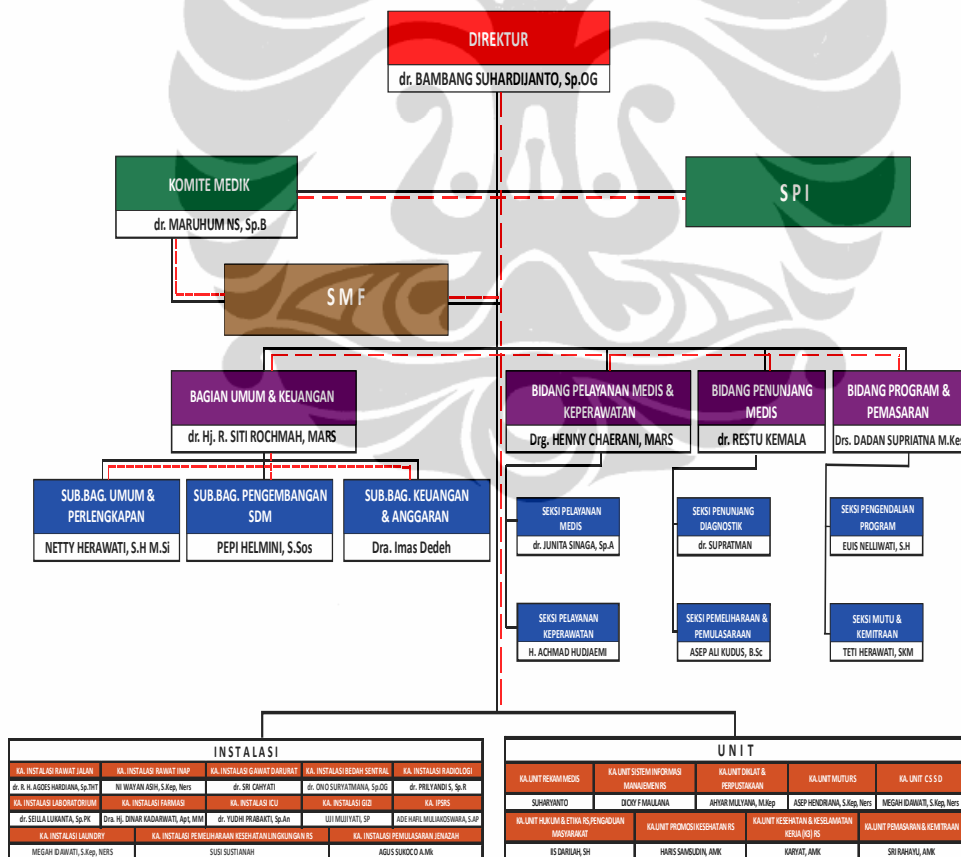
3.5 Sejarah RSUD Kota Bandung

- Lokasi berada diwilayah Bandung Timur.
- April 1993 : Sebagai Puskesmas dengan Tempat Perawatan menjadi RSUD Kelas D.
- Perda Kota Bandung No. 928 Tahun 1992.
- Desember 1998 : Dinilai memenuhi persyaratan menjadi RSUD Kelas.C.
- SK Menkes No. 1373/Menkes/SK/XII/98

- Desember 2000 : Status Kelembagaan berubah dari UPT DKK menjadi Lembaga Teknis Daerah yang bertanggung jawab langsung kepada Walikota melalui Sekretaris Daerah
- Perda Kota Bandung No. 10 Tahun 2000
- Tahun 2007, pemberian Status Akreditasi Penuh Tingkat Dasar dari Departemen Kesehatan Republik Indonesia (SK.MenKes RI No : YM.01.10 / III / 1148 / 2007).
- Perda Kota Bandung Nomor : 16 Tahun 2007, tentang Pembentukan dan Susunan Organisasi Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Kota Bandung.

3.6 Struktur Organisasi

Gambar 3.1 Struktur Organisasi



Sumber: Laporan Tahun 2009

3.7 Gambaran Umum

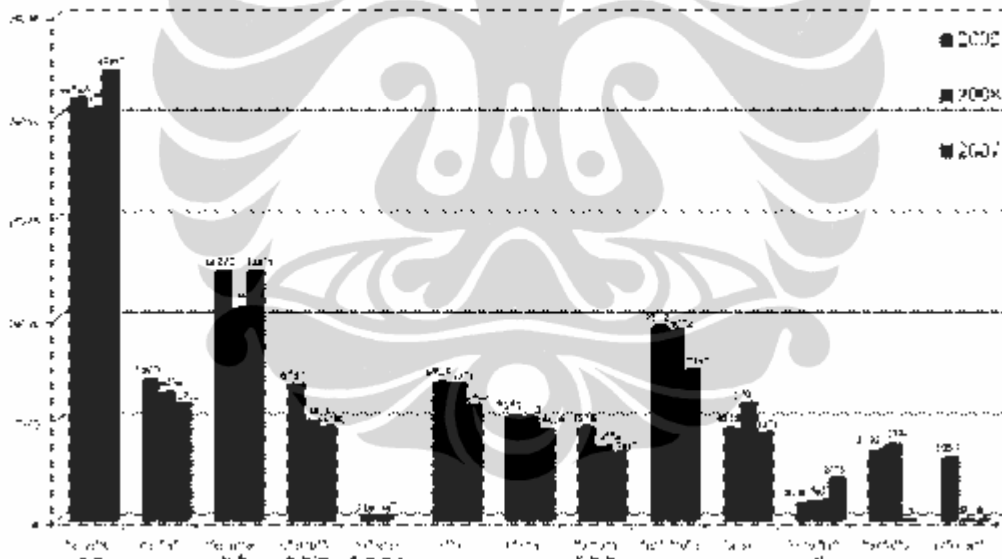
Nama	: RSUD Kota Bandung
Kelas	: C , Non Swadana
Kapasitas Tempat Tidur	: 110 Tempat Tidur
Luas Lahan	: 4.500m ² dikembangkan menjadi 10.413m ²
Luas Bangunan	: 2.772,75m ² dikembangkan menjadi 8.639m ² .

3.8 Fasilitas RSUD Kota Bandung

3.8.1 Rawat Jalan

Grafik 3.1 Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD Kota Bandung

Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD Kota Bandung 2007-2009



Sumber: Laporan Tahun 2009

Poliklinik yang ada di rawat jalan :

1. Spesialis Penyakit Dalam
2. Spesialis Anak
3. Spesialis Kandungan & Kebidanan

4. Spesialis Bedah
5. Spesialis Telinga Hidung Tenggorokan (THT)
6. Spesialis Mata
7. Spesialis Kulit & Kelamin
8. Spesialis Syaraf
9. Spesialis Orthodonti (Gigi)
10. Pelayanan HIV/AIDS (Poliklinik VCT & CST)
11. Pelayanan Poliklinik Umum
12. Pelayanan Poliklinik Gigi
13. Pelayanan Poliklinik Psikologi
14. Pelayanan Konsultasi Gizi
15. Pelayanan DOTS
16. Pelayanan Konseling/Informasi Obat (P I O)

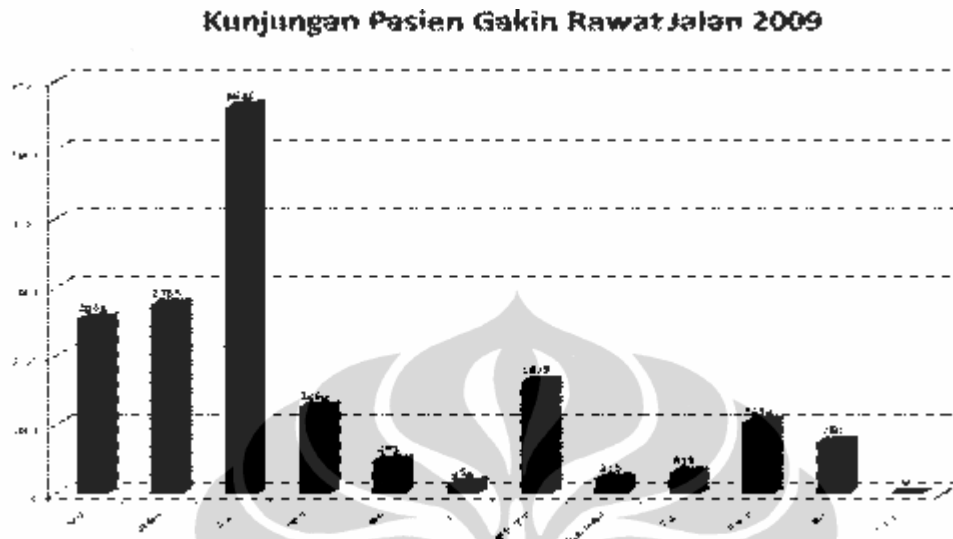
Tabel 3.1

Kunjungan Pasien Rawat Jalan RSUD Kota Bandung Tahun 2007 – 2009

Poli	2009	2008	2007
Penyakit Dalam	20826	20340	22195
Bedah	6929	6278	5719
Kesehatan Anak	12271	10440	12275
Obstetri & Ginekologi	6633	4871	4582
Keluarga Berencana	116	127	-
THT	6786	6704	5635
Mata	5112	5037	4430
Kulit & Kelamin	4575	3576	3317
Gigi & Mulut	9542	9372	7393
Umum	4511	5707	4261
Konsultasi Gizi	824	901	2025
Poli DOTS	3392	3724	0
Poli Syaraf	3054	0	0

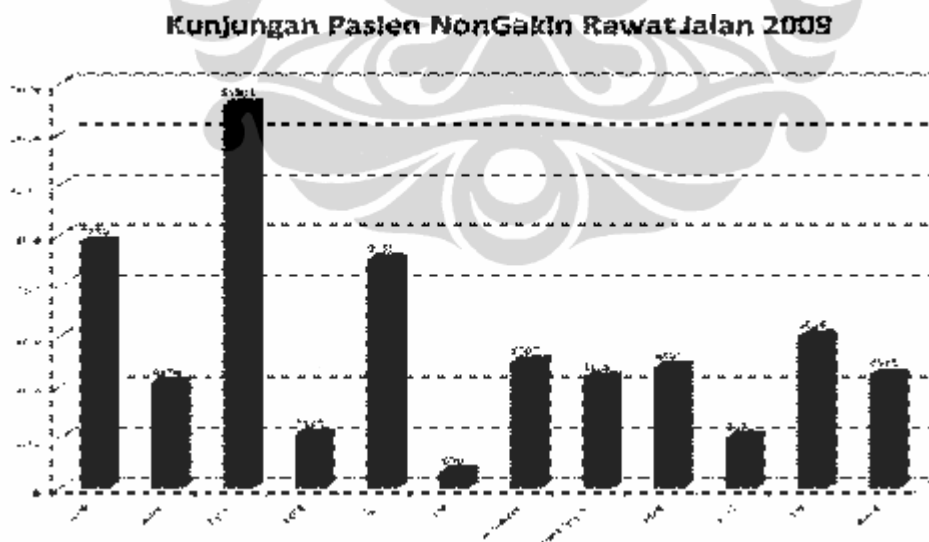
Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.2 Kunjungan Pasien Gakin Rawat Jalan RSUD Kota Bandung



Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.3 Kunjungan Pasien Non Gakin Rawat Jalan RSUD Kota Bandung

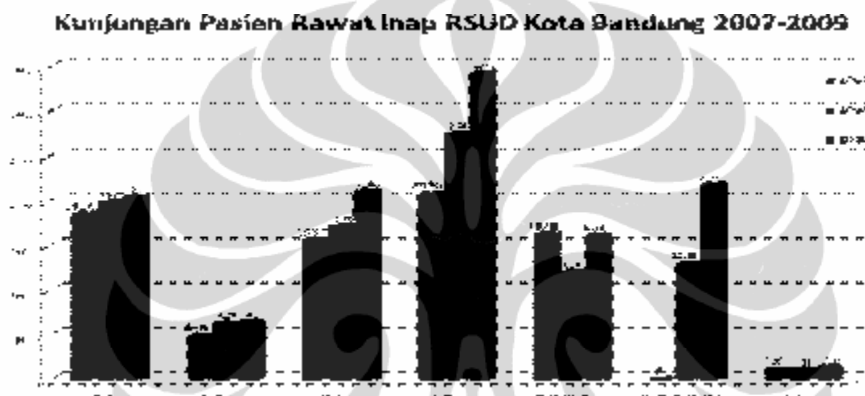


Sumber: Laporan Tahun 2009

3.8.2 Rawat Inap

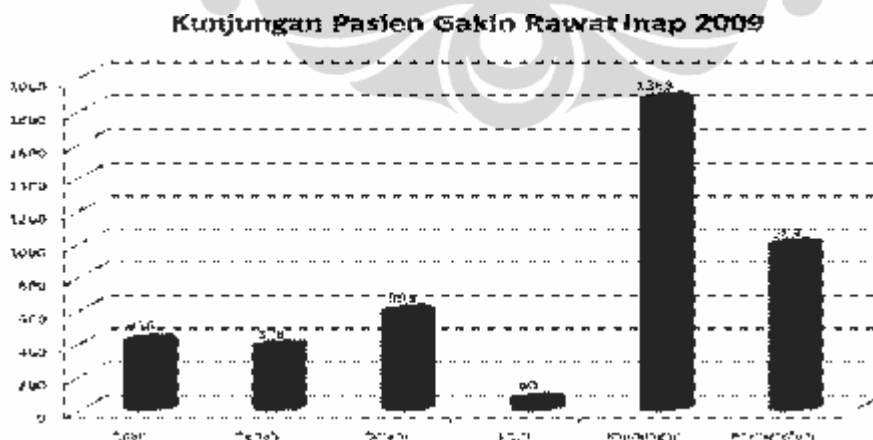
1. Perawatan Penyakit Dalam
2. Perawatan Bedah
3. Perawatan Anak
4. Perawatan Kebidanan & Kandungan
5. Perawatan Perinatologi

Grafik 3.4 Kunjungan Pasien Rawat Inap RSUD Kota Bandung



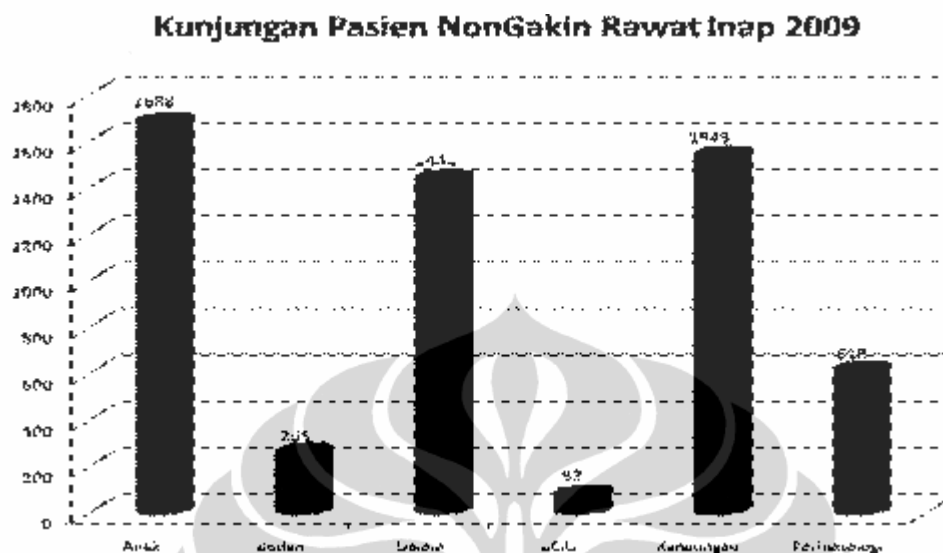
Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.5 Kunjungan Pasien Gakin Rawat Inap RSUD Kota Bandung



Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.6 Kunjungan Pasien Non Gakin Rawat Inap RSUD Kota Bandung



Sumber: Laporan Tahun 2009

3.8.3 Pelayanan Lainnya

1. Instalasi Gawat Darurat (24 jam)
2. Instalasi Farmasi (24 jam)
3. Laboratorium (24 Jam)
4. Radiologi
5. I C U (24 jam)
6. Instalasi Kamar Bedah Sentral
7. IPSRS
8. Instalasi Gizi
9. Kamar Bersalin (VK)
10. Instalasi Laundry
11. Instalasi Kamar Jenazah
12. Ambulance (24 jam)
13. KESLING

3.9 Kinerja RSUD Kota Bandung

Ada beberapa parameter yang umumnya digunakan rumah sakit untuk menilai kinerja pelayanan mereka, antara lain ALOS, TOI, BOR, BTO, NDR dan GDR.

a. *Average Length of Stay (ALOS)*

ALOS adalah rata-rata lamanya seorang pasien dirawat yang ideal antara 2-3 hari, dirumuskan sebagai berikut:

$$\frac{\sum \text{Hari perawatan pasien keluar}}{\sum \text{Pasien keluar (hidup + mati)}}$$

b. *Turn Over Interval (TOI)*

TOI adalah rata-rata hari, tempat tidur tidak ditempati dari saat terisi ke saat terisi berikutnya. Indikator ini juga dapat memberikan gambaran tingkatan waktu 0,50-1,6 hari, dirumuskan sebagai berikut:

$$\frac{\sum \text{Tempat tidur x hari - hari perawatan rumah sakit}}{\sum \text{Pasien keluar (hidup + mati) dalam satu tahun}}$$

c. *Bed Turn Over (BTO)*

BTO adalah frekuensi pemakaian tempat tidur. Menunjukkan berapa kali dalam satu satuan waktu tertentu (biasanya satu tahun) tempat tidur rumah sakit dipakai. Indikator ini memberikan gambaran tingkat efisiensi dari pemakaian tempat tidur, mempunyai rumus:

$$\frac{\sum \text{Pasien keluar (hidup + mati)}}{\sum \text{Tempat tidur}}$$

Idealnya selama satu tahun, satu tempat tidur rata-rata dipakai 40-50 kali.

d. *Bed Occupancy Rate (BOR)*

BOR berguna untuk mengetahui tingkat pemanfaatan tempat tidur rumah sakit. Angka BOR yang rendah menunjukkan kurangnya pemanfaatan fasilitas perawatan rumah sakit oleh masyarakat. Angka BOR yang tinggi (>85%) menunjukkan tingkat pemanfaatan tempat tidur yang tinggi, sehingga perlu pengembangan rumah sakit/penambahan tempat tidur. Nilai parameter dari BOR ini idealnya antara 60-85%. BOR mempunyai rumus:

$$\frac{\sum \text{Hari perawatan rumah sakit}}{\sum \text{Tempat tidur} \times \sum \text{hr}} \times 100\%$$

e. *Neth Death Rate (NDR)* atau angka Kematian Bersih

NDR adalah angka kematian >48jam setelah dirawat untuk tiap 1000 penderita keluar. indikator ini dapat memberikan gambaran mutu pelayanan di rumah sakit. Nilai NDR yang dianggap masih seperti diterima adalah kurang dari 25 per 1000 penderita. NDR mempunyai rumus:

$$\frac{\sum \text{Pasien mati} >48 \text{ jamkesmas dirawat} \times 1000 \text{ penderita}}{\sum \text{Pasien keluar (hidup + mati)}}$$

f. *Gross Death Rate (GDR)*

GDR adalah angka kematian umum untuk tiap 1000 penderita keluar. Indikator ini juga dapat digunakan untuk mengetahui mutu pelayanan perawatan rumah sakit. Nilai GDR sebaiknya tidak lebih dari 45 per 1000 penderita keluar. GDR mempunyai rumus :

$$\frac{\sum \text{pasien mati seluruhnya} \times 1000}{\sum \text{pasien keluar (hidup+mati)}}$$

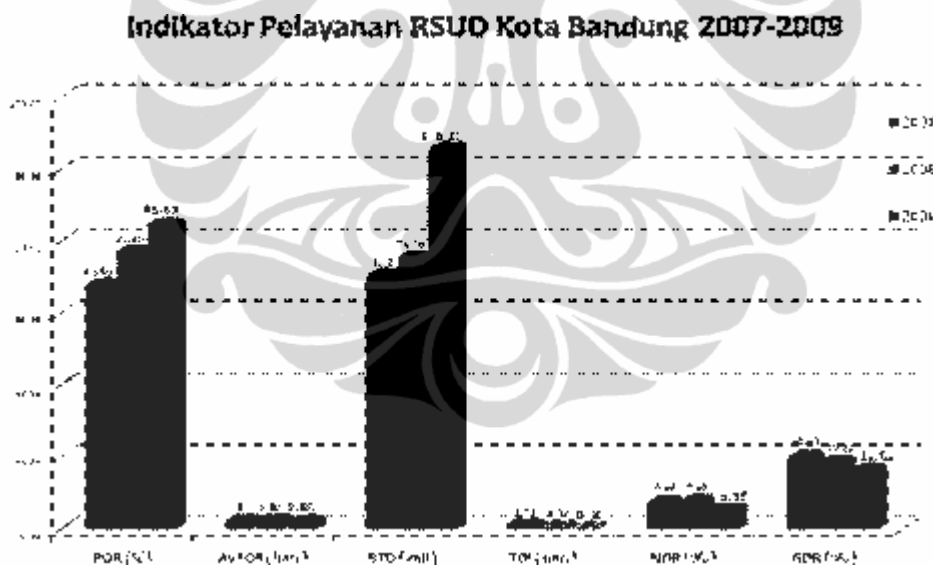
Berikut ini adalah tabel Indikator Kinerja RSUD Kota Bandung berupa ALOS, TOI, BTO, BOR, NDR dan GDR pada tahun 2007-2009.

Tabel 3.2
Indikator Pelayanan RSUD Kota Bandung Tahun 2007-2009

indikator	2007	2008	2009
BOR (%)	68,59	77,70	85,39
ALOS (hari)	3	2,92	2,68
BTO (kali)	71,12	75,99	106,21
TOI (hari)	1,61	0,92	0,50
NDR (%)	8,20	8,36	5,95
GDR (%)	20,83	19,22	17,01

Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.7 Indikator Pelayanan RSUD Kota Bandung



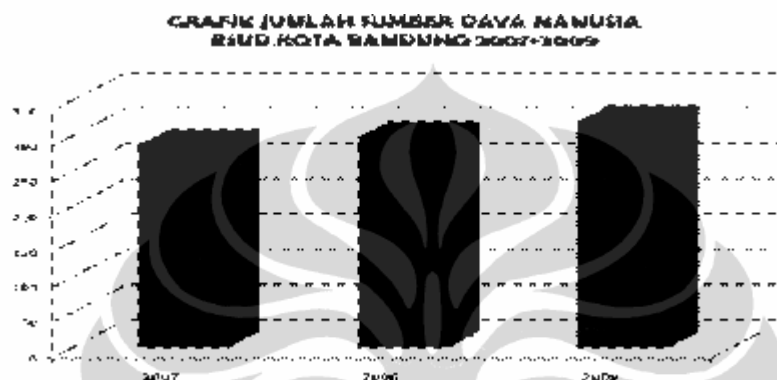
Sumber: Laporan Tahun 2009

Dari tabel tersebut, dapat dilihat angka ALOS dan TOI dari tahun ke tahun tidak terlalu mengalami perubahan yang berarti dan cenderung stabil, sedang angka BTO mengalami peningkatan yang berarti meningkatnya frekuensi

pemakaian tempat tidur. Angka NDR mengalami penurunan di setiap tahunnya, sehingga dalam 3 tahun terakhir ini didapatkan bahwa nilai NDR terkecil pada tahun 2009.

3.10 Ketenagaan

Grafik 3.8 Jumlah SDM RSUD Kota Bandung



Sumber: Laporan Tahun 2009

Grafik 3.9 Klasifikasi SDM RSUD Kota Bandung



Sumber: Laporan Tahun 2009

3.11 Sepuluh Terbesar Penyakit

3.11.1 Sepuluh Terbesar Penyakit di Rawat Inap

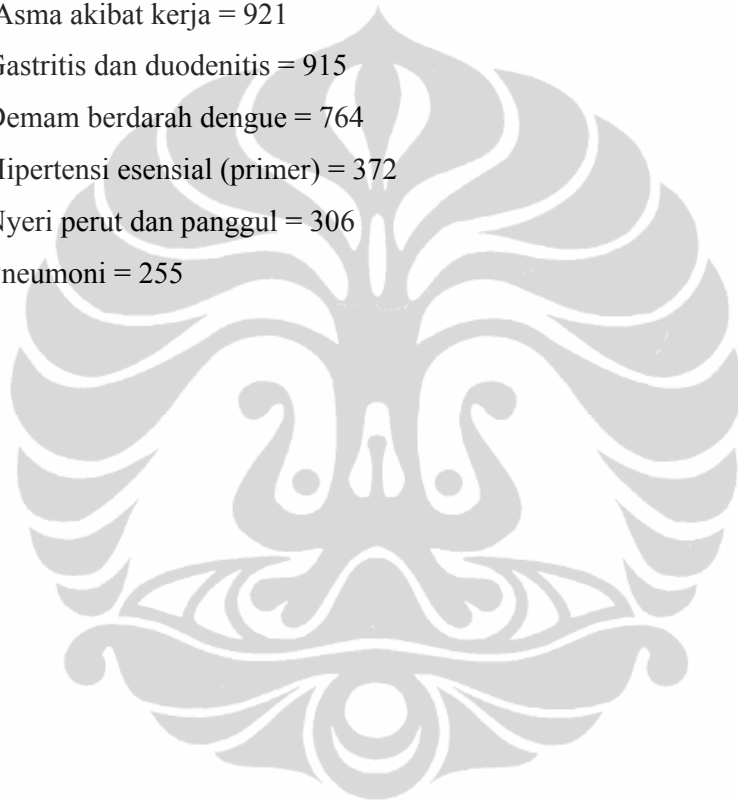
1. Diare & gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu (kolitis infeksi) = 696
2. Demam dengue dan demam virus tular nyamuk lain = 581
3. Demam berdarah dengue = 569
4. Kondisi lain yang bermula pada masa Perinatal = 474
5. Penyulit kehamilan dan persalinan lainnya = 399
6. Hipoksia intrauterus dan asfiksia lahir = 353
7. Ketuban pecah dini = 322
8. Demam tifoid dan paratifoid = 252
9. Pneumoni = 238
10. Hipertensi gestasional (akibat kehamilan) dengan proteinuria yang nyata/preeklampsia = 206

3.11.2 Sepuluh Terbesar Penyakit di Rawat Jalan

1. Tuberkulosis alat nafas lainnya = 7135
2. Diabetes melitus bergantung insulin = 4717
3. Penyakit pulpa dan periapikal = 3579
4. Penyakit kulit dan jaringan subkutan lainnya = 3389
5. Hipertensi esensial (primer) = 2861
6. Penyakit telinga dan prosesus mastoid 2856
7. Infeksi saluran nafas bagian atas akut lainnya = 2422
8. Penyakit gusi, jaringan periodontal dan tulang alveoral = 2203
9. Gangguan perkembangan dan erupsi gigi termasuk impaksi = 2020
10. Gastritis dan duodenitis = 1896

3.11.3 Penyakit Terbesar Unit Gawat Darurat

1. Demam yang sebabnya tidak diketahui = 4467
2. Cedera YDT lainnya, YTT dan daerah badan multipel = 2150
3. Diare & gastroenteritis oleh penyebab infeksi tertentu (kolitis infeksi) = 1673
4. Gejala, tanda dan penemuam klinik dan laboratorium tidak normal lainnya, YTK ditempat lain = 1125
5. Asma akibat kerja = 921
6. Gastritis dan duodenitis = 915
7. Demam berdarah dengue = 764
8. Hipertensi esensial (primer) = 372
9. Nyeri perut dan panggul = 306
10. Pneumoni = 255



BAB 4

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

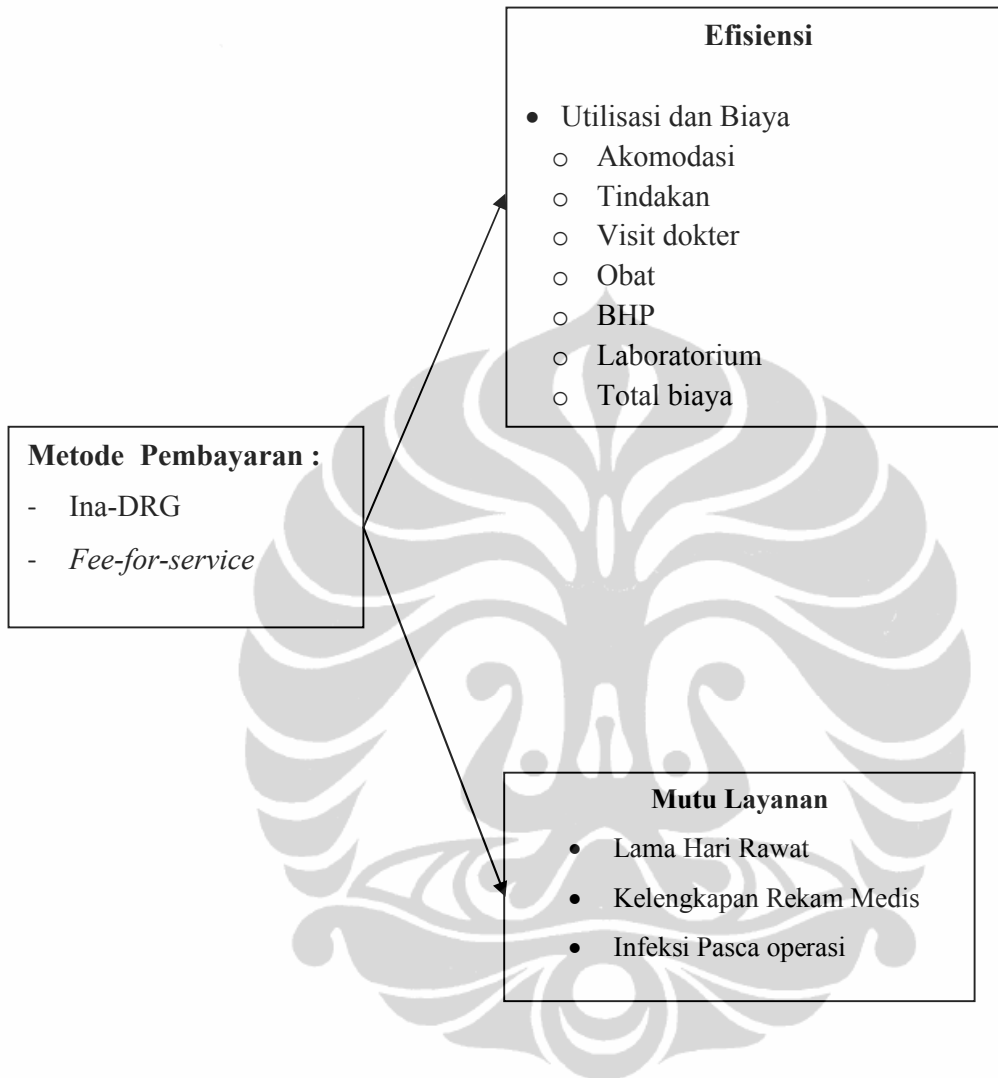
Untuk variabel efisiensi peneliti melihat dari utilisasi dan biaya sesuai dengan referensi dari :

- Kohler dalam Kohler's Dictionary for Accountant (1983), yang menyebutkan bahwa efisiensi dibagi dalam dua pengertian, yaitu *Cost efficiency* dan *Technical efficiency*.
- Rowe *et al.* (1990).
- Mulyadi (1995).
- WHO (*Expert Committee on Health Statistic*) 1971.

Untuk variabel mutu layanan peneliti melihat dari kelengkapan Rekam Medis, infeksi pasca-operasi dan lama hari rawat sesuai dengan teori dari :

- Mishbahuddin (2008) yang menyebutkan bahwa Rekam Medis merupakan salah satu syarat untuk pelaksanaan akreditasi 5 pelayanan dasar suatu Rumah sakit. Rekam Medis sebagai suatu Sistem Informasi Manajemen (SIM).
- Menurut Depkes (2008) yang menyebutkan bahwa proses terbentuknya tarif DRG tidak terlepas dari adanya peran dari sistem informasi klinik Rekam Medis.
- Menurut Gerson F. (2001), Wiratno (1998) dan Parasuraman dkk (1990) dalam mengukur mutu suatu jasa pelayanan, *Tangibles* (bukti langsung) seperti sarana informasi.
- Mangold (1991) yang menyebutkan bahwa penilaian terhadap mutu pelayanan kesehatan salah satunya berdasar kualitas teknis yaitu mengacu pada ketepatan diagnosa dan pemberian pengobatan yang terbaik yang mampu memenuhi harapan dari pasien yaitu sembuh dari penyakitnya.
- Karmadji (1986) dan Pasaribu (1990) yang menyebutkan bahwa faktor tenaga dokter dalam memberikan pelayanan berperan dalam menentukan lama hari rawat.

4.1. Kerangka Konsep



4.2. Definisi Operasional

NO.	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	CARA UKUR	HASIL UKUR	SKALA UKUR
1.	Metode Pembayaran	Cara pembayaran yang dilakukan oleh pembayar ke Rumah Sakit	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	1. Ina-DRG 2. <i>Fee-for-service</i>	Nominal
2.	Lama Hari Rawat	Jumlah lama hari rawat selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i> .	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah hari perawatan	Rasio
3.	Utilisasi Akomodasi	Lamanya penggunaan kamar perawatan berdasarkan lama hari rawat selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i> .	<i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah	Rasio
4.	Utilisasi Visit Dokter	Banyaknya kunjungan dokter yang dilakukan selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i>	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah	Rasio

5.	Utilisasi Laboratorium	Banyaknya pemeriksaan laboratorium yang dilakukan selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i>	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah	Rasio
6.	Utilisasi Obat	Banyaknya penggunaan obat yang diberikan selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i>	1. Rekam Medis 2. Laporan Farmasi	Telaah dokumen	Jumlah	Rasio
7.	Utilisasi BHP	Banyaknya penggunaan BHP selama penatalaksanaan <i>Sectio Caesaria</i>	1. <i>Billing</i> 2. Laporan Farmasi	Telaah dokumen	Jumlah	Rasio
8.	Biaya Akomodasi	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran akomodasi. Meliputi sewa kamar OK dan kamar perawatan.	<i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio

9.	Biaya Tindakan	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran tindakan. Meliputi tindakan tenaga medis di ruang OK, rawat inap dan keperawatan.	<i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio
10.	Biaya Visit dokter	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran visit dokter	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio
11.	Biaya Laboratorium	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran pemeriksaan laboratorium	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i>	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio
12.	Biaya Obat	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran obat	1. Rekam Medis 2. Laporan Farmasi	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio

13.	Biaya BHP	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk pembayaran BHP	1. <i>Billing</i> 2. Lap. Farmasi	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio
14.	Total Biaya	Tarif pelayanan yang ditetapkan oleh Rumah Sakit untuk seluruh pembayaran.	1. Rekam Medis 2. <i>Billing</i> 3. Lap. Farmasi	Telaah dokumen	Jumlah total biaya dalam Rupiah	Rasio
15.	Infeksi Pasca Operasi	Infeksi yang terjadi setelah perawatan <i>Sectio Caesaria</i> . Definisi infeksi adalah hiperemis (luka masih berwarna kemerah-merahan butuh kontrol lebih lanjut), luka operai bernanah dan luka operasi masih basah	1. Rekam Medis 2. <i>Check List</i>	Telaah dokumen	1. Infeksi 2. Tidak infeksi	Nominal

16.	Kelengkapan Rekam Medis	<p>Memeriksa kelengkapan rekam medis, yang terdiri dari RM1, RM2, RM3, RM3b, RM4, RM5, RM6, RM6b, RM7, partograf, dan laporan operasi.</p> <p>Rekam medis dikatakan lengkap jika: Rekam medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai dengan formulir yang disediakan, isi harus lengkap dan benar, khususnya Resume Medis dan Resume Keperawatan termasuk seluruh pemeriksaan penunjang. Selain itu, dalam prosedur pengisian rekam medis, semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan diberi nama terang serta dituliskan tanggal pemeriksaan.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rekam Medis 2. <i>Check List</i> 	Telaah dokumen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lengkap 2. Tidak Lengkap 	Nominal
-----	-------------------------	---	--	----------------	--	---------

BAB 5

METODE PENELITIAN

5.1 Desain penelitian

Penelitian mengenai pengaruh metode pembayaran INA-DRG efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* murni dengan kode INA-DRG (146101) di RSUD Kota Bandung pada bulan Januari sampai Agustus 2010.

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kuantitatif yang bersifat *cross sectional*, bertujuan untuk mendapatkan informasi mengenai efisiensi dan mutu layanan terhadap metode pembayaran INA-DRG dengan *Fee-for-service* (FFS) yang ada di Rumah Sakit. Selain itu penelitian ini menggunakan pendekatan kualitatif untuk mendukung data sekunder yang didapatkan dalam penelitian.

5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Bandung. Penelitian ini dilakukan pada bulan September sampai Desember 2010 di bagian Rekam Medis rawat inap, keuangan, farmasi, laboratorium, poli kandungan, Rekam Medis rawat jalan, unit pelayanan medis serta administrasi.

5.3 Pengumpulan Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yang diperoleh dari Rekam Medis rawat inap, nota perincian Rumah Sakit, farmasi, dan Rekam Medis rawat jalan dari metode pembayaran INA-DRG dengan FFS di RSUD Kota Bandung pada bulan Januari sampai Agustus 2010. Sistem pengumpulan data sekunder dengan telaah dokumen yaitu proses penelitian dilakukan hanya dengan menganalisis data yang telah dikumpulkan. Proses

penelitian ini dilakukan di Unit Rekam Medis, Unit Pelayanan Medis, Farmasi, Administrasi, dan Bagian Keuangan.

Pengumpulan dimulai dengan membagi metode pembayaran INA-DRG dengan FFS, identifikasi dari masing-masing metode pembayaran dengan kriteria inklusi yaitu kelas perawatan kelas III dengan kode INA-DRG 164101, *Sectio Caesaria* murni tanpa tindakan tambahan lain, yang dapat merubah tarif paket INA-DRG. Kemudian meneliti data Rekam Medis rawat inap yang sudah ada di RSUD Kota Bandung lalu menelusuri data dari nota perincian Rumah Sakit, farmasi, serta Rekam Medis rawat jalan.

Dari kesemua data yang diperoleh dilakukan penyaringan, agar mendapatkan data sekunder yang sesuai penelitian seperti lama hari rawat; utilisasi visit dokter; utilisasi obat; biaya total kasus *Sectio Caesaria*; biaya obat serta data pasien yang kontrol untuk melihat infeksi pasca-operasi, sedang yang tidak sesuai dapat diabaikan.

Disamping itu peneliti juga melakukan wawancara mendalam dengan petugas terkait sesuai bagiannya untuk mendapatkan informasi yang lebih jelas tentang data yang diambil. Sumber data tersebut dikumpulkan berasal dari bagian keuangan, bagian farmasi, bagian pelayanan medis, administrasi serta bagian Rekam Medis.

5.4 Sumber data

5.4.1. Data Primer

Data primer didapatkan dari wawancara dengan :

1. Kepala Bidang Rekam Medis : untuk mendapatkan informasi mengenai pengetahuan seputar metode pembayaran INA-DRG dan kelengkapan Rekam Medis.
2. *Coder* : untuk mendapatkan informasi dalam peng-kode-an dan sesuai panduan wawancara pada lampiran
3. Kepala Bidang Keuangan : untuk mendapatkan informasi seputar metode pembayaran INA-DRG dan beberapa pertanyaan pada panduan wawancara dalam lampiran.

4. Kepala Bidang Pelayanan Medis : untuk mendapatkan informasi pelayanan medis seputar metode pembayaran INA-DRG dan beberapa pertanyaan pada panduan wawancara dalam lampiran.
5. Dokter Spesialis *Obsgyn* : untuk mendapatkan informasi mengenai batasan infeksi pasca-operasi dan pengetahuan dokter seputar INA-DRG serta pelayanan yang diberikan untuk pasien dengan kasus *Sectio caesaria*.
6. Staf bagian pelayanan medis (dokter) : mengkonfirmasi dalam memberikan kode untuk kasus *Sectio caesaria*
7. Staf bagian pelayanan medis (pencatatan keuangan) : menanyakan informasi seputar nota perincian perawatan (*billing*).
8. Verifikator independen : menanyakan informasi seputar berkas dan pengklaiman INA-DRG.

5.4.2. Data Sekunder

Data sekunder yang didapatkan :

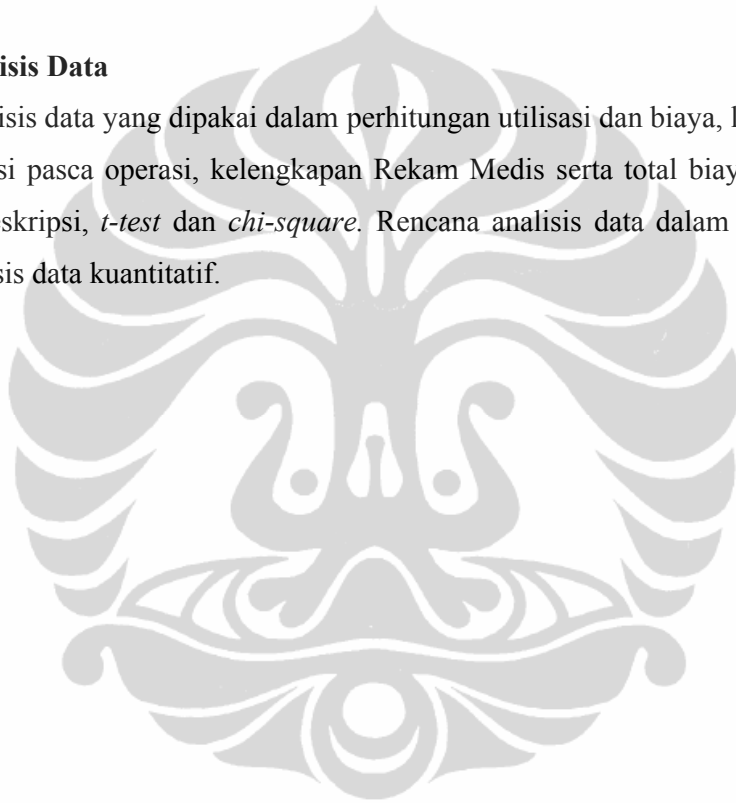
1. Utilisasi visit dokter didapatkan dari Rekam Medis dan nota perincian perawatan (*billing*)
2. Utilisasi obat didapatkan dari depo Farmasi
3. Utilisasi laboratorium dari didapatkan Rekam Medis
4. Biaya visit dokter didapatkan dari nota perincian perawatan (*billing*)
5. Biaya tindakan didapatkan dari nota perincian perawatan (*billing*)
6. Biaya obat didapatkan dari Rekam Medis dan depo Farmasi
7. Biaya alat dan bhp didapatkan dari depo Farmasi
8. Biaya laboratorium didapatkan nota perincian perawatan (*billing*)
9. Total biaya didapatkan nota perincian perawatan (*billing*)
10. Lama hari rawat didapatkan dari Rekam Medis dan nota perincian perawatan (*billing*)
11. Kelengkapan Rekam Medis dari Rekam Medis rawat inap
12. Infeksi pasca operasi didapatkan dari Rekam Medis rawat jalan.

5.5 Pengolahan Data

Data yang diperoleh dan telah diperiksa kelengkapannya dikelompokkan kedalam komponen kelengkapan pengisian Rekam Medis, pengisian resume mediss, pengisian laporan operasi, utilisasi visit dokter, lama hari rawat, utilisasi obat, infeksi pasca operasi, biaya obat dan total biaya (tarif). Data dihitung dari masing-masing komponen yang ada dengan cara frekuensi deskripsi, *t-test* dan *chi-square* dengan *software* SPSS.

5.6 Analisis Data

Analisis data yang dipakai dalam perhitungan utilisasi dan biaya, lama hari rawat, infeksi pasca operasi, kelengkapan Rekam Medis serta total biaya adalah frekuensi deskripsi, *t-test* dan *chi-square*. Rencana analisis data dalam studi ini adalah analisis data kuantitatif.



BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain studi kuantitatif dan kualitatif. Data utama akan diperoleh dari studi kuantitatif melalui pengambilan sampel yang berlangsung selama 4 bulan sejak bulan September 2010. Untuk mendukung hasil penelitian kuantitatif tersebut, peneliti juga melakukan studi kualitatif yang diperoleh melalui metode wawancara mendalam. Penelusuran data sekunder dan observasi yang dilakukan untuk mengetahui pengaruh metode pembayaran INA-DRG untuk kasus *Sectio Caesaria* terhadap efisiensi dan mutu layanan di RSUD Kota Bandung.

6.2. Metode Pembayaran

6.2.1. INA-DRG

Metode pembayaran INA-DRG adalah salah satu metode pembayaran yang ada di Indonesia dan merupakan metode pembayaran yang berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah lama hari rawat dan besaran biaya per-diagnosis penyakit.

“INA-DRG adalah biaya yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis. Sosialisasi INA-DRG dilakukan bertahap pertama dipanggil semua pihak yang terkait dan sudah difotokopikan ke setiap ruangan walaupun sudah dilakukan sosialisasi dan pembagian fotokopian tidak semua pihak yang mengerti INA-DRG. Dokter dan perawat sudah paham dengan konsep INA-DRG, sekarang untuk pengisian kode diagnosa utama sudah diisi karena jika tidak diisi kode berubah. Dalam penginputan data-data terkait klaim pasien Jamkesmas yang menggunakan tarif INA-DRG adalah coder Rumah Sakit. Pelatihan untuk penginputan data-data terkait tersebut dilakukan oleh Depkes pada saat program INA-DRG baru dikeluarkan dan hanya diikuti oleh coder Rumah Sakit, dan verifikator

independent pada tahun 2009. Dampak positif adanya INA-DRG adalah tidak perlu perhitungan utilisasi setiap tindakan yang dilakukan karena sudah ada tarif yang mengatur sehingga tidak perlu repot-repot mh semua tindakan.” (Kabid. Yanmed)

“INA-DRG adalah pengklaiman jamkesmas, saya lupa sejak kapan INA-DRG sudah ada. Bagian Rekam Medis hanya menerima untuk meng-koding dan pelaporan jamkesmas saja seperti 10 penyakit terbanyak. Coder yang mengentri data-data terkait klaim. Pelatihan tidak diikuti semua pihak, hanya coder Rumah Sakit saja, saya tidak ikut hanya membaca dari manlak jamkesmas saja dan sudah pernah ikut untuk belajar ICD X saja karena intinya dalam meng-koding adalah ICD X. Kendala metode pembayaran INA-DRG adalah kurangnya tenaga yang disediakan Rumah Sakit sehingga pekerjaan bertumpuk. Seharusnya ada kerja sama tim dalam manajemen INA-DRG.” (Kabid. Rekam Medis)

Dalam pelaksanaan pembayarannya INA-DRG akan diklaimkan setelah verifikator independent memverifikasi data serta berkasnya kemudian menyatakan pembayaran tersebut layak dibayarkan. Proses verifikasi data meliputi kartu peserta jamkesmas yang dicocokkan dengan identitas pasien lainnya seperti KTP, buku nikah dan kartu keluarga, selain itu memeriksa kesesuaian kode INA-DRG yang sudah ditetapkan oleh coder Rumah Sakit dengan diagnosa utama, diagnosa sekunder, prosedur/tindakan utama dan tindakan sekunder yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien.

Dalam penelitian, kode diagnosis untuk kasus *Sectio Caesaria* pada umumnya tidak tertulis kode yang spesifik sesuai diagnosa utama dan diagnosa sekunder pada tindakan *Sectio Caesaria*.

Kasus *Sectio Caesaria* dalam penelitian sebagai contoh:

1. Pasien dengan nomor Rekam Medis 977750, kode diagnosis *Sectio Caesaria* dengan gagal drip oksitosin, *Sectio Caesaria* dengan indikasi yang disebabkan oleh obat. Kode diagnosa utama tertulis pada pelaporan adalah O611 (*failed instrumental induction of labour*) dan diagnosa sekunder O82.9 (*felivery by caesarean section, unspecified*), sedangkan pada Rekam Medis tertulis kode untuk diagnosa utama O62.2 (*other uterine inertia*) dan untuk diagnosa sekunder O61.0 (*failed medical induction of labour*)

2. Pasien dengan nomor Rekam Medis 956950 kode diagnosis *Sectio Caesaria* dengan insersia uteri pada bekas *Sectio Caesaria* dengan hipertensi gestasional. Kode diagnosa utama tertulis pada pelaporan adalah O43.1 (*malformation of placenta*) dan diagnosa sekunder O82.9 (*delivery by caesarean section, unspecified*), sedangkan pada Rekam Medis tertulis kode untuk diagnosa utama O14.9 (*pre-eclampsia, unspecified*) dan untuk diagnosa sekunder O34.2 (*maternal care due to uterine scar from previous surgery*) karena bekas *Sectio Caesaria*.

3. Pasien dengan nomor Rekam Medis 136250 kode diagnosis *Sectio Caesaria* dengan indikasi CPD. Kode diagnosa utama tertulis pada pelaporan adalah O65.9 (*Obstructed labour due to maternal pelvic abnormality, unspecified*) dan diagnosa sekunder O82.9 (*Delivery by caesarean section, unspecified*), sedangkan pada Rekam Medis tertulis kode untuk diagnosa utama O65.9 (*Obstructed labour due to maternal pelvic abnormality, unspecified*) dan untuk diagnosa sekunder O33.0 (*Maternal care for disproportion due to deformity of maternal pelvic bones*) karena CPD (disproporsi kepala panggul).

“coder hanya mengkode apa yang tertulis di Rekam Medis. *Sectio Caesaria* di ICD itu tindakan, di INA-DRG patokan untuk *Sectio Caesaria* yaitu prosedur nya *Sectio Caesaria* kalau ada tambahan di diagnosa itu sendiri. Kode berubah atas indikasi apa dilakukannya *Sectio Caesaria*. Tambahan IUD, sterilisasi, mow itu sebagai tambahan dan tidak merubah kode. Tapi jika ditambahkan tindakan iud, mow dan sterilisasi harga berbeda. *Sectio Caesaria* itu tindakan dan dilakukan atas indikasi, seperti plasenta previa berbeda dengan gagal drip. *Sectio Caesaria* murni itu mungkin hanya untuk indikasi bekas *Sectio Caesaria*.”(coder Rumah Sakit)

Dari hasil wawancara di atas, coder kurang memahami pemberian kode *Sectio Caesaria* secara klinis, coder terlihat bingung untuk membedakan pengelompokkan kode terlihat dari jawaban satu pertanyaan dengan pertanyaan lain berkebalikan. Dalam pelaksanaannya pelaporan *database* kode diagnosa sekunder ditulis dengan kode yang sama O82.9 (*Delivery by caesarean section, unspecified*), tidak spesifik. Selain itu, untuk penulisan kode yang seharusnya untuk tindakan diletakkan di kode diagnosa sekunder.

Universitas Indonesia

6.2.2. *Fee-for-service* (FFS)

Metode pembayaran FFS adalah metode pembayaran yang ditetapkan oleh Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan sejumlah tindakan yang diberikan kepada pasien. Metode ini tidak membatasi biaya perawatan maksimal seorang pasien yang dirawat di Rumah Sakit, sehingga cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaannya FFS akan diklaimkan langsung pada saat pasien mendapatkan tindakan dari tenaga medis. Pada metode pembayaran FFS tidak ada persyaratan untuk pengklaiman pembayaran FFS, karena untuk penagihan obat dan laboratorium, tenaga medis baru akan memberikan pelayanan setelah tagihan itu dibayarkan tidak menunggu dan digabungkan sampai pasien pulang. Pencatatan dilakukan oleh farmasi dan laboratorium per-tanggal pembayaran.

6.3. Karakteristik umur pasien

Sampel dalam penelitian kuantitatif kasus dengan indikasi *Sectio Caesaria* murni dengan kode INA-DRG (164101) di RSUD Kota Bandung. Berdasarkan DRG utilisasi pelayanan kesehatan itu tergantung kepada umur pasien, tapi dalam penelitian umur tidak dimasukkan ke dalam kerangka konsep sebagai variabel. Dari analisa umur diketahui range umur pasien pada kedua metode pembayaran tersebut sama. Range umur kedua kelompok metode pembayaran adalah antara 19 tahun sampai 40 tahun.

Dari data kedua kelompok, yaitu kelompok metode pembayaran INA-DRG dengan FFS ditabulasikan dan dianalisis secara statistik seperti yang terlihat di bawah ini

Tabel 6.1 Gambaran karakteristik umur pasien antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean	Median	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	27,33	25	6,18	0,463
FFS	37	28,70	29	5,54	

Tabel 6.1 menunjukkan bahwa median usia pasien yang termasuk dalam sampel adalah 25 tahun dan 29 tahun. Pada metode pembayaran INA-DRG yang melakukan *Sectio Caesaria* murni rata-rata umur pasien 27 tahun dengan standar deviasi 6,18. Sedangkan rata-rata umur pasien yang melakukan *Sectio Caesaria* murni untuk metode pembayaran FFS adalah 27 tahun dengan standar deviasi 5,54.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,463$, berarti rata-rata umur sama antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

6.4. Efisiensi (Utilisasi dan Biaya)

Untuk efisiensi peneliti melihat dari utilisasi (*visit* dokter, laboratorium, obat serta alat dan bahan habis pakai) dan biaya (jasa medis, *visit* dokter, laboratorium, obat, alat dan bahan habis pakai serta total biaya).

1. Utilisasi Akomodasi

Lamanya penggunaan kamar perawatan sesuai dengan lama hari rawat.

Tabel 6.2 Utilisasi akomodasi antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	P value
INA-DRG	33	3,09	0,382
FFS	37	3,03	

Tabel 6.2 menunjukkan bahwa rata-rata utilisasi akomodasi pada metode pembayaran INA-DRG adalah 3,09 sedangkan rata-rata utilisasi akomodasi untuk metode pembayaran FFS adalah 3,03. Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,382$, berarti rata-rata utilisasi akomodasi tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

2. Biaya Akomodasi

Jumlah biaya akomodasi terdiri dari biaya kamar perawatan dan sewa kamar OK.

Tabel 6.3 Biaya Akomodasi antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	P value
INA-DRG	33	140.061	0,672
FFS	37	131.757	

Tabel 6.3 menunjukkan bahwa rata-rata biaya akomodasi pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.140.061 sedangkan rata-rata biaya akomodasi untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.131.757. Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,672$, berarti rata-rata biaya akomodasi tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

3. Tindakan

a. Utilisasi tindakan

Jumlah (utilisasi) tindakan yang diberikan oleh tenaga medis kepada pasien selama perawatan, yang meliputi jasa tindakan bedah (dr.spesialis kebidanan, dr.spesialis anestesi, dr.spesialis anak), jasa tindakan keperawatan di ruang rawat inap (*visit* dokter, jasa suntik, aplikasi infus dan drip, *crossmatch*, *catheter*, jasa GV, aplikasi infus dan DC), jasa tindakan medis dan terapi di ruang OK (konsul dr.spesialis anestesi, observasi di ruang pemulihan jasa tindakan medis dan terapi di ruang rawat inap (asuhan keperawatan, jasa suntik). Namun, tidak dilakukan perhitungan oleh peneliti dikarenakan dalam perinciannya (*billing*) tidak disebutkan berapa jumlah tindakan dalam setiap tindakan tersebut.

b. Biaya Tindakan

Remunerasi diberikan oleh Rumah Sakit kepada dokter dan tenaga medis sebagai salah satu bentuk penghargaan, yang dihitung sesuai pemberian tindakan yang diberikan dokter kepada pasien.

Universitas Indonesia

“Rumah Sakit memberikan jasa medis kepada dokter sesuai tindakan yang diberikan jika dokter menyadari ada perbedaan dengan dokter lainnya maka “jangan protes jika jasa medis berkurang”. Seperti contoh, pada kasus penyakit dalam dokter meminta farmasi untuk memberikan obat sampai 30 hari dengan biaya Rp.250.000, kemudian farmasi mengkonfirmasi ke dokter tarif yang diberlakukan untuk rawat jalan hanya Rp.145.000, agar dokter lebih concern dalam memberikan obatnya sesuai diagnosa. Kalau gak uangnya akan kesedot untuk obat semua, mana untuk jasa medis nya?? Dokter dibayar berdasarkan banyak nya tindakan yang diberikan.” (Kabid. Yanmed)

Biaya tindakan dihitung dari menjumlahkan jasa tindakan bedah (dr.spesialis kebidanan, dr.spesialis anestesi, dr.spesialis anak), jasa tindakan keperawatan di ruang rawat inap (*visit* dokter, jasa suntik, aplikasi infus dan drip, *crossmatch*, *catheter*, jasa GV, aplikasi infus dan DC), jasa tindakan medis dan terapi di ruang OK (konsul dr.spesialis anestesi, observasi di ruang pemulihan jasa tindakan medis dan terapi di ruang rawat inap (asuhan keperawatan, jasa suntik). Hasil analisis biaya jasa medis berdasarkan metode pembayaran dapat ditunjukkan pada tabel berikut:

i. Pada Rekam Medis

Penelitian tidak dapat menghitung biaya tindakan pada Rekam Medis dikarenakan peneliti tidak dapat membaca Rekam Medis secara detail dan tidak mengeksplor lebih dalam secara detail jumlah tindakan.

ii. Pada nota perincian perawatan (*billing*)

Tabel 6.4 Biaya tindakan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	1.440.133	232.021	0,192
FFS	37	1.386.662	242.403	

Tabel 6.4 menunjukkan bahwa rata-rata biaya tindakan pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.1.440.133 dengan standar deviasi dan 232.021. Sedangkan rata-rata biaya tindakan untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.1.386.662 dengan standar deviasi 242.403

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,192$, berarti rata-rata biaya tindakan tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

Tabel 6.5 Rekapitan tindakan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Biaya	Mean INA-DRG	Mean FFS
1	Tindakan Bedah	1.112.232	1.069.297
	<ul style="list-style-type: none"> • dr.sp.kebidanan • dr.sp.anestesi • dr. spesialis anak 	640,050 328.091 144.091	600,041 291.216 178.041
2.	pelayanan asuhan keperawatan di ruang rawat inap	17.409	15.892
3.	Tindakan Keperawatan di Ruang Rawat Inap	141.840	137.770
	<ul style="list-style-type: none"> • Jasa suntik • infus+drip • crossmatch • catheter • Jasa GV • aplikasi infus + DC 	26.515 32.394 14.652 13.561 35.553 19.167	26.892 27.973 12.500 12.500 41.351 16.554
4.	Tindakan Medis dan Terapi di OK	94.545	92.297
	<ul style="list-style-type: none"> • Konsul dr.sp.anestesi • Observasi di ruang pemulihan 	12.727 81.818	11.891 80.405
5.	Tindakan Medis dan Terapi di Ruang Rawat Inap	34.090	33.513
	<ul style="list-style-type: none"> • Asuhan Keperawatan / kebidanan di ruang OK • Jasa Suntik 	23.181 10.909	21.621 11.891
6.	Administrasi	22.000	22.000

4. *Visit* dokter

a. Utilisasi *Visit* Dokter

Hasil analisis mengenai perbedaan metode pembayaran terhadap *visit* dokter dapat dilihat pada tabel berikut:

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.6 Utilisasi *visit* dokter antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (kali)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	3,30	1,33	0,338
FFS	37	3,14	1,91	

Tabel 6.6 menunjukkan bahwa rata-rata utilisasi *visit* dokter pada metode pembayaran INA-DRG adalah 3,30 kali dengan standar deviasi dan 1,33. Sedangkan rata-rata utilisasi *visit* dokter untuk metode pembayaran FFS adalah 3,14 kali dengan standar deviasi 1,91.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,338$, berarti rata-rata utilisasi *visit* dokter tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

ii. Pada nota perincian perawatan (*billing*)Tabel 6.7 Utilisasi *visit* dokter antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (kali)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	4,12	0,89	0,244
FFS	37	3,95	1,17	

Tabel 6.7 menunjukkan bahwa rata-rata utilisasi *visit* dokter pada metode pembayaran INA-DRG adalah 4,12 kali dengan standar deviasi dan 0,89. Sedangkan rata-rata utilisasi *visit* dokter untuk metode pembayaran FFS adalah 3,95 kali dengan standar deviasi 1,17.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,338$, berarti rata-rata utilisasi *visit* dokter tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS. Selain itu, rata-rata *visit* dokter tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS pada Rekam Medis maupun *billing*.

b. Biaya *visit* dokter

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.8 Biaya *Visit* dokter antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	45.939	19.700	0,433
FFS	37	44.972	27.282	

Tabel 6.8 menunjukkan bahwa rata-rata biaya *visit* dokter pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.45.939 dengan standar deviasi 19.700. Sedangkan rata-rata biaya *visit* dokter pada metode pembayaran FFS adalah Rp.44.972 dengan standar deviasi 27.282.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,433$, berarti rata-rata biaya *visit* dokter tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

ii. Pada nota perincian perawatan

Tabel 6.9 Biaya *Visit* dokter antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	58.666	19.587	0,487
FFS	37	54.811	22.714	

Tabel 6.9 menunjukkan bahwa rata-rata biaya *visit* dokter pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.58.666 dengan standar deviasi 19.587. Sedangkan rata-rata biaya *visit* dokter pada metode pembayaran FFS adalah Rp.54.811 dengan standar deviasi 22.714.

Hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,487$, berarti rata-rata biaya *visit* dokter tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

Dari hasil penelitian, terdapat selisih biaya *visit* dokter pada Rekam Medis dengan nota perincian.

5. Pemeriksaan laboratorium

a. Utilisasi pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan oleh pasien untuk kasus *Sectio Caesaria* adalah hematologi klinik (hemoglobin, eritrosit, lekosit dan PCV), urine (protein) dan kimia klinik (SGOT dan SGPT). Tapi yang paling banyak dilakukan oleh pasien adalah pemeriksaan hematologi klinik, sedang pemeriksaan yang hampir tidak pernah adalah kimia klinik (SGOT dan SGPT).

Pencatatan pemeriksaan laboratorium dilakukan oleh petugas laboratorium dalam buku besar dan ditulis secara manual, belum terkomputerisasi. Hasil analisis jumlah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan berdasarkan metode pembayaran dapat ditunjukkan pada tabel berikut:

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.10 Utilisasi pemeriksaan laboratorium antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (kali)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	1,88	2,274	0,212
FFS	37	2,22	1,109	

Tabel 6.10 menunjukkan bahwa rata-rata utilisasi pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG adalah 1,88 kali dengan standar deviasi 2,274. Sedangkan rata-rata pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran FFS adalah 2,22 kali dengan standar deviasi 1,109.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,212$, berarti rata-rata jumlah pemeriksaan laboratorium tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

ii. Pada nota perincian perawatan

Untuk pemeriksaan laboratorium di nota perincian perawatan tidak ada perincian jumlah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan oleh pasien. Sehingga peneliti mengambil data utilisasi pemeriksaan laboratorium dari lembar Rekam Medis.

b. Biaya Laboratorium

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.11 Biaya laboratorium antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	31.000	37.525	0,212
FFS	37	36.567	18.297	

Tabel 6.11 menunjukkan bahwa rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.31.000 dengan standar deviasi dan 37.525. Sedangkan rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.36.567 dengan standar deviasi 18.297.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,212$, berarti rata-rata pemeriksaan laboratorium tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS.

ii. Pada nota perincian perawatan

Tabel 6.12 Biaya laboratorium antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	59.696	37.779	0,000
FFS	37	17.057	26.001	

Tabel 6.12 menunjukkan bahwa rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.59.696 dengan standar deviasi dan 37.779. Sedangkan rata-rata pemeriksaan laboratorium untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.17.057 dengan standar deviasi 26.001.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,000$, berarti rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG tidak ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

Untuk metode pembayaran FFS terdapat perbedaan antara biaya pemeriksaan laboratorium di Rekam Medis dengan di nota perincian perawatan. Di Rekam Medis biaya rata-rata pemeriksaan laboratorium adalah sebesar Rp.36.567 sedangkan pada nota perincian perawatan biaya rata-rata pemeriksaan laboratorium adalah sebesar Rp.17.057.

6. Obat

a. Utilisasi Obat

Untuk metode pembayaran INA-DRG, obat diberikan langsung setelah dokter meresepkannya dan perawat yang mengambilnya di farmasi, sehingga berkas dan penagihannya digabungkan pada saat pasien keluar. Sedangkan pada metode pembayaran FFS obat diberikan setelah pembayar membayarkan tagihannya pada kasir sehingga pencatatan berdasarkan tanggal dimana pembayar melunasi tagihan.

Obat yang paling banyak tertulis di Rekam Medis adalah cefotaxim, kaltrofen, cefadroxyl dan asam mefenamat sedangkan pada farmasi karena terlalu banyak obat peneliti tidak meneliti satu per-satu tapi hanya menghitung dari tiga obat yang sama dengan yang tertulis di Rekam Medis. Sebagai tambahan, obat yang paling banyak digunakan menurut laporan farmasi yaitu isoflurent.

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.13 Utilisasi obat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Nama Obat	Mean INA-DRG (butir)	Mean FFS (butir)	P value
1.	Cefotaxim	(n=33) 1,18	(n=37) 1,05	0,306
2.	Cefadroxyl	(n=33) 1,03	(n=37) 1,14	0,360
3.	Kaltrofen	(n=33) 0,91	(n=37) 0,89	0,473
4.	Asam Mefenamat	(n=33) 1,06	(n=37) 1,16	0,373

Tabel 6.13 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran INA-DRG adalah untuk cefotaxim 1,18, cefadroxyl 1,03, kaltrofen, 0,91 dan asam mefenamat sebanyak 1,06. Sedangkan rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran FFS adalah untuk cefotaxim 1,05, cefadroxyl 1,14, kaltrofen, 0,89 dan asam mefenamat sebanyak 1,16.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan $p \geq 0,05$ pada ke-empat obat, berarti rata-rata jumlah pemakaian obat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

ii. Pada Apotik

Hasil analisis jumlah pemberian obat berdasarkan metode pembayaran dapat ditunjukkan pada tabel berikut:

Tabel 6.14 Utilisasi obat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Nama Obat	Mean INA-DRG (butir)	Mean FFS (butir)	P value
1.	Isoflurent	(n=25) 44,55	(n=1) 2,03	0,000
2.	Cefadroxyl	(n=27) 9,87	(n=6) 1,89	0,000

3.	Asam Mefenamat	(n=4) 7,36	(n=7) 2	0,007
4.	Cefotaxim	(n=32) 4,06	(n=7) 6,38	0,000

Tabel 6.14 menunjukkan bahwa rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran INA-DRG adalah untuk isoflurent 44,55, cefadroxyl 9,87, cefotaxim 4,06 dan asam mefenamat sebanyak 7,36. Sedangkan rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran FFS adalah untuk isoflurent 2,03, cefadroxyl 1,89, cefotaxim 6,38 dan asam mefenamat sebanyak 2.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p \leq 0,05$ pada ke-empat obat, berarti rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

b. Biaya Obat

Hasil analisis biaya farmasi berdasarkan metode pembayaran dapat ditunjukkan pada tabel berikut:

i. Pada Rekam Medis

Tabel 6.15 Biaya obat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Nama Obat	Mean INA-DRG (Rp.)	Mean FFS (Rp.)	P value
1.	Cefotaxim	(n=33) 4.891	(n=37) 4.362	0,306
2.	Cefadroxyl	(n=33) 1.319	(n=37) 1.454	0,360
3.	Kaltrofen	(n=33) 1.456	(n=37) 1.423	0,473
4.	Asam Mefenamat	(n=33) 138,94	(n=37) 152,24	0,373

Tabel 6.15 menunjukkan bahwa rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG adalah untuk cefotaxim Rp.4.891, cefadroxyl Rp.1.319, kaltrofen, Rp.1.456 dan asam mefenamat sebanyak Rp.138,94. Sedangkan rata-

rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran FFS adalah untuk Cefotaxim Rp.4.362, Cefadroxyl Rp.1.454, Kaltrofen, Rp.1.423, dan Asam Mefenamat sebanyak Rp.152,24.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan $p \geq 0,05$ pada ke-empat obat, berarti rata-rata biaya obat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

ii. Pada nota perician perawatan (*billing*)

Tabel 6.16 Biaya obat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Nama Obat	Mean INA-DRG (Rp.)	Mean FFS (Rp.)	P value
1.	Isoflurent	(n=25) 173.460	(n=1) 221.250	0,180
2.	Cefadroxyl	(n=27) 15.419,44	(n=6) 14945	0,373
3.	Asam Mefenamat	(n=4) 1473,75	(n=7) 1384,86	0,315
4.	Cefotaxim	(n=32) 17.332	(n=7) 8.278	0,001

Tabel 6.16 menunjukkan bahwa rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG adalah untuk isoflurent Rp.173.460 (n=25), cefotaxim Rp.17.332 (n=32), cefadroxyl Rp.15.419,44 (n=27), dan asam mefenamat Rp.1473,75 (n=4). Sedangkan rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran FFS adalah untuk isoflurent Rp. 221.250 (n=1), cefotaxim Rp. 8.278 (n=7), cefadroxyl Rp. 14945 (n=7), dan asam mefenamat Rp. 1384,86 (n=7).

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan $p \geq 0,05$ pada ketiga obat, berarti rata-rata biaya obat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS. Sedangkan untuk obat cefotaxim $p=0,001$, berarti rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

iii. Total biaya obat di farmasi

Tabel 6.17 Biaya obat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	1.472.491	609.624	0,000
FFS	37	328.960	406.455	

Tabel 6.17 menunjukkan bahwa rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.1.472.491 dengan standar deviasi dan 609.624. Sedangkan rata-rata biaya obat untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.328.960 dengan standar deviasi 406.455.

Dari hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,000$, berarti rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

7. Biaya alat dan Bahan Habis Pakai (BHP)

Alat dan bahan habis pakai yang digunakan sesuai kebutuhan di ruang operasi (OK), *emergency* (jika memang datang dari *emergency*), ruang poli kandungan sampai ruang perawatan. Namun, peneliti tidak menganalisis lebih dalam mengenai utilisasi alat dan bahan dikarenakan data yang didapat tidak lengkap pada rekam medis, sehingga peneliti hanya menghitung dari biaya alat dan bahan dari nota perincian perawatan saja. Biaya yang dihitung dari jumlah alat dan bahan yang digunakan selama perawatan dikalikan biaya alat dan bahan per-item pada keseluruhan sampel yang ada.

“Untuk semua kasus bedah, yang paling banyak biaya yang keluar adalah BHP (bahan habis pakai).” (Kabid. Yanmed)

Tabel 6.18 Biaya alat dan bahan habis pakai (BHP) antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	599.121	124.348	0,403
FFS	37	590.546	158.025	

Tabel 6.18 menunjukkan bahwa rata-rata biaya alat dan BHP pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.599.121 dengan standar deviasi dan 124.348. Sedangkan rata-rata biaya alat dan BHP untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.590.546 dengan standar deviasi 158.025.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,403$, berarti rata-rata biaya alat dan BHP tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

8. Total Biaya

Total biaya didapat dari *billing* Rumah Sakit bukan dari analisis biaya. Hasil analisis total biaya ditunjukkan pada tabel berikut:

i. Total biaya tanpa IUD

Tabel 6.19 Total biaya antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	2.370.869	268.938	0,040
FFS	37	2.250.470	294.518	

Tabel 6.19 menunjukkan bahwa rata-rata total biaya pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.2.370.869 dengan standar deviasi dan 268.938. Sedangkan rata-rata total biaya untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.2.250.470 dengan standar deviasi 294.518.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,040$, berarti pada rata-rata total biaya metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

ii. Total biaya dengan tambahan IUD (pada metode pembayaran INA-DRG)

Dari hasil penelitian, ditemukan bahwa pada pasien Jamkesmas dengan metode pembayaran INA-DRG mendapatkan treatment tambahan berupa insersi IUD, MOW dan sterilisasi. Ada sebanyak 11 pasien dari sampel yang mendapatkan tambahan treatment tersebut. Treatment tersebut tidak merubah kode INA-DRG dan masuk ke dalam kode 164101 sebagai tindakan *Seccio Caesaria* murni.

Tabel 6.20 Total biaya dengan tambahan IUD (pada metode pembayaran INA-DRG) antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (Rp.)	Std. Deviasi	P value
INA-DRG	33	2.402.990	249.286	0,012
FFS	37	2.250.470	294.518	

Tabel 6.20 menunjukkan bahwa rata-rata total biaya dengan tambahan IUD pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.2.402.990 dengan standar deviasi dan 249.286. Sedangkan rata-rata total biaya dengan tambahan IUD untuk metode pembayaran FFS adalah Rp.2.250.470 dengan standar deviasi 294.518.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,012$, berarti pada rata-rata total biaya metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

Tabel 6.21 Rekapitan utilisasi antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Utilisasi	Mean INA-DRG	Mean FFS	P value
1.	Akomodasi	3,09	3,03	0,382
2.	Tindakan	-	-	-

3.	<i>Visit</i> dokter	4,12	3,95	0,244
4.	Laboratorium	1,88	2,22	0,212
5.	Obat			
	• Isoflurent	(n=25) 44,55	(n=1) 2,03	0,180
	• Cefadroxyl	(n=27) 9,87	(n=6) 1,89	0,373
	• Asam Mefenamat	(n=4) 7,36	(n=7) 2	0,315
	• Cefotaxim	(n=32) 4,06	(n=7) 6,38	0,001
6.	BHP	-	-	-

Tabel 6.22 Rekapian Biaya Keseluruhan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

No.	Biaya	Mean INA-DRG	Mean FFS	P value
1.	Akomodasi	140.061	131.757	0,672
2.	Tindakan	1.530.733	1.477.262	0,192
3.	<i>Visit</i> dokter	58.666	54.811	0,487
4.	Laboratorium	31.000	36.567	0,212
5.	Obat	1.472.491	328.960	0,000
6.	BHP	599.121	590.546	0,403
7.	Total Biaya	2.370.869	2.250.470	0,040

6.5. Mutu Layanan

6.5.1. Lama Hari Rawat (LHR)

Hasil analisa lama hari rawat pada masing-masing metode pembayaran dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 6.23 Lama hari rawat antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	N	Mean (hari)	Std. Deviasi (hari)	P value
INA-DRG	33	3,09	0,723	0,382
FFS	37	3,03	1,013	

Tabel 6.23 menunjukkan bahwa rata-rata lama hari rawat adalah 3,09 hari pada metode pembayaran INA-DRG dengan standar deviasi dan 0,723. Sedangkan rata-rata lama hari rawat untuk metode pembayaran FFS adalah 3,03 hari dengan standar deviasi 1,013.

Dari hasil perhitungan statistik didapatkan nilai $p=0,382$, berarti rata-rata lama hari rawat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

Peneliti menemukan hal yang berbeda dari perhitungan, dari Rekam Medis sendiri, baik metode pembayaran INA-DRG maupun metode pembayaran FFS memiliki lama hari rawat lebih dari rata-rata perhitungan, walaupun dari sekian banyak sampel ada nilai yang sangat mencolok yakni 10 hari. Penyebabnya untuk masing-masing metode pembayaran pun berbeda.

Untuk metode pembayaran INA-DRG, lama hari rawat yang mencapai 10 hari tersebut dikarenakan pasien yang awalnya datang sebagai pasien umum yang kemudian baru diketahui miskin untuk membayar pengobatan dan perawatan. Setelah itu baru saat pasien diperbolehkan pulang, pihak keluarga baru mengurus dan mendaftarkan diri sebagai peserta Jamkesmas. Kepulangan pasien tertunda bukan dikarenakan adanya infeksi atau pengobatan yang harus ditambah tapi menunggu sampai pengurusan peserta jamkesmas selesai dan dikeluarkan sjp (surat jaminan kepesertaan). Pengurusan kartu kepesertaan jamkesmas memakan waktu hingga seminggu.

Pada metode pembayaran FFS, lama hari rawat yang mencapai 10 hari dikarenakan pasien dari keluarga tidak mampu, meminta keringanan dari Rumah Sakit untuk menunda kepulangan sampai pihak keluarga mendapatkan uang sejumlah tagihan. Walaupun pada akhirnya, pasien dan keluarga dapat membayarnya dengan menyicil setiap bulannya bahkan tak jarang yang tidak mampu melunaskannya dan diabaikan oleh Rumah Sakit. Hutang pasien terhadap Rumah Sakit pada akhir tahun terbayarkan oleh dana yang diberikan pemerintah daerah Kota Bandung meski tak 100% hutang tersebut terbayarkan.

6.5.2. Kelengkapan Rekam Medis

Berkas Rekam Medis yang ada di RSUD Kota Bandung tersedia dalam satu bundel yang terdiri dari :

1. Lembar ringkasan masuk dan keluar (Rekam Medis) memuat :
 - Ringkasan masuk (identitas pasien, tanggal masuk, pembayaran yang digunakan) diisi oleh petugas pendaftaran/Rekam Medis
 - Ringkasan keluar (tanggal keluar, diagnosa, lama perawatan, keadaan pasien saat pulang dan tindakan yang dilakukan) diisi oleh petugas rawat inap.
 - Dari penelitian ditemukan Rekam Medis tidak terisi seperti buku pedoman Rekam Medis. Untuk RM1 yang paling banyak tidak terisi adalah lama hari rawat, keadaan pasien saat pulang dari Rumah Sakit, cara penerimaan pasien, identitas suami dan stastus pernikahan.
2. Lembar Anamnesa (RM2)
 - Identitas pasien diisi oleh petugas ruangan
 - Anamnesa, pemeriksaan fisik, diagnosa n pengobatan diisi oleh dokter yang menangani.
 - Pengisian yang sering tidak terisi pada pemeriksaan diagnostiknya.
3. Lembar persetujuan (RM3B) sering disebut *Informed consent* yang diisi oleh pihak keluarga.
 - Tanda tangan dokter hanya ada pada beberapa Rekam Medis.
4. Lembar perjalanan perkembangan penyakit, perintah dokter dan pengobatan (RM3) diisi oleh dokter yang menangani.

- Paviliun dan kelas perawatan serta tanggal yang paling banyak ditemui tidak terisi.
- 5. Grafik (RM4) yang berisi tensi, nadi, suhu diisi oleh petugas ruangan.
 - RM4 ini Rekam Medis ini jarang ditemukan pada semua sampel.
- 6. Lembar hasil penunjang diagnosa (RM5) berisi tempelan hasil-hasil penunjang diagnosa.
 - Lembaran berkas hasil pemeriksaan laboratorium memang ada tapi identitas pasien yang tidak ada.
- 7. Lembar catatan perkembangan pasien (RM6C) diisi oleh perawat dan bidan
 - Ruang perawatan dan kelas perawatn yang banyak ditemukan tidak terisi.
- 8. RM6A (Pengkajian keperawatan di ruang rawat inap) berisi identitas pasien, pemeriksaan fisik, riwayat kesehatan dan tanda tangn bidan.
 - Tanda tangan bidan dan pemeriksaan fisik yang sering tidak terisi.
- 9. RM6E (Resume keperawatan yang terdiri dari identitas pasien, diagnosis, tindakan keperawatan dan rencana tindak lanjut)
 - Tanggal masuk dan diagnosa medis yang jarang terisi.
- 10. Resume medis (ringkasan keluar) (RM7) berisi tentang ringkasan pasien selama dalam pengobatan di Rumah Sakit diisi oleh dokter yang menangani.
 - Riwayat kesehatan, hasil laboratorium rontgen, tanggal keluar dan keadaan pasien saat pulang dari Rumah Sakit yang banyak ditemui tidak terisi
- 11. Laporan operasi berisi perjalanan operasi di ruang operasi yang diisi oleh dokter pembedah, pembuat laporan dan dokter spesialis anestesi.
 - Tanda tangan dokter spesialis anestesi dan asisten tidak pernah terisi, selain waktu berlangsung operasi dan lamanya waktu operasi.

Rekam Medis dikatakan lengkap jika:

Rekam Medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai dengan formulir yang disediakan, isi harus lengkap dan benar, khususnya Resume Medis dan Resume Keperawatan termasuk seluruh pemeriksaan penunjang. Selain itu, dalam prosedur pengisian Rekam Medis, semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan diberi nama terang serta dituliskan tanggal pemeriksaan. Resume Medis dan Laporan Operasi sudah termasuk ke dalam Rekam Medis.

“Kedisiplinan dokter pada pengisian Rekam Medis susah untuk dipertanggungjawabkan karena hanya sedikit dokter yang sadar bahwa pengisian Rekam Medis itu sangat penting. Solusinya, jika ada yang tidak dimengerti oleh petugas Rekam Medis, maka langsung ditanyakan ke dokter yang bersangkutan, selain itu jika tidak lengkap Rekam Medis dikembalikan seperti pada protab dari Rekam Medis. Rekam Medis yang sudah ada di rak penyimpanan yang ada di ruang Rekam Medis rawat inap dinyatakan sudah lengkap” (Kabid. Rekam Medis)

“Dokter tidak langsung mengisi kode INA-DRG dikarenakan sibuk dengan tugas lainnya di luar Rumah Sakit, langsung pergi setelah memberikan tindakan, suster juga lupa untuk mengisi, tidak lengkap sehingga menunda peng-entrian dan memperlama sistem, belum lagi karena sistem fotokopi sehingga ada berkas yang hilang.” (Kabid. Yanmed)

Dari hasil perhitungan didapatkan sebesar 100% tidak terisi dengan lengkap jika dilihat dari Protab Pengisian Rekam Medis sehingga kelengkapan pengisian Rekam Medis tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG metode pembayaran FFS. Walaupun secara gambaran besar Rekam Medis dari kedua metode pembayaran tersebut dikategorikan tidak lengkap tapi pada laporan operasi terdapat perbedaan.

Tabel 6.24 Pengisian Rekam Medis antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Kelengkapan	INA-DRG				FFS			
	Lengkap		Tidak Lengkap		Lengkap		Tidak Lengkap	
	n	%	N	%	n	%	n	%
RM 1	28	85	5	15	23	63	14	37
RM 2	30	91	3	9	33	90	4	10
RM 3	33	100	0	0	37	100	0	0
RM 4	33	100	0	0	36	98	1	2
RM 6	33	100	0	0	37	100	0	0
RM 7	31	94	2	6	29	79	8	21

Tapi jika dilihat dari hasil tiap rekam medis, pada metode pembayaran INA-DRG lebih banyak yang terisi daripada metode pembayaran FFS.

Tabel 6.25 Pengisian laporan operasi antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	Laporan Operasi			
	Terisi		Tidak terisi	
	n	%	n	%
INA-DRG	32	97	1	3
FFS	32	86	5	14

Tabel 6.25 menunjukkan hasil analisis hubungan antara status terisinya laporan operasi diperoleh bahwa ada sebanyak 97% (n=32) laporan operasi pada metode pembayaran INA-DRG. Sedangkan laporan operasi pada metode pembayaran FFS ada 86% (n=32) laporan operasi yang terisi.

Pada metode pembayaran INA-DRG pengisian laporan operasi lebih lengkap daripada pengisian laporan operasi pada metode pembayaran FFS.

6.5.3. Infeksi Pasca Operasi

Indikator mutu lainnya adalah infeksi pasca operasi dan untuk mengetahui luka tersebut infeksi atau tidak, peneliti menelusuri dari Rekam Medis rawat jalan pada pasien yang kontrol saja.

“Luka dikatakan infeksi jika luka pasca-operasi tersebut saat perawatan setelah dilakukan operasi tidak kering (basah), jika pasien keluar dari Rumah Sakit luka operasi tersebut bernanah dan hiperemis (bisa dikategorikan infeksi yang mencurigakan), karena hiperemis dengan warna kemerahan tersebut bisa menjadi infeksi jika tidak ditangani dengan baik. Bisa juga karena pasien tidak rajin membersihkan”. (dokter spesialis obsgyn ruangan)

Hasil analisis untuk mengetahui ada/tidaknya hubungan dari metode pembayaran dengan infeksi pasca operasi ditunjukkan pada table berikut ini:

Tabel 6.26 Infeksi pasca-operasi pada pasien yang kontrol antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS

Metode Pembayaran	Infeksi pasca-operasi				Total		P value
	Tidak infeksi		Infeksi				
	n	%	n	%	n	%	
INA-DRG	19	91	2	9	21	100	0,394
FFS	22	88	3	12	25	100	

Tabel 6.26 menunjukkan hasil analisis hubungan antara pasien yang infeksi pasca-operasi diperoleh bahwa ada sebanyak 9% (n=2) pasien pada metode pembayaran INA-DRG. Sedangkan laporan operasi pada metode pembayaran FFS ada 12% (n=3) pasien yang infeksi pasca-operasi pada pasien yang kontrol.

Dari hasil perhitungan statistik diperoleh nilai $p=0,394$ berarti pasien yang infeksi pasca-operasi pada pasien yang datang untuk kontrol tidak berbeda antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

BAB 7 PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan

Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui pengaruh metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS yang dikaitkan dengan efisiensi dan mutu layanan untuk kasus *Sectio Caesaria* serta gambaran manajemen pada metode pembayaran INA-DRG di RSUD Kota Bandung. Peneliti menyadari bahwa dalam menyusun penelitian ini tidak luput dari keterbatasan dalam mendapatkan data sekunder dan informasi yang mendukung. Adapun yang menjadi keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Keterbatasan waktu penelitian yang berlangsung selama 4 bulan, subyek penelitian pun hanya untuk kasus *Sectio Caesaria* pada bulan Januari sampai Agustus 2010, sehingga hasilnya tidak dapat digeneralisasi sebagai kecenderungan pengaruh metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS yang dikaitkan dengan efisiensi dan mutu layanan yang terjadi di RSUD Kota Bandung.
2. Tidak dilakukan eksplorasi mengenai kondisi sosial-ekonomi, dan cara pasien dalam merawat luka operasi setelah pasien meninggalkan Rumah Sakit.
3. Biaya disini bukan dari hasil analisis biaya tapi dari tarif. Tarif yang digunakan RSUD Kota Bandung ini adalah tarif PERDA Kota Bandung.
4. Pada biaya obat peneliti tidak merinci lebih detail hasil jumlah biaya tersebut, peneliti mendapatkan hasil keseluruhannya dari depo farmasi, yang didalamnya juga termasuk biaya alat dan bahan habis pakai (BHP).
5. Kelengkapan data dari RSUD Kota Bandung.

Untuk data kualitatif, informan yang diambil telah merujuk pada prinsip kecukupan (*adequacy*) dan (*appropriateness*) sehingga tidak terdapat keterbatasan yang berarti dalam hal ini.

Berdasarkan hasil penelitian pada bab sebelumnya, maka pada bab ini akan dibahas mengenai hasil penelitian tersebut.

7.2. Metode Pembayaran

7.2.1. INA-DRG

DRG adalah pengelompokan pelayanan medis ke dalam suatu besaran pembiayaan tertentu sesuai diagnosa penyakit. Metode pembayaran INA-DRG adalah metode pembayaran yang berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah lama hari rawat dan besaran biaya per-diagnosis penyakit.

Persiapan khusus yang dilakukan oleh manajemen terkait dengan menempatkan dokter di ruang pelayanan medis untuk memeriksa kode diagnosa utama dan sekunder serta tindakan. Sayangnya, yang diperiksa bukan untuk pasien jamkesmas dan pasien umum tapi untuk pasien Gakinda.

Sehingga dalam penelitian diketahui kode diagnosis untuk kasus *Sectio Caesaria* tidak tertulis kode yang spesifik sesuai diagnosa utama dan diagnosa sekunder pada tindakan *Sectio Caesaria*. Dan didukung dari wawancara dengan coder Rumah Sakit yang dicurigai belum mengerti dalam memberikan kode dan konsep INA-DRG karena INA-DRG dalam peng-kodean dimana diagnosa utama dan diagnosa sekunder berbeda maka kemungkinan kode INA-DRG berubah. Begitu juga dalam memasukkan kode pada *database*.

Sectio Caesaria adalah suatu cara melahirkan janin dengan sayatan pada dinding uterus melalui dinding depan perut (Rustam Mochtar, 1992). *Sectio Caesaria* adalah lahirnya janin melalui insisi dinding abdomen (laparotomi) dan dinding uterus (histerektomi) Coningham, F garry (2001).

UNIVERSITAS INDONESIA

Sectio Caesaria adalah suatu persalinan buatan dimana janin dilahirkan melalui suatu insisi pada dinding depan perut dan dinding rahim dengan syarat rahim dalam keadaan utuh serta berat janin di atas 500 gram (Sarwono, 1991).

Sectio Caesaria merupakan tindakan karena indikasi pada diagnosis utama dan *Sectio Caesaria* bukan merupakan diagnosa sekunder. Dari penelitian, keseluruhan sampel yang diambil sudah diperiksa kembali, sampel mana yang masuk kriteria *Sectio Caesaria* murni.

Indikasi *Sectio Caesaria* bisa dari Ibu, seperti disproporsi kepala panggul/CPD//FPD, disfungsi uterus, distosia jaringan lunak, plasenta previa dan dari anak, seperti janin besar, gawat janin, letak lintang (letak sungsang). Dimana dari indikasi di atas jika diinput dalam *software* maka kode INA-DRG yang akan keluar adalah 146101, yaitu *Sectio Caesaria* murni (Sarwono, 1991)

7.2.2. *Fee-for-service* (FFS)

Metode pembayaran FFS adalah metode pembayaran yang sudah ada di Rumah Sakit sejak dulu sebelum adanya metode pembayaran INA-DRG. Metode pembayaran FFS adalah metode pembayaran yang ditetapkan oleh Rumah Sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan sejumlah tindakan yang diberikan kepada pasien. Metode ini tidak membatasi biaya perawatan maksimal seorang pasien yang dirawat di Rumah Sakit, sehingga cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

Dalam pelaksanaan metode pembayaran FFS bisa merugikan Rumah Sakit jika tidak di atur dengan baik dalam pencatatan, pelaporan dan penyimpanan berkas-berkas penting seperti kuitansi yang terpisah-pisah. Selain itu, pencatatan laporan yang tidak dituliskan identitas lengkap pasien beserta nomor Rekam Medis. Sangat dimungkinkan terjadi perbedaan dalam hasil terutama laboratorium, obat dan BHP.

UNIVERSITAS INDONESIA

7.3. Gambaran Karakteristik Umur Pasien

Dari hasil penelitian didapatkan kelompok umur dari kedua metode pembayaran memiliki range yang sama. Range umur antara 19 tahun sampai 40 tahun sehingga tidak dimasukkan ke dalam variabel dalam kerangka konsep.

7.4. Efisiensi (Utilisasi dan biaya)

Efisiensi merujuk pada penggunaan sumber daya dan dana berupa investasi, teknologi, manusia, reputasi badan usaha untuk menghasilkan produk-produknya (Rowe *et al.*, 1990). Efisiensi bisa dilihat dari segi biaya (biaya) dan segi fisik (utilisasi). Efektif dari segi biaya adalah kemampuan untuk memproduksi pada tingkat tertentu dengan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan para produsen lain atau, dengan biaya yang sama memproduksi pada tingkat yang lebih tinggi. Sedang efisiensi dari segi fisik (utilisasi) adalah kemampuan untuk menghasilkan output sebesar mungkin dari jumlah input tertentu atau, menghasilkan jumlah output yang sama dengan input sekecil mungkin (Kohler dalam Kohler's Dictionary for Accountant, 1983).

Dari sini, diketahui konsep INA-DRG yang seharusnya mendorong efisiensi dalam biaya tidak terlihat. Kemungkinan dikarenakan sosialisasi dari Rumah Sakit yang kurang dan tidak semua pegawai Rumah Sakit yang mengerti konsep efisiensi yang diharapkan dalam implementasi INA-DRG.

Berikut ini rincian utilisasi dan biaya yang didapat dari hasil penelitian:

1. Utilisasi Akomodasi

Dari hasil penelitian, rata-rata utilisasi akomodasi tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS. Rata-rata utilisasi pada metode pembayaran INA-DRG adalah 3,09 sedangkan rata-rata utilisasi akomodasi untuk metode pembayaran FFS adalah 3,03. Utilisasi

UNIVERSITAS INDONESIA

akomodasi didapat dari *billing* Rumah Sakit yang didapat dari lama hari perawatan pasien pada *Sectio Caesaria*.

2. Biaya Akomodasi

Dari hasil penelitian, rata-rata biaya akomodasi tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS. Rata-rata biaya akomodasi pada metode pembayaran INA-DRG adalah sebesar Rp.140.061 dan rata-rata biaya tindakan untuk metode pembayaran FFS adalah sebesar Rp.131.757. Utilisasi akomodasi didapat dari *billing* Rumah Sakit yang didapat dari lama hari rawat dan biaya kamar perawatan.

3. Biaya Tindakan

Dari hasil penelitian, rata-rata biaya tindakan tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS. Rata-rata biaya tindakan pada metode pembayaran INA-DRG adalah sebesar Rp.1.440.133 dan rata-rata biaya tindakan untuk metode pembayaran FFS adalah sebesar Rp.1.386.662.

Biaya jasa medis dari kedua metode pembayaran tersebut tidak dibedakan, seluruhnya dihitung dari menjumlahkan jasa tindakan di ruang OK, jasa anestesi di ruang OK, dr.spesialis anak (jumlah biaya tindakan bedah), pelayanan asuhan keperawatan di ruang rawat inap, jasa suntik, aplikasi infus dan drip, *crossmatch*, pemasangan catheter, GV dan DC (biaya tindakan keperawatan di ruang rawat inap), konsultasi dan pelayanan asuhan keperawatan di ruang OK.

Pada metode pembayaran FFS, biaya tindakan dibayarkan sesuai banyaknya tindakan yang diberikan oleh tenaga medis terhadap pasien, sehingga biaya yang dikeluarkan cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan selama di Rumah Sakit. Tindakan untuk metode pembayaran INA-DRG diterapkan sama seperti pada metode pembayaran FFS.

Dari hasil didapatkan bahwa pada metode pembayaran INA-DRG lebih tinggi daripada FFS, hal ini bias dipengaruhi oleh rendahnya pengetahuan tentang konsep INA-DRG oleh pegawai Rumah Sakit, yang dibuktikan dari hasil wawancara.

Dalam INA-DRG semakin banyak tindakan yang diberikan maka semakin besar rupiah yang akan dikeluarkan. Dengan sistem remunerasi yang saat ini ada, dokter tidak menekan banyaknya tindakan pelayanan yang diberikan. Hal ini tidak mendorong diberlakukannya INA-DRG karena semakin banyak tindakan yang dilakukan oleh dokter/tenaga medis maka semakin tinggi biaya jasa medis yang diperoleh oleh dokter/tenaga medis.

4. Utilisasi *visit* dokter

Dari hasil penelitian yang didapat dari Rekam Medis diketahui bahwa rata-rata *visit* dokter tidak ada perbedaan antara kedua metode pembayaran tersebut. Rata-rata *visit* dokter adalah 3 kali selama perawatan kasus *Sectio Caesaria*.

Dari hasil penelitian yang didapat dari nota perincian perawatan (*billing*) juga diketahui tidak ada perbedaan antara kedua metode pembayaran tersebut walaupun ada perbedaan *visit* dokter untuk metode pembayaran INA-DRG dengan FFS di Rekam Medis dengan nota perincian perawatan. Dari hasil Rekam Medis rata-rata *visit* dokter sebesar 3 kali, sedangkan pasien *billing* rata-rata *visit* dokter adalah 4 kali.

Dicurigai utilisasi *visit* dokter dapat mempengaruhi besaran biaya *visit* dokter.

5. Biaya *visit* dokter

Dari hasil penelitian yang didapat dari Rekam Medis diketahui bahwa rata-rata biaya *visit* dokter tidak berbeda antara kedua metode pembayaran. Rata-rata biaya *visit* dokter adalah Rp.45.939 selama perawatan kasus *Sectio Caesaria* pada metode pembayaran INA-DRG,

UNIVERSITAS INDONESIA

sedangkan rata-rata biaya *visit* dokter pada metode pembayaran FFS adalah sebesar Rp.44.972.

Dari hasil penelitian yang didapat dari nota perincian perawatan (*billing*) diketahui juga tidak ada perbedaan antara rata-rata biaya *visit* dokter pada kedua metode pembayaran. Walaupun ada perbedaan rata-rata biaya *visit* dokter yang ada pada Rekam Medis dan Nota perincian perawatan. Selisih dari rata-rata biaya *visit* dokter pada Rekam Medis dan Nota perincian adalah sebesar Rp.10.000 per-pasien.

Kecurigaan terhadap rata-rata biaya *visit* dokter terjawab, karena besarnya utilisasi pada *visit* dokter mempengaruhi biaya *visit* dokter. Sehingga mempunyai kecendrungan sebagai salah satu penyebab peningkatan biaya pelayanan kesehatan di Rumah Sakit pada kasus *Sectio Caesaria*.

6. Utilisasi pemeriksaan laboratorium

Pemeriksaan laboratorium dapat membantu dokter dalam mengambil keputusan jika memang diperlukan dan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan pelayanan. Pemeriksaan laboratorium yang biasa dilakukan oleh pasien untuk kasus *Sectio Caesaria* adalah hematologi klinik (hemoglobin, eritrosit, lekosit dan PCV), urine (protein) dan kimia klinik (SGOT dan SGPT).

Dari hasil penelitian yang didapat dari Rekam Medis diketahui bahwa pada rata-rata jumlah pemeriksaan laboratorium tidak ada perbedaan antara kedua metode pembayaran. Rata-rata jumlah pemeriksaan laboratorium adalah 2 kali selama perawatan kasus *Sectio Caesaria* pada metode pembayaran INA-DRG maupun metode pembayaran FFS.

Untuk pemeriksaan laboratorium di nota perincian perawatan tidak ada perincian jumlah pemeriksaan laboratorium yang dilakukan oleh pasien. Sehingga peneliti mengambil data utilisasi pemeriksaan laboratorium dari lembar Rekam Medis.

UNIVERSITAS INDONESIA

Pada *Sectio Caesaria* pemeriksaan laboratorium yang dilakukan adalah Elektrolit, Hemoglobin/Hematokrit, Golongan dan pencocokan silang darah serta Urinalisis (Tucker, Susan Martin, 1998).

Pemeriksaan laboratorium biasanya dilakukan sebelum operasi dan setelah operasi, yang paling sering dilakukan adalah pemeriksaan hematologi. Dalam pelaporannya, hasil laboratorium dimasukkan ke dalam Rekam Medis sebagai bukti dan berkas penting. Namun, untuk di bagian laboratorium sendiri pencatatannya masih dalam bentuk manual belum dicatat pada buku besar, terkomputerisasi sehingga agak kesulitan mencari secara detail jumlah pemeriksaan yang dilakukan per-pasien walaupun sudah ada nomor Rekam Medis yang ingin dicari.

7. Biaya Laboratorium

Dari hasil penelitian yang didapat dari Rekam Medis diketahui bahwa rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium tidak ada perbedaan antara kedua metode pembayaran. Rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium adalah Rp.31.000 pada metode pembayaran INA-DRG, sedangkan rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran FFS adalah sebesar Rp.36.567 selama perawatan kasus *Sectio Caesaria*.

Sedangkan dari hasil penelitian yang didapat dari nota perincian perawatan diketahui bahwa rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS. Rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran INA-DRG adalah Rp.59.696, sedangkan rata-rata biaya pemeriksaan laboratorium pada metode pembayaran FFS adalah sebesar Rp.17.057 selama perawatan kasus *Sectio Caesaria*.

Perbedaan metode biaya INA-DRG dengan metode pembayaran FFS pada nota perincian perawatan dicurigai kemungkinan semua pelaporan biaya pemeriksaan laboratorium pencatatannya kurang teratur. Sedangkan perbedaan antara biaya pemeriksaan laboratorium di Rekam Medis dengan

UNIVERSITAS INDONESIA

di nota perincian perawatan bisa disebabkan karena pada Rekam Medis hasil laboratorium digabung dengan Rekam Medis lainnya sehingga lebih lengkap. Sedangkan untuk pencatatan biaya pemeriksaan laboratorium di nota hanya mencatat dari rekapan saja.

Dalam pencatatan rekapan dicurigai disebabkan karena identitas pasien tidak ditulis lengkap dan tidak dilengkapi nomor Rekam Medis.

8. Utilisasi Obat

Untuk data obat, peneliti mengambil data dari laporan farmasi. Dari hasil penelitian di Rekam Medis didapatkan hasil bahwa rata-rata jumlah pemakaian obat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS. Empat obat yang paling banyak diresepkan oleh dokter adalah Cefadroxyl, Cefotaxim, Asam mefenamat dan Kaltrofen.

Pada laporan farmasi hanya tiga obat yang sama yakni Cefotaxim, Cefadroxyl dan Asam mefenamat. Peneliti menambahkan satu obat yang paling banyak digunakan dan ada dalam pencatatan laporan farmasi untuk kasus *Sectio Caesaria* yaitu Isoflurent.

Dari hasil yang diambil dari rekapan farmasi rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran INA-DRG lebih banyak daripada metode pembayaran FFS. Isoflurent sebanyak 44,55, Cefadroxil 9,87, Cefotaxim 4,06 dan Asam mefenamat sebanyak 7,36.

Hal ini disebabkan pada metode pembayaran INA-DRG berkas juga pelaporannya rapi dan teratur karena selama perawatan berkas-berkas tersebut digabungkan dalam tagihan lainnya seperti berkas laboratorium sampai perawatan pasien tersebut selesai. Jika berkas-berkas tersebut tidak ada maka pengklaiman INA-DRG tidak bisa dibayarkan.

7. Biaya obat

Biaya obat dihitung dari menjumlahkan dari keseluruhan pemakaian obat baik di ruang OK, *emergency*, maupun di ruang perawatan. Setelah itu per-obat dikalikan dengan biaya masing-masing.

Dari hasil penelitian didapat dari Rekam Medis rata-rata biaya obat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS. Pada metode pembayaran INA-DRG rata-rata biaya obat untuk cefotaxim Rp.4.891, cefadroxil Rp.1.319, kaltrofen, Rp.1.456 dan asam mefenamat sebanyak Rp.138,94. Sedangkan rata-rata jumlah pemakaian obat pada metode pembayaran FFS adalah untuk cefotaxim Rp.4.362, cefadroxil Rp.1.454, kaltrofen, Rp.1.423, dan asam mefenamat sebanyak Rp.152,24

Sedangkan dari hasil penelitian di nota perincian didapatkan rata-rata biaya obat metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS. Dikarenakan dalam laporan Farmasi, untuk pasien dengan metode pembayaran FFS tidak lengkap. Hanya ada beberapa pasien yang ada.

Selain itu kemungkinannya, keluarga pasien FFS membeli langsung pada Apotik atau membeli obat di luar Rumah Sakit. Sehingga biaya obat untuk pasien FFS dalam penelitian ini biaya obat terlihat rendah padahal ada kemungkinan berbeda dengan hasil yang didapat.

8. Total Biaya Obat

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata biaya obat pada metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS.

Kemungkinan dalam pelaporan dan pencatatan kurang rapi, dan tidak digabungkan per-pasien seperti pada metode pembayaran INA-DRG. Sehingga hasil penelitian pada utilisasi obat dan biaya pada obat tidak sama seperti pengeluaran sebenarnya. Selain itu, pencatatan laporan pada metode

UNIVERSITAS INDONESIA

pembayaran FFS, nama pasien tidak ditulis lengkap juga tidak dilengkapi nomor Rekam Medis

9. Biaya alat dan Bahan Habis Pakai (BHP)

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa rata-rata biaya alat dan BHP tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS. Hal ini dikarenakan tindakan yang dilakukan sama yaitu *Sectio Caesaria* murni sehingga BHP yang digunakannya pun juga sama.

10. Total Biaya

Dari hasil penelitian didapatkan rata-rata total biaya metode pembayaran INA-DRG ada perbedaan dengan metode pembayaran FFS dikarenakan pada metode pembayaran INA-DRG utilisasi tindakan, *visit* dokter, pemeriksaan laboratorium, obat, alat dan BHP diberikan sama dengan metode pembayaran FFS.

Efisiensi diukur atas dasar perbandingan antara keluaran sebenarnya (*actual outputs*) yang dihasilkan dengan masukan sebenarnya (*actual inputs*) yang dipergunakan, dimana keluaran dimaksimumkan terhadap masukan. Selain itu efisiensi menunjukkan penggunaan sumber daya dan dana berupa investasi, teknologi, manusia, reputasi badan usaha untuk menghasilkan produk-produknya (Rowe *et al.*, 1990).

Efisiensi biaya (*Cost efficiency*) merupakan kemampuan untuk memproduksi pada tingkat tertentu dengan biaya yang lebih murah dibandingkan dengan para produsen lain, atau dengan biaya yang sama memproduksi pada tingkat yang lebih tinggi. Efisiensi pada utilisasi (*Technical efficiency*) merupakan kemampuan untuk menghasilkan output sebesar mungkin dari jumlah input tertentu, atau menghasilkan jumlah output yang sama dengan input sekecil mungkin (Kohler dalam Kohler's Dictionary for Accountant, 1983).

Keseluruhan hasil penelitian diketahui utilisasi pada metode pembayaran INA-DRG tidak ada perbedaan dengan utilisasi pada metode pembayaran FFS. Sehingga metode pembayaran INA-DRG tidak mempengaruhi efisiensi untuk kasus *Sectio Caesaria* di RSUD Kota Bandung.

7.5. Mutu Layanan

7.5.1. Lama Hari Rawat (LHR)

Lama hari rawat adalah jumlah hari perawatan pasien selama berada di Rumah Sakit dan merupakan indikator melihat mutu layanan. Dari hasil perhitungan diketahui bahwa rata-rata lama hari rawat adalah 3,09 hari pada metode pembayaran INA-DRG sedangkan rata-rata lama hari rawat untuk metode pembayaran FFS adalah 3,03 hari.

Dari hasil perhitungan statistik diketahui rata-rata lama hari rawat tidak ada perbedaan antara metode pembayaran INA-DRG dengan FFS.

7.5.2. Kelengkapan Rekam Medis

Rekam Medis dikatakan lengkap jika Rekam Medis tersebut telah berisi seluruh informasi tentang pasien, sesuai dengan formulir yang disediakan, isi harus lengkap dan benar, khususnya Resume Medis dan Resume Keperawatan termasuk seluruh pemeriksaan penunjang. Selain itu, dalam prosedur pengisian Rekam Medis, semua pencatatan harus ditandatangani oleh dokter atau tenaga kesehatan lainnya dan diberi nama terang serta dituliskan tanggal pemeriksaan (Buku Pedoman Rekam Medis).

Pada penelitian yang dilakukan oleh peneliti, didapatkan hasil analisis kelengkapan pengisian Rekam Medis diperoleh bahwa ada sebanyak 100% (n=33) Rekam Medis yang tidak terisi pada metode pembayaran INA-DRG begitu juga dengan metode pembayaran FFS ada 100% (n=37) Rekam Medis yang tidak terisi. Hasil perhitungan statistik tidak dapat dihitung dikarenakan pada Rekam Medis nilainya konstant.

UNIVERSITAS INDONESIA

Laporan operasi merupakan bagian dari kelengkapan Rekam Medis dan dari hasil penelitian didapatkan bahwa pada metode pembayaran INA-DRG laporan operasi lebih banyak terisi lengkap daripada metode pembayaran FFS. Ini bisa disebabkan karena laporan operasi dijadikan salah satu berkas pengklaiman. Jika tidak lengkap maka oleh verifikator akan dikembalikan atau dikategorikan sebagai tidak layak bayar.

Rekam Medis sebagai sarana komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang terlibat dalam memberikan pelayanan, pengobatan, juga perawatan kepada pasien. Rekam Medis berisi identitas pasien secara lengkap, anamnesis (wawancara awal antara dokter dengan pasien), pemeriksaan fisik, laboratorium, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lainnya yang diberikan pada seorang pasien selama mendapat pelayanan di rawat jalan, rawat inap atau *emergency*.

Adapun tujuan penyusunan Buku Pedoman Rekam Medis yang peneliti dapat dari penelitian adalah :

1. Sebagai acuan dalam penyelenggaraan Rekam Medis sehingga mendapatkan hasil pengisian yang rapih, seragam, singkat dan lengkap.
2. Memberi gambaran yang jelas tentang alur Rekam Medis dan nasib Rekam Medis selanjutnya.
3. Meningkatkan mutu Rekam Medis untuk menghasilkan data yang lengkap, teliti, dapat dipercaya, relevan dan “*up to date*”.
4. Untuk mendapatkan data dengan mudah dan cepat dalam meningkatkan pelayanan medik Rumah Sakit.
5. Meningkatkan pengetahuan dan ketrampilan para petugas yang berhubungan dengan Rekam Medis.

Rekam Medis mampu menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di Rumah Sakit, selain itu Rekam Medis mempunyai kegunaan yang lain dan segi aspeknya seperti :

UNIVERSITAS INDONESIA

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan, pengobatan dan perawatan kepada pasien (aspek komunikasi).
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang hari diberikan pada seorang pasien (aspek medis).
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perawatan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien dirawat di Rumah Sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan pada pasien (aspek hukum).
- e. Melindungi kepentingan hukum pasien, Rumah Sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan lainnya (aspek hukum).
- f. Sebagai bahan dasar perhitungan biaya pembayaran pelayanan medis pasien (aspek keuangan).
- g. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta sebagai bahan pertanggungjaawaban dan laporan (aspek administrasi dan dokumentasi).

7.5.3. Infeksi Pasca Operasi

Luka dikatakan infeksi pasca operasi jika luka tersebut saat perawatan setelah dilakukan operasi tidak kering (basah), jika pasien keluar dari Rumah Sakit luka operasi tersebut bernanah dan hiperemis (bisa dikategorikan infeksi yang mencurigakan), karena hiperemis dengan warna kemerahan tersebut bisa menjadi infeksi jika tidak ditangani dengan baik.

Dari penelitian yang dilakukan didapat hasil analisis hubungan antara pasien yang infeksi pasca-operasi dan diperoleh bahwa ada sebanyak 9% (n=2) pasien yang terkena infeksi pasca-operasi pada metode pembayaran INA-DRG. Sedangkan pada metode pembayaran FFS ada

sebanyak 12% (n=3) pasien yang infeksi pasca-operasi pada pasien yang kontrol.

Dari hasil perhitungan statistik proporsi pasien yang infeksi pasca-operasi tidak berbeda antara metode pembayaran INA-DRG dengan metode pembayaran FFS pada pasien yang datang untuk kontrol.

Salah satu dimensi mutu adalah *effectiveness* yaitu kemampuan memberikan pengobatan dan pelayanan dengan hasil seperti yang diharapkan (Robert Maxwell, 1992). Harapan pasien setelah *Sectio Caesaria* adalah tidak adanya infeksi pada luka. Dari hasil penelitian infeksi pasca-operasi diketahui bahwa hanya 2 pasien dari 21 pasien yang datang untuk kontrol pada metode pembayaran INA-DRG.

Kecepatan adalah waktu yang digunakan dalam melayani konsumen atau pelanggan minimal sama dengan batas waktu standar pelayanan yang ditentukan oleh Rumah Sakit (Tjiptono, 2004). Standar rata-rata lama hari rawat yang ditentukan oleh Depkes untuk Rumah Sakit Tipe C (Buku Tarif INA-DRG), untuk kasus *Sectio Caesaria* murni dengan kode 146101 adalah 5,5 hari. Sedangkan dari hasil penelitian, didapat rata-rata lama hari rawat di RSUD Kota Bandung sekitar 3 sampai 4 hari.

Dari hasil penelitian didapatkan bahwa kelengkapan Rekam Medis pada metode pembayaran INA-DRG sama dengan metode pembayaran FFS. Dari ketiga indikator mutu layanan tersebut dapat dipastikan tujuan implementasi diberlakukannya INA-DRG tercapai. Karena mutu layanan di RSUD Kota Bandung untuk kasus *Sectio Caesaria* tidak ada perbedaan seperti metode pembayaran FFS.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Untuk efisiensi peneliti melihat dari utilisasi (*visit* dokter, laboratorium, obat serta alat dan bahan habis pakai) dan biaya (jasa medis, *visit* dokter, laboratorium, obat, alat dan bahan habis pakai serta total biaya). Sehingga dapat disimpulkan sebagai berikut :

1. Pada utilisasi *visit* dokter metode pembayaran INA-DRG tidak ada perbedaan dengan FFS.
2. Pada utilisasi pemeriksaan laboratorium metode pembayaran INA-DRG tidak ada perbedaan dengan FFS.
3. Pada utilisasi obat metode pembayaran INA-DRG berbeda dengan FFS.
4. Pada utilisasi BHP metode pembayaran INA-DRG tidak ada perbedaan dengan FFS.
5. Pada biaya akomodasi metode pembayaran INA-DRG tidak berbeda dengan FFS.
6. Pada biaya tindakan metode pembayaran INA-DRG tidak berbeda dengan FFS.
7. Pada biaya *visit* dokter metode pembayaran INA-DRG tidak berbeda dengan FFS.
8. Pada biaya pemeriksaan laboratorium metode pembayaran INA-DRG berbeda dengan FFS.
9. Pada total biaya obat metode pembayaran INA-DRG berbeda dengan FFS.
10. Pada biaya BHP metode pembayaran INA-DRG tidak berbeda dengan FFS.
11. Pada total biaya metode pembayaran INA-DRG berbeda dengan FFS.

Metode pembayaran INA-DRG mempunyai tujuan untuk mendorong efisiensi dan mutu layanan, kenyataannya di RSUD Kota Bandung pada kasus *Sectio Caesaria*, metode pembayaran INA-DRG gagal mendorong efisiensi untuk kasus tersebut. Dari hasil penelitian utilisasi pada metode pembayaran INA-DRG sama dengan metode pembayaran FFS.

Namun, untuk kasus *Sectio Caesaria* pihak Rumah Sakit memberikan pelayanan yang sama dengan metode pembayaran FFS sehingga tidak terjadi penurunan pada mutu layanan di RSUD Kota Bandung. Terlihat dari lama hari rawat pada kasus *Sectio Caesaria* ini, RSUD Kota Bandung lebih baik dari lama hari rawat yang sudah ditetapkan oleh Depkes pada Buku Tarif Rumah Sakit Tipe C dan D. Selain itu, dari kelengkapan Rekam Medis yang sama antara kedua metode pembayaran tersebut, perilaku tenaga kesehatan dalam melengkapi Rekam Medis pun sama.

8.2. Saran

Bagi RSUD Kota Bandung

- Direktur RSUD Kota Bandung
 1. Perlu disosialisasikan kembali konsep INA-DRG, karena jika seluruh pegawai mengetahui konsep INA-DRG dengan matang efisiensi biaya dapat dicapai dan mutu layanan tetap terjaga.
 2. Perlu dibuatkan kebijakan menyangkut INA-DRG, seperti alur dokumen untuk INA-DRG yang tertata lebih rapi dan alur manajemen INA-DRG keseluruhan sampai klaim dibayarkan.
 3. Perlu dilakukan evaluasi tiap bagian yang menyangkut manajemen INA-DRG, dimulai sejak pasien masuk sampai pasien pulang.
 4. Perlu reformasi renumerasi.

- Manajemen INA-DRG

- o Regsitrasi

- Admin Rumah Sakit

Perlu dibuatkannya SIM Rumah Sakit agar ada “link” sejak pasien diinput diregistrasi sampai pasien membayar tagihan dikasir. Sehingga tidak ada lagi berkas yang hilang, tercecer maupun terselip sehingga pencatatan dan pelaporan tidak lengkap

- Coder

Perlu pengecekan kembali dalam hal pengisian kode INA-DRG sesuai ICD IX (tindakan yang dilakukan) dan ICD X (diagnosa penyakit) karena tidak semua kasus bedah sesar (*Secto Caesaria*) berkode O82.9 yang artinya *unspecified*, sedangkan *sectio caesaria* dilakukan berdasarkan indikasi diagnosa yang spesifik.

“Kode INA-DRG mempengaruhi besaran biaya yang keluar sebagai tarif.”

Selain itu dalam pelaporannya di database tindakan *Sectio caesaria* tidak ditulis pada kolom diagnosa sekunder.

- Admin Depkes

Perlu lebih teliti memeriksakan kode INA-DRG yang diinput oleh coder, apakah sudah sesuai dengan diagnosa dan tindakan yang dilakukan.

- o Rekam Medis

1. Perlu dilakukan pengecekan kembali dalam pengisian tiap rekam medis yang ada dan kelengkapan rekam medis mulai dari RM1 sampai laporan operasi.
2. Perlu dibuatkan rak penyimpanan yang lebih rapi agar rekam medis teratur dan rapi, karena rekam medis sangat penting untuk rumah sakit dari segi aspek hukum, keuangan, dokumentasi juga komunikasi antara dokter dengan pasien.
3. Perlu dievaluasi untuk penomoran ganda untuk satu pasien sehingga dapat menyebabkan satu nomor rekam medis digunakan untuk dua pasien.
4. Perlu penyusunan ulang manajemen rekam medis karena sepertinya antara rekam medis rawat jalan dan rawat inap tidak ada koneksi.
5. Perlu dibuatkan SIRS (Sistem Informasi Rumah Sakit) agar *database* dapat menjadi informasi yang lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan.

- Poli Kandungan
- Dokter dan dokter spesialis
 1. Perlu mengkaji kembali konsep INA-DRG agar dalam mendiagnosa penyakit sesuai ICD X dan memberikan tindakan sesuai ICD IX.
 2. Perlu menyadari dalam pengisian rekam medis agar rekam medis tersebut lengkap, dapat dipercaya dan dipertanggungjawabkan. Terutama pengisian diagnosa, tindakan, perjalanan penyakit dan tidak kalah penting tanda tangan.
- Perawat
 1. Membantu dokter dalam hal mengingatkan dokter jika lupa mengisi rekam medis
 2. Perlu mengkaji kembali konsep INA-DRG agar dalam memberikan pelayanan kepada pasien bisa lebih tanggap sehingga resiko yang tidak diinginkan dapat diminimalisir.

- Farmasi

Perlu membuat formularium untuk INA-DRG per-tindakan yang dilakukan di ruang operasi dan ruang perawatan.

Bagi Penelitian selanjutnya

Diharapkan dapat melakukan penelitian dengan kasus yang sama di rumah sakit dengan infrastruktur yang lebih baik atau melakukan penelitian dengan kasus yang berbeda di rumah sakit yang sama sehingga dapat mengetahui perbedaan efisiensi dan mutu layanan untuk kasus yang berbeda.

Daftar Pustaka

- Aditama, TY. (2002). *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta : UI-Press.
- Aditama, TY. (2000). *Pelayanan dokter. Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Adjie. (2002). Amankah section caesaria. <http://www.kompas.com> diperoleh tanggal 20 Februari 2005 oleh Halimatussakdiah.
- American Heart Association. (1981). *Determinants of Prolonged Length of Hospital Stay after Coronary Bypass Surgery*. American Heart Association, Inc. America.
- American Medical Record Association. (1976). *Glossary of Hospital Term, School Edition, AMRA, Chicago*.
- Avkiran, Necmi. (2002). *Productivity Analysis in The Service Sector with Data Envelopment Analysis* (2nd ed). Hal 3. N K Avkiran, Queensland.
- Azwar A. (1994). *Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan* (1st ed). Hal 18-29. Jakarta : Yayasan Penerbitan IDI.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Binarupa Aksara, Jakarta.
- Barber, B., David Johnson. (1983). *The Presentation of Acute Hospital Inpatient Statistics*, The Hospital and Health Services Review, January.
- Bowers, M.S., Swan, J.E., Koehler, W.F. (1994). *What Attribute Determined Quality and Satisfaction With Health Care Management Review*. Aspen Publisher Inc.
- Brotowasisto. (1994). *Kebijakan pengembangan Rumah Sakit dalam Pembangunan Jangka Panjang tahap II*. Cermin Dunia Kedokteran Edisi Khusus No.90. Jakarta.
- Buku Tarif Indonesia Diagnosis Related Group (INA-DRG). (2007). *Rumah Sakit Umum dan Khusus*, Departemen Kesehatan RI. Jakarta.
- Cannoodt, Luk J.cs. (1984). *The Effect of Hospital Characteristics and Organizational Factors Pre and Post Operative Length of Stay*, Health Services Research, December.

- Coelli, Timothy J, et al. (2005). *An Introduction to Efficiency and Productivity Analysis* (2nd ed). New York: Springer Science.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (1987). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2008). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2008*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2009). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2009*.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia. (2010). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) 2010*.
- Departemen Kesehatan RI. (1992). *Standard Pelayanan Rumah Sakit*. Jakarta : Direktorat Rumah Sakit dan Pendidikan.
- Donabedian Avedis. (1988). *Quality of Care*. *JAMA*, 260:23-30.
- Donabedian Avedis. (1973). *Aspects of Medical Care Administration, Specifying Requirement for Health Care*, Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts.
- Engel, James, F., Blackwell, Roger, D., Miniard, Paul, W. (1994). *Perilaku Konsumen*. Jakarta : Bina Aksara.
- Faulkner, Pamela L. (1981). *Many Diagnostics Test Maybe Unnecessary*, Hospital, April.
- Gerson, Richard, F. (2001). *Mengukur Kepuasan Pelanggan (Panduan Menciptakan Pelayanan bermutu)*, Penerjemah Hesti Widyanngrum, Penerbit PPM.
- Hacker, Neville. (2001). *Essential obstetrics and Gynecology*, 2nd Ed. Alih bahasa, Edi Nugroho. Hipokrates. Jakarta.
- Hanafiah, Ali Indra. (1994). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan LHR Pasien Obstetric Pulang Hidup yang Menjalani Pembedahan Seksio Sesarea di RSU Baturaja Dati II Oku*, Tahun 1989-1993, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hasibuan, S. P., Malayu. (2005). *Dasar-dasar Perbankan*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Hasbullah, Thabrany. (2-6 November 1998). *Penetapan Simulasi Tarif Rumah sakit*, Disampaikan pada Pelatihan RSPAD.
- Hatta, Gemala Rabiah. (1994). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kualitas Pelayanan Bedah Sesarea di RSAB Harapan Kita*, suatu telaahan rekam medis

- periode 1987-1991, Tesis, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.
- Hogarth, James. (1978). *Glossary of Health Care Terminology*, Regional Office for Europe WHO, Copenhagen.
- Ibrahim, B. (2000). *Total Quality Management*, Jakarta : Penerbit Djambatan.
- Jacobalis, S. (2000). Kumpulan Tertulis Terpilih Tentang Rumah sakit Indonesia dalam Dinamika Sejarah, Transformasi, Globalisasi dan Krisis Nasional, Yayasan Penerbit IDI, Jakarta.
- Kamardji, Trisno. (1986). *Beberapa Faktor yang Berhubungan dengan Lama Hari Rawat (LHR) Penderita Penyakit Dalam di RS. St. Carolus*, Tesis, Fakultas Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.
- Kohler. (1983). *Kohler's Dictionary for Accountant*.
- Kotler, P. (1997). *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Edisi ke-enam. PT Prehalindo, Jakarta.
- Kotler, P. (1994). *Manajemen Pemasaran : Analisis, Perencanaan, Implementasi dan Kontrol*. Edisi ke-enam. PT Erlangga, Jakarta.
- Kotler, P., Clarke, R.N., (1987). *Marketing for Health Care Organization*. Prentice Hall Inc. New Jersey.
- Kotler, P., Andearsen, A. (1982). *Marketing for Nonprofit Organization*. Prentice Hall Inc. New Jersey.
- Kovner, A. R., and Duncan Neuser. (1983). *Health Service Management: Reading and Commentary*, Health Administration Press.
- Kusumapraja, Rokiah. (1999). *Menjaga Kepuasan Pelanggan. Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia*. Jakarta : Universitas Indonesia Press.
- Kuswardhani Endang. (12-13 Juli 1995). Performance Measurement Sebagai Media Evaluasi Terhadap Efisiensi dan Efektivitas Suatu Organisasi. Makalah dalam Seminar : Management Audit: Perkembangan dan Strategi untuk Meningkatkan Efisiensi dan Efektivitas. Pusat Pengembangan Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Indonesia. Jakarta.
- Laine, C., Davidoff, F., Lewis, C. E., Nelson, E. C., Kessler, R. C., Delbanco, T. L. (1996). *Important Element of Outpatient Care : A Comparison of Patients' and Physicians Opinions*, *Annals of Internal Medicine*, 125 : 640-645.
- Lupiyoadi, Rambat. (2001). *Manajemen Pemasaran Jasa Teori dan Praktik*. Jakarta : Salemba Empat.

- Mangold W., Glynn dan Babakus E. (1991). *Service Quality The Front Stage Vs The Back Stage Perspective. The Journal of Services Marketing*. 5:59-70.
- Mansjoer, Arif. (1999). *Kapita selekta Kedokteran*. Edisi 3, Media Aesculapius, FKUI. Jakarta.
- Mauludin, Hanif. 2001. *Analisis Kualitas Pelayanan, Pengaruhnya Terhadap Image (Studi Pada Penderita Rawat Inap RSUD DARI. R. Koesma tuban)*. *Jurnal Penelitian Akuntansi, Bisnis dan Manajemen*, Vol. 7, No.1 (April) : 37-51.
- Miller, Roger LeRoy. (1982). *Intermediate Micro Economics Theory; Issues and Application* (International Student Edition). Kogakusha : McGraw Hill.
- Mochtar, Rustam. (1992). *Sinopsis Obstetri, Obstetri Operatif dan Obstetri Sosial*, Edisi Ke-dua, Penerbit Buku Kedokteran EGC, Jakarta.
- Moenir, A. S. (2002). *Manajemen Pelayanan umum di Indonesia*. Bumi Aksara, Jakarta.
- Mulyadi. (1990). *Rekayasa Informasi akuntansi Manajemen Untuk Mendorong Efisiensi dan Produktivitas*. Akuntansi.
- Nirwana. (2004). *Prinsip-prinsip Pemasaran Jasa*. Dioma, Malang.
- Obstetri Williams. (2001). Diterjemahkan dr. F. Gary Conningham, et al. *Williams Obstetrics*, 21ed. EGC. Jakarta
- Okelberry, Carl R. (1975). *Pre Admission Testing Pre Operative Length of Stay*, *Hospital* Vol.49, No.18, September.
- Pasaribu, A. Syukri. (1990). *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan LHR pada Penyakit Appendicitis Acuta, Appendicitis Chronica, Hernia Inguinale dan Hiperplasia Prostat di UPF Bedah Umum RS. Dr. Sardjito Yogyakarta*, Tesis, Fakultas Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.
- Pasay, Haidy NA. (27-28 Juli 1995). *Teori Efisiensi dan Produktivitas Buruh : Makalah dalam Pleno VIII Ikatan Sarjana Ekonomi Indonesia*, Manado.
- Payne, Beverly C. (1976). *The Quality of Care : Evaluation and Improvement*, Hospital Research an Educational Trust, Chicago.
- Puspasari, R. Indira. (1993). *Hubungan antara Karakteristik Penderita / Penanggung Biaya Penderita dengan LHR dan Beberapa Jenis Penyakit Tertentu di RSUD Bhakti Yudha Tahun 1992 – 1993*. Tesis, Program Pascasarjana Universitas Indonesia, Jakarta.

- PT. Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero). (2005). *Sejarah PT. Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero)*. Jakarta.
- PT. Asuransi Kesehatan Indonesia (Persero). (2005). *Manajemen Pelayanan Prima*. Jakarta.
- Rowe, Alam J, Richard D. Mason, Karl E. Dickel, (1990). *Strategic Management and Business Policy A Methodological Approach* (2nd ed). Addison-Wesley Publishing company.
- Shukla, Ramesh K. (1986). *AM Admission / PM Discharge can Resuce Length of Stay*, Hospital and Health Services Administration, July/August.
- Sinmamora, Bilson. (2002). *Panduan Riset Perilaku Konsumen*. Jakarta : Gramedia Pustaka Utama.
- Snook, T. Donald Jr. (1981). *Hospital What They Are and How They Work*, Aspen System Corporation, Rockville, Maryland, London.
- Stewart, Jimmy T. (1971). *Surgical Specialties Affect Scheduling*, Hospital, Vol.45, No.17, September.
- Sumarni, Murti. (1993). *Marketing Perbankan*. Liberty, Yogyakarta.
- Sunardi. (2003). *Jurnal Ekonomi dan Bisnis*, Vol IX No.1 Maret.
- Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008.
- Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 807/Menkes/E/VII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008.
- Sutisna. (2001). *Perilaku Konsumen dan Komunikasi Pemasaran*. Bandung : Remaja Rosdakarya.
- Swasono, Yudo. (27-28 Juli 1995). Teori Efisiensi Produktivitas Buruh. *Makalah dalam Sidang Pleno VIII Ikatan Sarjana Ekonomi Indonesia*. Manado.
- Tjiptono. (2005). *Pemasaran Jasa*. Bayumedia Publishing, Jawa Timur.
- Tjiptono. (2004). *Manajemen Jasa*. Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Tjiptono. (2002). *Strategi Pemasaran*. Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Tjiptono. (1996). *Manajemen Jasa*. Penerbit Andi, Yogyakarta.
- Tjiptono, Fandy. (2000). *Strategi Bisnis*. Penerbit Andi, Yogyakarta.

- Thomson R. (1996). *Quality in Health Care. Textbook of Management for Doctors*. First ed. Churchill Livingstone. New York. 273-290.
- Tucker, Susan Martin et al. (1999). *Standard Keperawatan Pasien, proses Keperawatan, Diagnosis, dan Evaluasi*. Alih bahasa Asih. EGC. Jakarta.
- WHO. (1971). Expert Committee on Health Statistic.
- Winkjosastro, H., Saifuddin, AB & Rachimhadi, T. (1999). *Ilmu Kebidanan*. Edisi ketiga, Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwor Prawiharjo.
- Wijono. D. J. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Airlangga University Press, Surabaya.
- Wiratno. (1998). *Pengukuran Tingkat Kepuasam Konsumen Dengan Servqual Instrumen*. Wahana, vol.1 no.1.
- Zeitmall, V.A., Parasuraman, Berry, L. L. (1990). *Delivery Quality Service Balancing Customer Perception and Expectation*, The Free Press, New York.
- <http://www.depkes.go.id/>
- <http://www.idionline.org/>
- <http://www.ppjk.depkes.go.id/>

Lampiran 1

Panduan wawancara mendalam

Informan: Kepala Bidang Pelayanan Medis

1. Apa yang Bapak/Ibu ketahui tentang pembayaran rumah sakit menggunakan Tarif INA-DRG? (Menurut Bpk/Ibu apa DRG itu?)
2. Apakah konsep INA-DRG ini sudah dimengerti oleh semua pegawai di rumah sakit terutama dokter, perawat, rekam medis?
3. Bagaimana cara “manajemen” mensosialisasikan konsep INA-DRG ini?
4. Adakah persiapan khusus yang dilakukan oleh manajemen terkait diberlakukannya INA-DRG?
5. Pemberian kode diagnosis dalam DRG sangat mempengaruhi besaran tarif yang akan dikenakan.
 - a. Bagaimana kedisiplinan dokter dalam mengisi rekam medis?
 - b. Apakah sudah pernah dilakukan sosialisasi khusus kepada para dokter untuk mengisi kode penyakit dan treatment yang dilakukan?
 - c. Apakah ada sosialisasi atau arahan oleh Depkes dalam penentuan Diagnosis Primer dan Diagnosis Sekunder?
6. Apakah RS sudah mempunyai Grouper INA-DRG?
7. Siapakah yang mengentri data-data terkait klaim pasien Jamkesmas yang menggunakan tariff INA-DRG?
8. Apakah ada pelatihan khusus untuk staf tersebut? Bila ada, siapa yang melakukan pelatihan tersebut?
9. Bagaimana cara manajemen memantau kualitas data dan entri data di atas?
10. Menurut Bapak/Ibu apa dampak positif dan negatif yang diakibatkan oleh diberlakukannya INA DRG?
11. Strategi apa yang dilakukan oleh rumah sakit untuk menangani dampak negative yang ada?
12. Permasalahan apa yang timbul berkaitan dengan diberlakukannya INA-DRG?

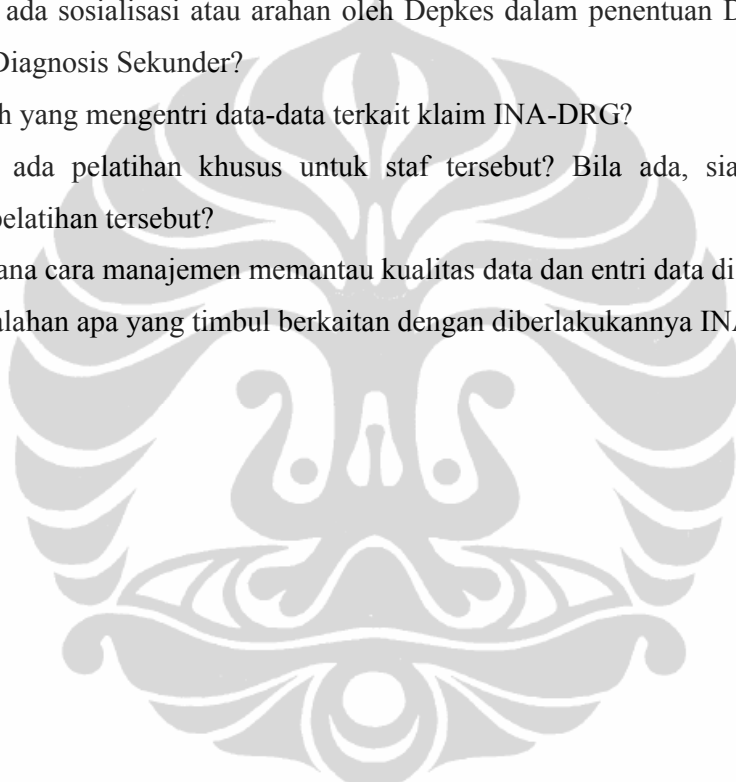
UNIVERSITAS INDONESIA

Informan : Kepala Bidang Keuangan

1. Apa yang Bapak/Ibu ketahui tentang pembayaran rumah sakit menggunakan Tarif INA-DRG? (Menurut Bpk/Ibu apa DRG itu?)
2. Apakah konsep INA-DRG ini sudah dimengerti oleh semua pegawai di rumah sakit terutama dokter, perawat, rekam medis?
3. Bagaimana cara “manajemen” mensosialisasikan konsep INA-DRG ini?
4. Adakah persiapan khusus yang dilakukan oleh manajemen terkait diberlakukannya INA-DRG?
5. Menurut bapak/ibu apa dampak keuangan yang diakibatkan oleh diberlakukannya INA DRG?
6. Sudah pernahkah dilakukan analisis keuangan terkait dengan diberlakukannya INA-DRG?
7. Menurut bapak/ibu apa dampak positif dan negatif yang diakibatkan oleh diberlakukannya INA DRG?
8. Strategi apa yang dilakukan oleh rumah sakit untuk menangani dampak negative yang ada?
9. Apakah RS sudah mempunyai Grouper INA-DRG?
10. Siapa yang membiayai pengadaan Grouper ini?
11. Apakah RS sudah mengaplikasikan SIRS (Sistem Informasi RS)?
12. Data apa saja yang sudah “link” dalam system ini?
13. Bagaimana peran SIRS dengan diberlakukannya INA-DRG?
14. Permasalahan apa yang timbul berkaitan dengan diberlakukannya INA-DRG?

Informan : Kepala Rekam Medis

1. Apa yang Bapak/Ibu ketahui tentang pembayaran rumah sakit menggunakan Tarif INA-DRG? (Menurut Bpk/Ibu apa DRG itu?)
2. Pemberian kode diagnosis dalam DRG sangat mempengaruhi besaran tarif yang akan dikenakan.
 - a. Bagaimana kedisiplinan dokter dalam mengisi rekam medis?
 - b. Apakah ada sosialisasi atau arahan oleh Depkes dalam penentuan Diagnosis Primer dan Diagnosis Sekunder?
3. Siapakah yang mengentri data-data terkait klaim INA-DRG?
4. Apakah ada pelatihan khusus untuk staf tersebut? Bila ada, siapa yang melakukan pelatihan tersebut?
5. Bagaimana cara manajemen memantau kualitas data dan entri data di atas?
6. Permasalahan apa yang timbul berkaitan dengan diberlakukannya INA-DRG?



Informan : Coder

1. Apa yang Bapak/Ibu ketahui tentang pembayaran rumah sakit menggunakan Tarif INA-DRG? (Menurut Bpk/Ibu apa DRG itu?)
2. Apakah RS sudah mengaplikasikan SIRS (Sistem Informasi RS)?
3. Data apa saja yang sudah “link” dalam system ini?
4. Bagaimana peran SIRS dengan diberlakukannya INA-DRG?
5. Adakah arahan dari Depkes tentang pengaplikasian „grouper“ terkait dengan diberlakukannya INA-DRG?
6. Permasalahan apa yang timbul berkaitan dengan diberlakukannya INA-DRG?

Informan : Dokter Spesialis Obsgyn

1. Apa yang Bapak/Ibu ketahui tentang pembayaran rumah sakit menggunakan Tarif INA-DRG? (Menurut Bpk/Ibu apa DRG itu?)
2. Bagaimana ciri luka dikatakan infeksi pasca-operasi?

Lampiran 2 Daftar Dokumen Untuk Ditelaah

DAFTAR DOKUMEN UNTUK DITELAAH

NO	DOKUMEN	KETERSEDIAAN	
		ADA	TIDAK ADA
1.	Protab Rekam Medis	√	
2.	Rekam Medis Rawat Inap	√	
3.	Rekam Medis Rawat Jalan	√	
4.	Nota Perincian Perawatan (<i>billing</i>)	√	
5.	Laporan Farmasi	√	
6.	Laporan Laboratorium	√	
7.	Laporan Operasi	√	
8.	Resume Medis	√	

