



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS UTILISASI DAN POLA PEMBIAYAAN PADA  
PASIEN JAMKESMAS, JAMKESDA, SKTM, DAN *OOP* PADA  
RAWAT INAP KELAS III RSUD BUDHI ASIH JAKARTA  
TAHUN 2009**

**TESIS**

**SUKRI SIAGIAN  
0806444335**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JUNI, 2010**

## SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Sukri Siagian

NPM : 0806444335

Program Studi : Pascasarjana Kajian Administrasi Rumah Sakit (KARS)

Tahun Akademik: 2008

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

**“Analisis Utilisasi dan Pola Pembiayaan Pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* Pada Rawat Inap Kelas III RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2009 ”**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 22 Juni 2010

(Sukri Siagian)



**UNIVERSITAS INDONESIA**

**ANALISIS UTILISASI DAN POLA PEMBIAYAAN PADA  
PASIEN JAMKESMAS, JAMKESDA, SKTM, DAN *OOP* PADA  
RAWAT INAP KELAS III RSUD BUDHI ASIH JAKARTA  
TAHUN 2009**

**TESIS**

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar  
Magister Administrasi Rumah Sakit**

**SUKRI SIAGIAN  
0806444335**

**PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
DEPOK  
JUNI, 2010**

## HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Sukri Siagian

NPM : 0806444335

Tanda Tangan :





Tanggal : 22 Juni 2010

## HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :  
Nama : Sukri Siagian  
NPM : 0806444335  
Program Studi : S2 – Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Judul Tesis : Analisis Utilisasi Dan Pola Pembiayaan Pada Pasien  
Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* Pada Rawat  
Inap Kelas III RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2009

**Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada program studi S2 – Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.**

### DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Purnawan Junadi dr, MPH, PhD (  )  
Penguji : Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS (  )  
Penguji : Dr. Mieke Savitri, MKes (  )  
Penguji : Budi Hartono, SE, MARS (  )

Ditetapkan di : Depok  
Tanggal : 22 Juni 2010

## KATA PENGANTAR

*Alhamdulillahirobbil'alamin*, segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah Yang Maha Esa atas segala nikmat, rahmat, dan hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Tesis ini disusun untuk memenuhi salah satu persyaratan kelulusan Program Magister Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Penulis menyadari bahwa terselesaikannya tesis ini tidak lepas dari bimbingan, bantuan, dan dukungan dari berbagai pihak baik langsung maupun tidak langsung. Oleh karena itu penulis ingin menyampaikan rasa hormat dan terima kasih kepada :

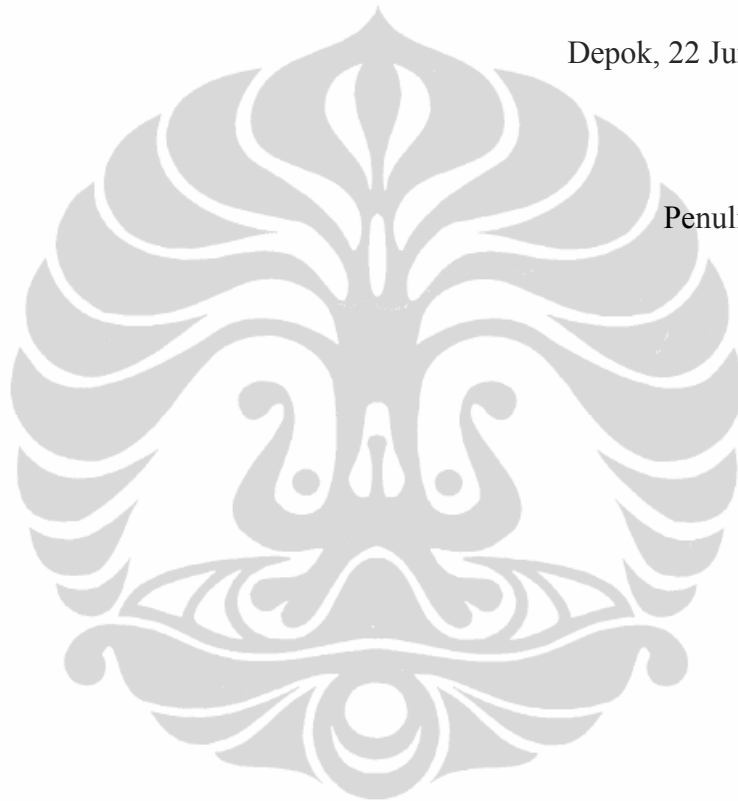
1. Bapak Prof. Purnawan Junadi, dr, MPH., PhD. Selaku Pembimbing Akademik yang telah memberikan bimbingan, masukan, didikan, dan dukungan dalam penyusunan tesis ini.
2. Ibu Dra. Dumilah Ayuningtyas, MARS. Selaku dosen penguji pada tahap seminar proposal, seminar hasil hingga tesis. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
3. Ibu Dr. Mieke Savitri, MKes. Selaku dosen penguji tesis. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
4. Bapak Budi Hartono, SE, MARS. Selaku dosen penguji tesis. Terima kasih atas kesediaannya menjadi penguji dan saran yang telah diberikan dalam penyusunan tesis ini.
5. Segenap Staf Program Studi Kajian Administrasi yang telah memberikan bantuan, kemudahan dan bimbingan dalam melaksanakan pendidikan.
6. RSUD Budhi Asih. Terimakasih atas bantuan dalam pemberian data dan kerjasama beberapa pihak selama penyusunan tesis ini.
7. Keluarga tercinta. Atas pengertian, bantuan dan doanya. Seluruh keluarga besar yang tidak dapat disebut satu persatu.

8. Teman-teman KARS 2008 yang telah membantu penulis selama pendidikan dan pembuatan tesis ini.

Akhir kata dengan segala kerendahan hati, penulis mengharapkan agar tesis ini memberi manfaat bagi yang membutuhkan.

Depok, 22 Juni 2010

Penulis



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

---

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

Nama : Sukri Siagian  
NPM : 0806444335  
Program Studi: S2-Kajian Administrasi Rumah Sakit  
Departemen : Administrasi Kebijakan Kesehatan  
Fakultas : Kesehatan Masyarakat  
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif** (*Non-Exclusive-Royalty-Free-Right*) atas karya ilmiah saya yang berjudul:

**Analisis Utilisasi Dan Pola Pembiayaan Pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan OOP Pada Rawat Inap Kelas III RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2009**

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya

Dibuat di: Depok  
Pada tanggal: 22 Juni 2010

Yang Menyatakan

(Sukri Siagian)



## ABSTRAK

UNIVERSITAS INDONESIA  
PROGRAM PASCA SARJANA  
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT  
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT  
Tesis, Juni 2010

Sukri Siagian

**“Analisis Utilisasi dan Pola Pembiayaan pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* pada rawat inap kelas III RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2009”**

xiii + 82 Halaman + 13 Tabel + 4 Gambar

Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia masih mengandalkan pada pembayaran *out of pocket* dan menunjukkan kecenderungan meningkat. *Out of pocket* (1995) sebesar 54,0%; 72,8% (1998) dan 76,3% (2000). Sedangkan pembiayaan pemerintah menurun dari 46,0% (1995) menjadi 23,4% (2000).

Latar belakang: penurunan BOR sebesar 3,6%, yaitu 71,3% (2007), 67,7% (2008), penurunan jumlah pasien rawat inap kelas III 2008-2009: 14%, serta jumlah tempat tidur kelas III yang disediakan: 68%. Jenis penelitian: penelitian operasional. Populasi target: seluruh pasien rawat inap kelas III (2009) yaitu pasien JAMKESMAS, JAMKESDA, SKTM, *out of pocket*. Analisa data: menganalisis data sekunder, selanjutnya mendeskripsikannya.

Hasil penelitian: pemanfaatan pelayanan rawat inap kelas III sebanyak 41,4 % (pasien Jamkesmas, Jamkesda, dan SKTM). Sedangkan sisanya dari pasien *OOP*. Rata-rata LOS: Jamkesmas 8 hari, Jamkesda 5 hari, SKTM 7 hari, *OOP* 8 hari. Rata-rata biaya rawat inap/pasien: Jamkesmas Rp. 2.611.619; Jamkesda Rp. 2.647.460; SKTM Rp 3.423.515.; dan *OOP* Rp. 1.173.423. Trend penyakit terbanyak: Jamkesmas, Jamkesda: *Dengue Haemorrhagic Fever*; SKTM: *Cerebro Vascular Disease*; *OOP*: *Gastroenteritis*. Pola pembiayaan berbeda antara pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* pada penyakit yang sama.

Saran: biaya pelayanan khususnya pelayanan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKTM memperoleh keefektifan dan keefisienan, melakukan kajian ulang terhadap penetapan tarif pelayanan dan lama hari rawat pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, meningkatkan kinerja tim verifikator, melakukan kajian lebih mendalam terkait utilisasi pelayanan kesehatan pada ruang lingkup yang lebih besar.

Daftar bacaan : 32 (1980-2009)

## ABSTRACT

UNIVERSITY OF INDONESIA  
POST GRADUATE PROGRAM  
FACULTY OF PUBLIC HEALTH  
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM  
Thesis, June 2010

**Sukri Siagian**

**"Financing Pattern Analysis and utilization in patients Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, and OOP in class III inpatient hospital Budhi Asih Jakarta Year 2009"**

xiii + 82 Pages + 13 Table + 4 Preview

Sources of health financing in Indonesia is still relying on out-of-pocket payments and shows an increasing trend. Out of Pocket (1995) amounted to 54.0%, 72.8% (1998) and 76.3% (2000). Meanwhile, government funding decreased from 46.0% (1995) to 23.4% (2000). Background: BOR decreased by 3.6%, ie 71.3% (2007), 67.7% (2008), decreasing the number of class III patients hospitalized from 2008 to 2009: 14%, and the number of beds provided by the class III : 68%. Type of research: operational research. Target population: all inpatients class III (2009), ie patients Jamkesmas, JAMKESDA, SKTM, out of pocket. Analysis of data: secondary data analysis, then describe it.

Result: The inpatient service use were 41.4% grade III (patient Jamkesmas, Jamkesda, and SKTM). While the rest of the patients OOP. Average LOS: Jamkesmas eight days, five days Jamkesda, SKTM seven days, eight days OOP. Average inpatient costs / patient: JAMKESMAS USD. 2,611,619; Jamkesda USD. 2.64746 million; SKTM USD 3,423,515.; And OOP USD. 1173423. The trend of most diseases: Jamkesmas, Jamkesda: Dengue Fever Haemorrhagic; SKTM: Cerebro Vascular Disease; OOP: gastroenteritis. Financing patterns differ between patients Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, and OOP in the same disease. Suggestion: the cost of services, especially services Jamkesmas, Jamkesda, and SKTM obtain the effectiveness and efficiency, undertook a review of tariff setting and service of patient length of stay Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, improve team performance verifying it, doing more in-depth studies related to utilization of health services in the space a larger scope.

Reading list: 32 (1980-2009)

## DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL .....	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS .....	ii
HALAMAN PENGESAHAN .....	iii
KATA PENGANTAR .....	iv
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI .....	v
ABSTRAK .....	vii
DAFTAR ISI .....	ix
DAFTAR TABEL .....	xi
DAFTAR GAMBAR .....	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
1.1 Latar Belakang Masalah.....	1
1.2 Rumusan Masalah .....	4
1.3 Pertanyaan Penelitian .....	4
1.4 Tujuan Penelitian .....	5
1.4.1 Tujuan Umum .....	5
1.4.2 Tujuan Khusus .....	5
1.5 Manfaat Penelitian .....	5
1.6 Ruang Lingkup Penelitian.....	6
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....</b>	<b>7</b>
2.1 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap.....	7
2.2 Indikator Utilisasi Rawat Inap .....	9
2.3 Pemantauan Utilisasi .....	9
2.4 Pola Pembiayaan Kesehatan .....	10
2.5 Program Jaminan Kesehatan Masyarakat .....	19
2.6 Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) .....	24
2.7 Surat Keterangan Tidak Mampu .....	25
2.8 Pasien Umum Membayar Sendiri ( <i>Out of Pocket / OOP</i> ) .....	28
<b>BAB III GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT .....</b>	<b>30</b>
3.1 Gambaran Umum .....	30
3.2 Visi, Misi, dan Tujuan Rumah Sakit Budhi Asih .....	31
3.3 Tugas dan Fungsi RSUD Budhi Asih .....	31
3.4 Struktur Organisasi .....	32
3.5 Sumber Daya Manusia .....	34
3.6 Pengelolaan Keuangan .....	34
3.7 Rawat Inap .....	35
3.8 Rawat Jalan .....	36
3.9 Kegiatan Penunjang Medis .....	37

<b>BAB IV KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP .....</b>	<b>40</b>
4.1 Kerangka Teori .....	40
4.2 Kerangka Konsep.....	41
4.3 Definisi Operasional.....	42
<b>BAB V METODE PENELITIAN .....</b>	<b>44</b>
5.1 Rancangan Penelitian .....	44
5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian .....	44
5.3 Populasi dan Sampel Penelitian .....	44
5.4 Pengumpulan Data .....	45
5.5 Analisis Data .....	45
<b>BAB VI HASIL PENELITIAN .....</b>	<b>47</b>
6.1 Pelaksanaan Penelitian .....	47
6.2 Kualitas Data .....	47
6.3 Distribusi Karakteristik Responden .....	48
6.4 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Karakteristik Responden .....	53
<b>BAB VII PEMBAHASAN .....</b>	<b>62</b>
7.1 Keterbatasan Penelitian .....	62
7.2 Pembahasan.....	62
7.2.1 Gambaran Umum Pasien Rawat Inap .....	62
7.2.2 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap.....	62
7.2.3 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin .....	65
7.2.4 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Usia...	65
7.2.5 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat.....	66
7.2.6 Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Pola Penyakit .....	67
<b>BAB VIII PENUTUP .....</b>	<b>78</b>
8.1 Kesimpulan .....	78
8.2 Saran .....	79
8.2.1 Bagi Rumah Sakit Budhi Asih .....	79
8.2.2 Bagi Pemerintah Daerah DKI Jakarta .....	79
8.2.3 Bagi Dinas Kesehatan DKI Jakarta.....	80
8.2.4 Bagi Penelitian Selanjutnya .....	80
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>81</b>

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.5.1. Status Kepegawaian.....	34
Tabel 3.5.2. Keadaan Tenaga Menurut Jenis Kepegawaian.....	34
Tabel 3.6.1. Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Periode Juli – September 2009 .....	35
Tabel 3.7.1. Komposisi Tempat Tidur (TT) Rawat Inap.....	36
Tabel 3.7.2. Kegiatan Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta Periode Januari - September 2009.....	36
Tabel 3.8.1. Kunjungan Rawat Jalan RSUD Budhi Asih Periode Januari - September 2009.....	37
Tabel 3.9.1. Volume Kegiatan Instalasi Penunjang Medis RSUD Budhi Asih Periode Januari - September 2009.....	37
Tabel 3.9.2. Laporan Penulisan Resep pada Rawat Inap.....	38
Tabel 3.9.3. Laporan Penulisan Resep pada Rawat Jalan .....	38
Tabel 3.9.4. Hasil Kegiatan Pemeriksaan Laboratorium.....	38
Tabel 3.9.5. Sepuluh Penyakit Terbesar RSUD Budhi Asih Jakarta Periode Januari - September 2009.....	39
Tabel 6.3.3.1. Penyakit Terbanyak Pasien Jamkesmas .....	50
Tabel 6.3.3.2. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien Jamkesda.....	50
Tabel 6.3.3.3. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien SKTM .....	51
Tabel 6.3.3.4. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien <i>Out Of Pockets</i> .....	51
Tabel 6.3.4.1. Distribusi Responden Menurut Lama Hari Rawat .....	52
Tabel 6.4.1.1. Distribusi Responden Menurut Biaya Rawat Inap .....	53
Tabel 6.4.1.2. Tabel Proporsi Biaya Menurut Penanggung Jawab Biaya pada SKTM .....	54
Tabel 6.4.2.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin .....	54
Tabel 6.4.2.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin Per-Responden.....	55
Tabel 6.4.3.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Usia.....	56
Tabel 6.4.3.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Usia Per-Responden .....	56

Tabel 6.4.4.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat .....	57
Tabel 6.4.4.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat Per- Responden.....	58
Tabel 6.4.5.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesmas Menurut Pola Penyakit .....	59
Tabel 6.4.5.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesda Menurut Pola Penyakit .....	59
Tabel 6.4.5.3. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien SKTM Menurut Pola Penyakit .....	59
Tabel 6.4.5.4. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien <i>OOP</i> Menurut Pola Penyakit .....	60
Tabel 6.4.5.5. Perbandingan Biaya Rawat Inap Menurut Penyakit pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan <i>OOP</i> (Rupiah) .....	61
Tabel 7.2.6.1. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesmas Menurut Pola Penyakit Terhadap Biaya Jamkesmas Berbasis INA-DRG .....	67
Tabel 7.2.6.2. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesda menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2009.....	69
Tabel 7.2.6.3. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien SKTM menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008.....	72
Tabel 7.2.6.4. Perbandingan Manajemen Pengobatan Pasien.....	74

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan.....	8
Gambar 6.2. Populasi Pasien Rawat Inap Kelas III .....	47
Gambar 6.3.1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin.....	48
Gambar 6.3.2. Distribusi Responden Menurut Usia .....	49



# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Diawali sebagai suatu upaya pemenuhan hak yang fundamental bagi warga negara atas kesehatan sebagaimana yang tercantum dalam Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28H dan Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan, maka Pemerintah Indonesia merintis program pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin. Namun dalam perkembangannya ternyata diperlukan suatu mekanisme pembiayaan yang lebih efektif, efisien, dan berkelanjutan. Untuk itu, sejak tahun 2008 diperkenalkan program pemeliharaan kesehatan masyarakat miskin, yaitu Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Program tersebut merupakan perwujudan komitmen pemerintah melalui Departemen Kesehatan untuk meningkatkan aksesibilitas masyarakat miskin dan tidak mampu terhadap pelayanan kesehatan menuju peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang optimal (Rencana Strategi Provinsi DKI Jakarta, 2005).

Salah satu isu yang terus mengemuka dalam pola pembiayaan kesehatan di Indonesia adalah kecilnya persentase anggaran. Walaupun persentase anggaran kesehatan terhadap *Gross Domestic Product* (GDP) meningkat, namun relatif kecil dibanding negara-negara tetangga. Sampai saat ini sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia masih mengandalkan pada pembayaran *out of pocket* yang berasal dari masyarakat dan menunjukkan kecenderungan meningkat. Pada tahun 1995 *out of pocket* menunjukkan angka sebesar 54,0%; tahun 1998 sebesar 72,8% dan pada tahun 2000 sebesar 76,3%. Sedangkan pembiayaan pemerintah cenderung mengalami penurunan, yaitu dari 46,0% pada tahun 1995 menjadi 23,4% pada tahun 2000.

Di lain pihak, jumlah rumah tangga miskin pada periode 2002-2005 mengalami peningkatan dari 83 ribu rumah tangga pada tahun 2002 menjadi 150 ribu rumah tangga pada tahun 2005. Demikian pula dengan banyaknya anggota rumah tangga miskin meningkat dari 291 ribu jiwa pada tahun 2002 menjadi 633 ribu jiwa pada tahun 2006. Untuk menentukan keluarga miskin, hampir semua



responden menggunakan kriteria standar sesuai dengan pedoman JPS-BK, yaitu berdasar pada kriteria penentuan peringkat kesejahteraan keluarga dari BKKBN, ditambah beberapa kriteria lain, seperti: tidak mempunyai pekerjaan tetap atau terkena pemutusan hubungan kerja (PHK); tidak bisa makan dua kali sehari; memiliki pakaian hanya dua pasang; ada anak yang gagal melanjutkan sekolah karena alasan ekonomi; ada anggota keluarga yang sakit dan tidak bisa berobat karena alasan ekonomi.

Pemerintah Provinsi DKI mengalokasikan anggaran Rp 413 miliar untuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan dalam Anggaran Pendapatan Belanja Daerah (APBD) 2010 sementara anggaran tahun sebelumnya yakni 2009 sebesar Rp. 350 miliar. Untuk itu, sedikitnya 85 rumah sakit disiapkan sebagai lokasi rujukan program tersebut. Puluhan rumah sakit tersebut tersebar di lima wilayah dan telah memiliki Ikatan Kerjasama dengan Dinas Kesehatan DKI. Dengan kata lain, 85 rumah sakit tersebut wajib melayani pasien miskin. Rinciannya, di Jakarta Pusat terdapat 14 rumah sakit umum (RSU) dan 7 rumah sakit khusus (RSK). Jakarta Utara terdapat 10 RSU, dan 3 RSK. Di Jakarta Barat ada 9 RSU dan 6 RSK yang melayani JPK Gakin. Sedangkan di Jakarta Selatan terdapat 8 RSU serta satu RSK dan Jakarta Timur terdapat 16 RSU serta 6 RSK. Namun demikian, Anggaran Kesehatan bersumber APBD di Provinsi DKI Jakarta masih belum optimal karena anggaran yang ditetapkan untuk Dinas Kesehatan sebagian besar belum diperuntukan bagi pelayanan kesehatan masyarakat miskin dan tidak mampu. Sementara anggaran bersumber APBN juga cenderung menurun dari tahun ke tahun.

Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan Suku Dinas Yankes lima wilayah di DKI Jakarta pada tahun 2006, tercatat jumlah kunjungan rumah sakit di DKI Jakarta sebesar 5.522.963 kunjungan, terdiri dari 439.693 kunjungan rawat inap dan 5.083.270 kunjungan rawat jalan. Dengan demikian persentase penduduk memanfaatkan RS di Provinsi DKI Jakarta tahun 2006 sebesar 52,35%. Jumlah kunjungan Rumah Sakit terbanyak ada di wilayah Jakarta Selatan sebesar 1.767.179 kunjungan, terdiri dari 234.152 kunjungan rawat inap dan 1.533.02 kunjungan rawat jalan. Jakarta Selatan juga menempati urutan pertama dalam

jumlah kunjungan rawat jalan maupun kunjungan rawat inap. Jakarta Timur dan Kep. Seribu tidak melaporkan datanya (BPS DKI Jakarta, 2006).

Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta adalah rumah sakit tipe B non pendidikan merupakan salah satu rumah sakit yang ditunjuk pemerintah sebagai lokasi rujukan pelayanan kesehatan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu juga berupaya mengoptimalkan pelayanannya. Hal tersebut tampak dari kapasitas tempat tidur yang berjumlah 224 TT, dimana 68%-nya (101 TT) khusus dimanfaatkan untuk pasien tidak mampu, gelandangan, pengemis, penghuni panti asuhan dan pasien terlantar lainnya. Namun demikian jumlah kapasitas tempat tidur yang disediakan oleh RSUD Budhi Asih masih kurang dari ketentuan yang dibuat oleh pemerintah seperti yang tercantum dalam Per Menkes 1045 tahun 2006 yang dikutip oleh Harimat (2006) mengenai perumhaskitan di Indonesia yang menyatakan bahwa untuk rumah sakit pemerintah harus menyediakan jumlah kapasitas tempat tidur minimal, yaitu 75%. Dari data laporan tahunan 2009 didapatkan bahwa jumlah pasien rawat inap kelas III mengalami tren penurunan. Pada tahun 2007 sebanyak 7.502 orang, tahun 2008 sebanyak 13.013 orang, dan pada tahun 2009 sebanyak 9.709 orang dengan frekuensi penyakit terbesar adalah *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF). Dari indikator rawat inap didapatkan juga tren penurunan yaitu *Bed Occupancy Rate* (BOR) pada tahun 2007 sebesar 71,3%, tahun 2008 sebesar 67,7%, dan pada tahun 2009 sebesar 53,3%. Untuk indikator *Bed Turn Over* (BTO) didapatkan bahwa pada tahun 2007 sebesar 54,6, tahun 2008 sebesar 54,7, dan pada tahun 2009 sebesar 44,8. Sedangkan untuk indikator *Turn Over Interval* (TOI) menunjukkan angka 1,9 (2007), 2,2 (2008), dan sebesar 4,1 pada tahun 2009. Selain itu untuk rata-rata jumlah pasien dirawat perbulan menunjukkan angka 1.474 (2007), 1.154 (2008), dan 918 (2009).

Berdasarkan data laporan tahunan diatas, tampak bahwa pelayanan Rumah Sakit Budhi Asih khususnya rawat inap kelas III yaitu untuk masyarakat miskin dan tidak mampu belum optimal. Hal ini terlihat melalui jumlah tempat tidur kelas III yang belum memenuhi ketentuan pemerintah. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran Rumah Sakit Budhi Asih dalam melaksanakan fungsi sosialnya, yaitu pelayanan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu di ruang rawat inap kelas III tahun 2009. Dengan demikian,

penelitian ini perlu dilakukan dengan harapan agar hasil penelitian ini dapat dijadikan evaluasi guna peningkatan utilisasi pelayanan khususnya untuk masyarakat miskin dan tidak mampu di masa mendatang.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dalam penelitian ini akan dilakukan analisis dan kajian mendalam mengenai pemanfaatan rawat inap kelas III untuk pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan pasien umum yang membayar sendiri (*Out of Pocket*) di Rumah Sakit Budhi Asih tahun 2009.

## 1.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang yang telah diuraikan diatas, yang menjadi permasalahan pada penelitian ini adalah terjadinya penurunan BOR sebesar 3,6% dimana pada tahun 2007 sebesar 71,3%, tahun 2008 sebesar 67,7%, kemudian terjadinya penurunan jumlah kunjungan pada pasien rawat inap kelas III pada tahun 2008 ke tahun 2009 sebesar 14%, serta jumlah tempat tidur kelas III yang disediakan dibawah 75% yaitu 68%. Hasil identifikasi awal menunjukkan bahwa pemanfaatan rawat inap masih belum optimal. Untuk itu penelitian ini dilakukan untuk mengetahui gambaran Rumah Sakit Budhi Asih dalam menjalankan fungsi sosialnya untuk pelayanan kesehatan masyarakat miskin di rawat inap kelas III.

## 1.3. Pertanyaan Penelitian

- a. Bagaimana perbandingan trend penyakit pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009?
- b. Bagaimana perbandingan manajemen pengobatan pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009?
- c. Bagaimana pola pembiayaan pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009?

## **1.4. Tujuan Penelitian**

### **1.4.1. Tujuan Umum**

Mengetahui gambaran utilisasi rawat inap kelas III di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009.

### **1.4.2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui perbandingan trend penyakit pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009.
- b. Mengetahui manajemen pengobatan pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009.
- c. Mengetahui pola pembiayaan pasien rawat inap kelas III pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009.

## **1.5. Manfaat Penelitian**

### **1.5.1. Bagi Rumah Sakit**

Penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat dan masukan bagi pihak instalasi rawat jalan guna untuk meningkatkan jumlah kunjungan pasien Jamkesmas dan meningkatkan pemanfaatan pelayanan rawat jalan bagi pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan pasien umum bayar sendiri (*Out Of Pockets*) Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Budhi Asih Jakarta. Peningkatan tersebut dapat menyebabkan peningkatan pendapatan keuangan rumah sakit.

### **1.5.2. Bagi Peneliti**

Merupakan sarana yang bermanfaat untuk menerapkan ilmu yang telah diterima selama mengikuti perkuliahan di Program Pasca Sarjana KARS Universitas Indonesia.

### **1.5.3. Bagi Institusi Pendidikan**

Pengalaman dan hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan masukan penelitian lain pada institusi pendidikan (KARS).

### **1.6. Ruang Lingkup**

Penelitian ini merupakan penelitian operasional utilisasi dan pola pembiayaan pasien rawat inap kelas III di Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih Jakarta periode tahun 2009. Penelitian ini dilakukan di rawat jalan RSUD Budhi Asih, cabang pada bulan Mei hingga Juni 2010, menggunakan telaah dokumen dengan menganalisis data sekunder .



## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

### 2.1 Utilisasi Pelayanan Rawat Inap

Unit rawat inap adalah suatu kelompok sarana dan prasarana yang khusus melayani pasien sebagai pasien rawat inap karena kebutuhan pelayanan pengobatan dan perawatan yang lebih intensif untuk kondisi kesehatan mereka. Rumah sakit di Indonesia mulai dari yang terkecil umumnya memiliki rawat inap dengan jumlah tempat tidur yang diperhitungkan cukup memadai melayani kebutuhan pasien rawat inap di daerah mereka (Hardiman, 2002).

Unit rawat inap sering dibagi dalam kelas-kelas pelayanan bervariasi berdasarkan kebutuhan masyarakat yang memerlukan sesuai dengan kemampuan mereka membayar fasilitas yang lebih baik. Secara prinsip semua pelayanan rumah sakit diberikan dalam mutu yang serupa sekalipun kelasnya lebih rendah karena yang berbeda hanyalah kebutuhan-kebutuhan unik yang diminta oleh mereka yang mampu membayar semua pelayanan ekstra.

Utilisasi pelayanan adalah sebuah kegiatan pemanfaatan pelayanan oleh sekelompok orang maupun individu. Salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang menggunakan kembali dan memanfaatkan tergantung dari pengetahuan masing-masing individu.

Salah satu teori yang membahas mengenai hal-hal yang mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan yaitu model Andersen (1975).

#### **Model Andersen**

Menurut Andersen (1975) terdapat sejumlah faktor determinan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan yang dapat dikelompokkan menjadi tiga kategori utama, yaitu:

##### 1. Karakteristik Pra disposisi (*Predisposing Characteristic*)

Pada karakteristik ini, setiap individu mempunyai kecenderungan berbeda untuk memanfaatkan pelayanan kesehatan yang didasarkan pada adanya perbedaan karakteristik berupa:

- a. Ciri demografi, yaitu: jenis kelamin, umur, dan status perkawinan.
- b. Struktur sosial, yaitu: pendidikan, pekerjaan, hobi, ras, dan agama.

c. Kepercayaan kesehatan (*health belief*), yaitu: keyakinan bahwa pelayanan kesehatan dapat menolong proses penyembuhan penyakit.

## 2. Karakteristik Kemampuan (*Enabling Characteristic*)

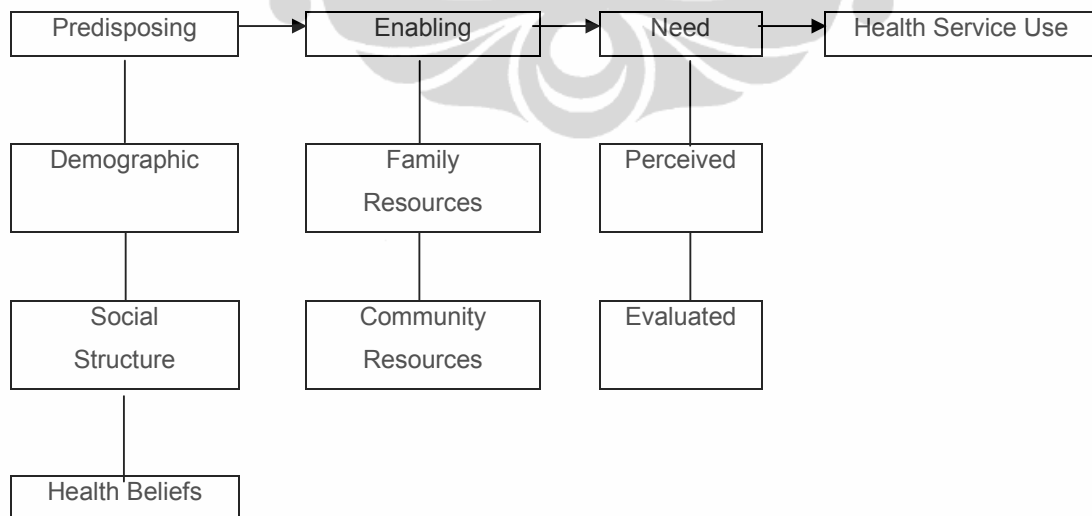
Pada karakteristik ini dimaksudkan bahwa keadaan atau kondisi yang membuat seseorang melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya terhadap pelayanan kesehatan, terdiri atas:

- Sumber daya keluarga, berupa: penghasilan, asuransi, kemampuan membeli jasa pelayanan kesehatan dan pengetahuan mengenai pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- Sumber daya masyarakat, berupa jumlah sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan yang tersedia, dan lokasi pemukiman.

## 3. Karakteristik Kebutuhan (*Need Characteristic*)

Karakteristik ini merupakan penentu akhir bagi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan, terdiri atas:

- Penilaian individu (*Perceived Need*). Hal ini adalah penilaian keadaan kesehatan yang dirasakan oleh individu, dan besarnya ketakutan terhadap penyakit serta hebatnya rasa sakit yang dideritanya.
- Penilaian klinik (*Evaluated Need*). Hal ini adalah penilaian beratnya penyakit dari dokter yang merawatnya yang tercermin dari hasil pemeriksaan dan diagnosa penyakit.



Gambar 2.1 Model Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan

Sumber : Soekidjo Notoatmodjo, 2007. Ronald Andersen, Joanna Kravits, Odia W. Andersen (1975). *Equity in Health Service*.

## 2.2 Indikator Utilisasi Rawat Inap

Model indikator menurut Barber Jhonson, pelayanan unit rawat inap dengan statistik diukur melalui kualitasnya berdasarkan rasio pemakaian dari fasilitas tempat tidur yaitu BOR (*Bed Occupancy Rate*) yang tersedia secara seimbang. Disebut berimbang jika rasio pemakaian tempat tidur oleh pasien yang ada sekitar 60 s/d 85%. Bila angka BOR misalnya berada dibawah 60%, ruang rawat inap dianggap kekurangan jumlah tempat tidur.

TOI (*Turn Over Interval*) yang berarti interval berapa hari rata-rata seluruh tempat tidur yang kosong sebelum dihuni kembali oleh pasien yang berikutnya. Angka yang dianggap baik untuk TOI adalah 1 s/d 3 hari tempat tidur kosong sebelum diisi kembali. Angka TOI yang berkepanjangan artinya bahwa fasilitas tempat tidur terlalu lama kosong. Indikasinya bahwa rancangan fasilitas yang ada tidak efektif terpakai dibandingkan kebutuhan realistik dari suatu rumah sakit.

Angka ALOS (*Average Length Of Stay*) atau lama-lama rata-rata seorang pasien tinggal dirumah sakit, angka ini ditetapkan sebagai 3 s/d 5 hari sebelum pasien pulang. Angka ALOS yang normal tersebut secara teoritis dapat menggambarkan bahwa kualitas perawatan unit rawat inap rumah sakit adalah baik efektif dan efisien. ALOS yang tinggi sering dikaitkan dengan buruknya kualitas pelayanan perawatan dan pengobatan yang ada dirumah sakit.

BTO (*Bed Turn Over*) adalah jumlah rata-rata berapa orang semua tempat tidur pernah dipakai oleh pasien dalam rentang relatif pertahun. Jumlah yang terlalu sedikit dianggap kurang memadai sementara jumlah yang terlalu tinggi melebihi 50x/tahun dianggap fasilitas rawat inap terlalu padat, sehingga terburu-buru memulangkan pasien karena ada pasien yang antri (Djemadi 1998).

## 2.3 Pemantauan Utilisasi

Pemantauan utilisasi adalah sebuah kegiatan yang bertujuan untuk memantau dan menilai penggunaan pemeliharaan kesehatan yang dilakukan dengan cara mengumpulkan data dari seluruh pelayanan kesehatan (Direktorat Jendral Bina Kesehatan Masyarakat, 2003). Kegiatan utilisasi ini bertujuan untuk dapat senantiasa meningkatkan pelayanan kesehatan dan mempertahankan pelayanan tersebut sehingga dapat memperkecil pelayanan-pelayanan kesehatan



yang justru kurang diperlukan. Dari pandangan pengguna jasa pelayanan kesehatan, kegiatan pemantauan utilisasi ini dapat mengurangi keadaan-keadaan yang bersifat:

*A. Over Utilization*

Sebuah keadaan dimana kegiatan pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan (PPK) kepada pasien yang sebenarnya tidak diperlukan dalam proses pengobatan

*B. Under Utilization*

Suatu keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tidak diberikan kepada pasien meskipun pelayanan tersebut sebenarnya sangat dibutuhkan dalam proses pengobatan.

*C. Misuse*

Sebuah keadaan dimana suatu jenis pelayanan kesehatan tertentu diberikan secara tidak tepat atau dengan kualitas dibawah standar.

(Dirjen Bina Kesehatan Masyarakat, 2003)

Menurut Ilyas (2003) dalam Sutomo (2005), pelaksanaan review utilisasi di ruang perawatan dapat dijalankan melalui tahapan berikut :

*A. Pencatatan data*

Pencatatan meliputi data dan tanggal kunjungan, nama peserta, diagnosa penyakit, lama hari rawat, penggunaan fasilitas perawatan.

*B. Analisa data*

Data yang sudah terkumpul kemudian dilakukan pengolahan dengan melakukan analisa sehingga dihasilkan suatu bentuk laporan tentang kasus rawat inap, lama hari rawat, rata-rata biaya rawat.

## **2.4 Pola Pembiayaan Kesehatan**

Pola pembiayaan kesehatan adalah alur dan bentuk pembiayaan terhadap pelayanan kesehatan bagi pasien Jamkesmas, Jamkesda dan besaran biaya yang dikeluarkan oleh pasien umum bayar sendiri (Out Of Pockets) (Tim Pengajar Ekonomi Kesehatan, 2001). Sistem pembiayaan kesehatan didefinisikan sebagai suatu sistem yang mengatur tentang besarnya dan alokasi dana yang harus

disediakan untuk menyelenggarakan dan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat ([www.medisonline.net/article-journal/41-article/70-pembiayaan-kesehatan](http://www.medisonline.net/article-journal/41-article/70-pembiayaan-kesehatan), tahun 2009). Biaya kesehatan adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan dan/atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok dan masyarakat (Azwar A, 1996).

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) dan pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). Kebijakan pembiayaan kesehatan adalah mengutamakan pemerataan serta berpihak kepada masyarakat miskin (*equitable and pro poor health policy*) yang akan mendorong tercapainya akses yang universal. Pada aspek yang lebih luas diyakini bahwa pembiayaan kesehatan mempunyai kontribusi pada perkembangan sosial dan ekonomi. Tujuan pembiayaan kesehatan adalah tersedianya pembiayaan kesehatan dengan jumlah yang mencukupi, teralokasi secara adil dan termamfaatkan secara berhasil-guna dan berdaya-guna, untuk menjamin terselenggaranya pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya ([http://www.jpkm-online.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=84&Itemid=119](http://www.jpkm-online.net/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=119), tahun 2008).

Pembiayaan kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut, yaitu : penyedia pelayanan kesehatan yang merupakan besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, serta pemakai jasa pelayanan dengan dimaksud yaitu biaya kesehatan dari sudut pemakai jasa pelayanan (*health consumer*) adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Oleh karena itu jumlah dana pembiayaan harus cukup untuk membiayai upaya kesehatan yang telah direncanakan. Bila biaya tidak mencukupi maka jenis dan bentuk pelayanan kesehatannya harus diubah sehingga sesuai dengan biaya yang disediakan. Distribusi atau penyebaran dana

perlu disesuaikan dengan prioritas. Suatu perusahaan yang unit kerjanya banyak dan tersebar perlu ada perencanaan alokasi dana yang akurat.

Sumber dana biaya kesehatan berbeda pada beberapa negara, namun secara garis besar berasal dari :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah. Pada sistem ini, biaya dan penyelenggaraan pelayanan kesehatan sepenuhnya ditanggung oleh pemerintah. Pelayanannya diberikan secara cuma-cuma oleh pemerintah sehingga sangat jarang penyelenggaraan pelayanan kesehatan disediakan oleh pihak swasta. Untuk negara yang kondisi keuangannya belum baik, sistem ini sulit dilaksanakan karena memerlukan dana yang sangat besar.
2. Bersumber dari anggaran masyarakat. Dapat berasal dari individual ataupun perusahaan. Sistem ini mengharapkan agar masyarakat (swasta) berperan aktif secara mandiri dalam penyelenggaraan maupun pemanfaatannya. Hal ini memberikan dampak adanya pelayanan-pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh pihak swasta, dengan fasilitas dan penggunaan alat-alat berteknologi tinggi disertai peningkatan biaya pemanfaatan atau penggunaannya oleh pihak pemakai jasa layanan kesehatan tersebut.
3. Bantuan biaya dari dalam dan luar negeri. Sumber pembiayaan kesehatan, khususnya untuk penatalaksanaan penyakit – penyakit tertentu cukup sering diperoleh dari bantuan biaya pihak lain, misalnya oleh organisasi sosial ataupun pemerintah negara lain.
4. Gabungan anggaran pemerintah dan masyarakat. Sistem ini banyak diadopsi oleh negara-negara di dunia karena dapat mengakomodasi kelemahan – kelemahan yang timbul pada sumber pembiayaan kesehatan sebelumnya. Tingginya biaya kesehatan yang dibutuhkan ditanggung sebagian oleh pemerintah dengan menyediakan layanan kesehatan bersubsidi. Sistem ini juga menuntut peran serta masyarakat dalam memenuhi biaya kesehatan yang dibutuhkan dengan mengeluarkan biaya tambahan.

Suatu pola pembiayaan kesehatan yang baik haruslah memenuhi beberapa syarat pokok yaitu:

1. Jumlah. Syarat utama dari biaya kesehatan haruslah tersedia dalam jumlah yang cukup. Yang dimaksud cukup adalah dapat membiayai penyelenggaraan semua upaya kesehatan yang dibutuhkan serta tidak menyulitkan masyarakat yang ingin memanfaatkannya.
2. Penyebaran. Berupa penyebaran dana yang harus sesuai dengan kebutuhan. Jika dana yang tersedia tidak dapat dialokasikan dengan baik, niscaya akan menyulitkan penyelenggaraan setiap upaya kesehatan.
3. Pemanfaatan. Sekalipun jumlah dan penyebaran dana baik, tetapi jika pemanfaatannya tidak mendapat pengaturan yang optimal, niscaya akan banyak menimbulkan masalah, yang jika berkelanjutan akan menyulitkan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan.

Untuk dapat melaksanakan syarat – syarat pokok tersebut perlu dilakukan beberapa hal, antara lain :

1. Peningkatan efektifitasnya. Peningkatan efektifitas dilakukan dengan mengubah penyebaran atau alokasi penggunaan sumber dana. Berdasarkan pengalaman yang dimiliki, maka alokasi tersebut lebih diutamakan pada upaya kesehatan yang menghasilkan dampak yang lebih besar, misalnya mengutamakan upaya pencegahan, bukan pengobatan penyakit. Mekanisme yang dimaksud untuk peningkatan efisiensi antara lain:
  - a. Standar minimal pelayanan. Tujuannya adalah menghindari pemborosan. Pada dasarnya ada dua macam standar minimal yang sering dipergunakan yakni: standar minimal sarana, misalnya standar minimal rumah sakit dan standar minimal laboratorium, dan standar minimal tindakan, misalnya tata cara pengobatan dan perawatan penderita, dan daftar obat-obat esensial. Dengan adanya standar minimal pelayanan ini, bukan saja pemborosan dapat dihindari dan dengan demikian akan ditingkatkan efisiensinya, tetapi juga sekaligus dapat pula dipakai sebagai pedoman dalam menilai mutu pelayanan.
  - b. Kerjasama. Bentuk lain yang diperkenalkan untuk meningkatkan efisiensi ialah memperkenalkan konsep kerjasama antar berbagai sarana

**Universitas Indonesia**

pelayanan kesehatan. Terdapat dua bentuk kerjasama yang dapat dilakukan yakni yang pertama kerjasama institusi, misalnya sepakat secara bersama-sama membeli peralatan kedokteran yang mahal dan jarang dipergunakan. Dengan pembelian dan pemakaian bersama ini dapat dihematkan dana yang tersedia serta dapat pula dihindari penggunaan peralatan yang rendah. Dengan demikian efisiensi juga akan meningkat, kedua kerjasama sistem, misalnya sistem rujukan, yakni adanya hubungan kerjasama timbal balik antara satu sarana kesehatan dengan sarana kesehatan lainnya.

- a. Peningkatan efisiensi. Peningkatan efisiensi dilakukan dengan memperkenalkan berbagai mekanisme pengawasan dan pengendalian.

Jenis pelayanan kesehatan yang ada di Indonesia seperti yang di jelaskan oleh DepKes RI tahun 2002 antara lain :

1. Penataan Terpadu (*managed care*); Merupakan pengurusan pembiayaan kesehatan sekaligus dengan pelayanan kesehatan. Pada saat ini penataan terpadu telah banyak dilakukan di masyarakat dengan program Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat atau JPKM. Managed care membuat biaya pelayanan kesehatan yang dikeluarkan bisa lebih efisien. Persyaratan agar pelayanan managed care di perusahaan dapat berhasil baik, antara lain:
  - a. Para pekerja dan keluarganya yang ditanggung perusahaan harus sadar bahwa kesehatannya merupakan tanggung jawab masing-masing atau tanggung jawab individu. Perusahaan akan membantu upaya untuk mencapai derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Hal ini perlu untuk menghindari bahaya moral hazard
  - b. Para pekerja harus menyadari bahwa managed care menganut sistem rujukan.
  - c. Para pekerja harus menyadari bahwa ada pembatasan fasilitas berobat, misalnya obat yang digunakan adalah obat generik kecuali bila keadaan tertentu memerlukan life saving.
  - d. Prinsip kapitasi dan optimalisasi harus dilakukan
2. Sistem *reimbursement*; Perusahaan membayar biaya pengobatan berdasarkan fee for services. Sistem ini memungkinkan terjadinya over utilization. Penyelewengan biaya kesehatan yang dikeluarkan pun dapat

terjadi akibat pemalsuan identitas dan jenis layanan oleh karyawan maupun provider layanan kesehatan.

3. Asuransi; Perusahaan bisa menggunakan modal asuransi kesehatan dalam upaya melaksanakan pelayanan kesehatan bagi pekerjanya. Dianjurkan agar asuransi yang diambil adalah asuransi kesehatan yang mencakup seluruh jenis pelayanan kesehatan (comprehensive), yaitu kuratif dan preventif. Asuransi tersebut menanggung seluruh biaya kesehatan, atau group health insurance (namun kepada pekerja dianjurkan agar tidak berobat secara berlebihan).
4. Pemberian Tunjangan Kesehatan; Perusahaan yang enggan dengan kesukaran biasanya memberikan tunjangan kesehatan atau memberikan lumpsum biaya kesehatan kepada pegawainya dalam bentuk uang. Sakit maupun tidak sakit tunjangannya sama. Sebaiknya tunjangan ini digunakan untuk mengikuti asuransi kesehatan (family health insurance). Tujuannya adalah menghindari pembelanjaan biaya kesehatan untuk kepentingan lain, misalnya untuk membeli rokok, minuman beralkohol, dan hal – hal lain yang malah merugikan kesehatannya.
5. Rumah Sakit Perusahaan; Perusahaan yang mempunyai pegawai berjumlah besar akan lebih diuntungkan apabila mengusahakan suatu rumah sakit untuk keperluan pegawainya dan keluarga pegawai yang ditanggungnya. Dalam praktisnya, rumah sakit ini bisa juga dimanfaatkan oleh masyarakat bukan pegawai perusahaan tersebut. Menyangkut kesehatan pegawainya, rumah sakit perusahaan harus menyiapkan rekam medis khusus, yang lebih lengkap, dan perlu dievaluasi secara periodik. Perlu diingatkan bahwa pelayanan kesehatan yang didapat dari rumah sakit perusahaan diupayakan bisa lebih baik bila dibandingkan jika dilayani oleh rumah sakit lain. Dengan demikian, pegawai perusahaan yang dirawat akan merasa puas dan bangga terhadap fasilitas yang disediakan. Rasa senang menerima fasilitas kesehatan ini akan membuahkan semangat bekerja untuk membalas jasa perusahaan yang dinikmatinya.

Masalah pokok yang sering ditemui dalam pembiayaan kesehatan ada 5 (lima) yang antara lain yaitu (<http://www.medisonline.net/article-journal/41-article/70-pembiayaan-kesehatan>) :

1. Kurangnya dana yang tersedia; Kurangnya dana sering terkait dengan masih kurangnya kesadaran pengambil keputusan akan pentingnya arti kesehatan. Kebanyakan pengambil keputusan menganggap pelayanan dan pemeliharaan kesehatan hanyalah beban yang bersifat konsumtif dan tidak bersifat produktif, sehingga kurang mendapat prioritas.
2. Penyebaran dana yang tidak sesuai; Perbedaan fasilitas yang diberikan kepada karyawan yang dilihat dari sudut lama masa kerja, jabatan/golongan, terkadang menimbulkan masalah tersendiri, terlebih lagi adanya kecenderungan dari karyawan dengan jabatan yang tinggi, lebih memilih dan menuntut fasilitas yang lebih baik pula.
3. Pemanfaatan dana yang tidak tepat; Selama ini banyak tumbuh sifat-sifat boros dalam pola konsumsi pelayanan kesehatan, baik dari sisi penyelenggara pelayanan kesehatan maupun dari sisi karyawan. Pihak penyedia pelayanan kesehatan akan berusaha memperbesar keuntungan dengan jalan melakukan berbagai pemeriksaan kesehatan yang berlebihan menggunakan bermacam-macam alat canggih yang ada, memperlama waktu rawat inap pengguna jasa, dan pembebanan biaya-biaya administrasi yang berlebihan. Hal ini akan menimbulkan pembengkakan terhadap biaya kesehatan yang dianggarkan.
4. Pengelolaan dana yang belum sempurna; Pengelolaan dana yang tepat dapat dan terdokumentasi dengan baik sangat membantu pelaksanaan sistem pembiayaan kesehatan yang ada, meskipun dana yang dianggarkan terbatas. Hal ini berkaitan dengan kemampuan, pengetahuan, ketrampilan dan sikap mental pengelolanya.
5. Biaya kesehatan yang makin meningkat; Seiring dengan bertambahnya tahun, biaya pelayanan kesehatan semakin meningkat.

Banyak penyebab yang berperan dalam peningkatan biaya kesehatan, beberapa yang terpenting :

1. Tingkat Inflasi; Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat inflasi yang terjadi di masyarakat. Apabila terjadi kenaikan harga di masyarakat, maka secara otomatis biaya investasi dan juga biaya operasional pelayanan kesehatan akan meningkat pula, yang tentu saja akan dibebankan kepada pengguna jasa.
2. Tingkat Permintaan; Meningkatnya biaya kesehatan sangat dipengaruhi oleh tingkat permintaan yang ditemukan di masyarakat. Untuk bidang kesehatan, tingkat permintaan itu dipengaruhi sedikitnya oleh dua faktor, yaitu meningkatnya kuantitas penduduk yang memerlukan pelayanan kesehatan, yang karena jumlahnya lebih atau bertambah banyak, maka biaya yang harus disediakan meningkat pula. Faktor kedua adalah meningkatnya kualitas penduduk. Dengan tingkat pendidikan dan penghasilan yang lebih baik, mereka akan menuntut penyediaan layanan kesehatan yang baik pula dan hal ini membutuhkan biaya pelayanan kesehatan yang lebih baik dan lebih besar. Kedua hal tersebut tentu saja akan sangat mempengaruhi besarnya biaya yang dibutuhkan dalam pelayanan dan pemeliharaan kesehatan.
3. Kemajuan Ilmu dan Teknologi; Sejalan dengan adanya kemajuan ilmu dan teknologi dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan (penggunaan peralatan kedokteran yang modern dan canggih) memberikan konsekuensi tersendiri, yaitu tingginya biaya yang harus dikeluarkan dalam berinvestasi. Hal ini membawa akibat dibebankannya biaya investasi dan operasional tersebut pada pemakai jasa pelayanan kesehatan.
4. Perubahan Pola Penyakit; Meningkatnya biaya kesehatan juga dipengaruhi adanya perubahan pola penyakit, yang bergeser dari penyakit yang sifatnya akut menjadi penyakit yang bersifat kronis. Dibandingkan dengan berbagai penyakit akut, perawatan berbagai penyakit kronis ternyata lebih lama. Akibatnya biaya yang dikeluarkan untuk perawatan dan penyembuhan penyakit ini akan lebih besar. Hal ini akan sangat mempengaruhi tingginya biaya kesehatan.
5. Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan; Perubahan pola pelayanan kesehatan ini terjadi akibat perkembangan keilmuan dalam bidang



kedokteran sehingga terbentuk spesialisasi dan subspecialisasi yang menyebabkan pelayanan kesehatan menjadi terkotak-kotak (*fragmented health service*) dan satu sama lain seolah tidak berhubungan. Akibatnya sering terjadi tumpang tindih atau pengulangan metoda pemeriksaan yang sama dan pemberian obat-obatan yang dilakukan pada seorang pasien, yang tentu berdampak pada semakin meningkatnya beban biaya yang harus ditanggung oleh pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan ini. Selain itu, dengan adanya pembagian spesialisasi dan subspecialisasi tenaga pelayanan kesehatan, menyebabkan hari perawatan juga akan meningkat.

6. Perubahan Pola Hubungan Dokter-Pasien; Sistem kekeluargaan yang dulu mendasari hubungan dokter-pasien seakan sirna. Dengan adanya perkembangan spesialisasi dan subspecialisasi serta penggunaan berbagai peralatan yang ditunjang dengan kemajuan ilmu dan Teknologi, mengakibatkan meningkatnya biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien, hal ini tentu saja membuat pasien menuntut adanya kepastian pengobatan dan penyembuhan dari penyakitnya. Hal ini diperberat dengan semakin tingginya tingkat pendidikan pasien selaku pengguna jasa layanan kesehatan, yang mendorong semakin kritisnya pemikiran dan pengetahuan mereka tentang masalah kesehatan. Hingga bila terjadi hal-hal yang tidak diharapkan yang timbul selama masa perawatan atau pengobatan, dapat menimbulkan perselisihan yang cukup besar dan dapat mendorong munculnya sengketa bahkan tuntutan hukum ke pengadilan. Hal tersebut diatas mendorong para dokter sering melakukan pemeriksaan yang berlebihan (*over utilization*), demi kepastian akan tindakan mereka dalam melakukan pengobatan dan perawatan, dan juga dengan tujuan mengurangi kemungkinan kesalahan yang dilakukan dalam mendiagnosa penyakit yang diderita pasiennya. Konsekuensi yang terjadi adalah semakin tingginya biaya yang dibutuhkan oleh pasien untuk mendapatkan pelayanan kesehatan. Upaya lain yang sering dilakukan para dokter dalam melindungi dirinya terhadap tuntutan yang mungkin terjadi, dengan cara mengasuransikan praktek kedokterannya. Dengan semakin seringnya

tuntutan hukum atas diri dokter menyebabkan premi yang harus dibayar meningkat dari tahun ke tahun, dengan dampak semakin meningkatnya biaya pelayanan kesehatan yang diajukan.

7. Lemahnya Mekanisme Pengendalian Biaya; Kurangnya peraturan perundang-undangan yang ditetapkan untuk mengatur dan membatasi pemakaian biaya pelayanan kesehatan menyebabkan pemakaiannya sering tidak terkendali, yang akhirnya akan membebani penanggung (perusahaan) dan masyarakat secara keseluruhan.
8. Penyalahgunaan Asuransi Kesehatan; Asuransi kesehatan (*health insurance*) sebenarnya merupakan salah satu mekanisme pengendalian biaya kesehatan, sesuai dengan anjuran yang diterapkan oleh pemerintah. Tetapi jika diterapkan secara tidak tepat sebagaimana yang lazim ditemukan pada bentuk yang konvensional (*third party system*) dengan sistem mengganti biaya (*reimbursement*) justru akan mendorong naiknya biaya kesehatan.

## **2.5 Program Jaminan Kesehatan Masyarakat**

Penyelenggaraan pembangunan kesehatan baik dalam hal pemberdayaan masyarakat, desentralisasi, upaya kesehatan, maupun lingkungan strategis kesehatan, termasuk pengaruh globalisasi telah melahirkan berbagai kebijakan penting di bidang kesehatan, misalnya antara lain Pengembangan Desa Siaga, Obat Murah, Apotek Rakyat, Jamkesmas, Poskestren, Mushalla Sehat, dan P4K. Perubahan iklim dan upaya percepatan pencapaian *Millenium Development Goals* (MDG's) sangat berpengaruh pada bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan di Indonesia.

Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) adalah program bantuan sosial untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang diselenggarakan secara nasional, agar terjadi subsidi silang dalam rangka mewujudkan pelayanan kesehatan yang menyeluruh bagi masyarakat miskin. Upaya pelaksanaan Jamkesmas merupakan perwujudan pemenuhan hak rakyat atas kesehatan dan amanat Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan merupakan salah satu komitmen

pemerintah dalam pembangunan kesehatan di Indonesia. Namun karena hingga saat ini peraturan pelaksana dan lembaga yang harus dibentuk berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) belum terbentuk, Departemen Kesehatan mengeluarkan kebijakan program jaminan kesehatan untuk masyarakat miskin sebagai wujud pemenuhan hak rakyat atas kesehatan tersebut.

Pelaksanaan kebijakan Jamkesmas dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008 tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat. Program Jamkesmas, sebagai salah satu program unggulan Departemen Kesehatan, telah dilaksanakan sejak tahun 2005 dengan jumlah peserta 36,1 juta penduduk miskin. Untuk tahun 2007 dan 2008, jumlah penduduk miskin dan hampir miskin yang dijamin pemerintah terus meningkat hingga menjadi 76,4 juta jiwa.

Sejarah Program Jamkesmas Penamaan program Jamkesmas mengalami berbagai bentuk perubahan. Awalnya, sebelum program ini menjadi regulasi yang diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, berbagai upaya memobilisasi dana masyarakat dengan menggunakan prinsip asuransi telah dilakukan antara lain dengan program Dana Upaya Kesehatan Masyarakat (DUKM). Dengan memobilisasi masyarakat diharapkan mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan tanpa harus meningkatkan anggaran pemerintah. Konsep yang ditawarkan adalah secara perlahan pembiayaan kesehatan harus ditanggung masyarakat sementara pemerintah akan lebih berfungsi sebagai regulator. Program DUKM secara operasional dijabarkan dalam bentuk Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM). Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan, sejak tahun 1998 pemerintah melaksanakan berbagai upaya pemeliharaan kesehatan penduduk miskin. Bermula dengan pengembangan Program Jaring Pengaman Sosial Bidang Kesehatan (JPS-BK) Tahun 1998–2001, Program Dampak Pengurangan Subsidi Energi (PDPSE) tahun 2001 dan Program Kompensasi Pengurangan Subsidi Bahan Bakar Minyak (PKPS–BBM) Tahun 2002–2004.

Berdasarkan Amandemen Keempat UUD 1945 maka dalam hal ini Pasal 34 (2) UUD 1945 menyatakan bahwa negara diberi tugas untuk mengembangkan

jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Dua tahun kemudian, tepatnya Tanggal 19 Oktober 2004 disahkan Undang–Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yang memberi landasan hukum terhadap kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Jaminan sosial yang dimaksud di dalam Undang–Undang SJSN adalah perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak, termasuk diantaranya adalah kesehatan. Namun demikian sampai saat ini sistem jaminan sosial yang diamanatkan dalam undang–undang tersebut masih belum berjalan karena aturan pelaksanaannya belum ada. Pada Tahun 2005, pemerintah meluncurkan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu yang dikenal dengan nama program Asuransi Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin). Penyelenggara program adalah PT Askes (Persero), yang ditugaskan Menteri Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT Askes (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin. Program ini merupakan bantuan sosial yang diselenggarakan dalam skema asuransi kesehatan sosial. Setelah dilakukan evaluasi dan dalam rangka efisiensi dan efektivitas, maka pada tahun 2008 dilakukan perubahan dalam sistem penyelenggaraannya. Perubahan pengelolaan program tersebut adalah dengan pemisahan fungsi pengelola dengan fungsi pembayaran, yang didukung dengan penempatan tenaga verifikator di setiap rumah sakit. Nama program tersebut juga berubah menjadi Jaminan Pelayanan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat miskin dilakukan dengan mengacu pada prinsip–prinsip asuransi:

1. Pengelolaan dana amanat dan nirlaba dengan pemanfaatan hanya untuk peningkatan kesehatan masyarakat miskin.
2. Pelayanan kesehatan bersifat menyeluruh (komprehensif) sesuai dengan standar pelayanan medik yang cost effective dan rasional.
3. Pelayanan kesehatan dilakukan dengan prinsip terstruktur dan berjenjang.
4. Pelayanan kesehatan diberikan dengan prinsip portabilitas dan ekuitas.
5. Pengelolaan program dilaksanakan secara transparan dan akuntabel.

Pada program Jamkesmas Tahun 2008 dengan pertimbangan untuk mengendalikan pelayanan kesehatan, peningkatan mutu, transparansi dan akuntabilitas, serta mengingat keterbatasan pendanaan, maka pengelolaan program Jamkesmas tahun 2008 dilakukan langsung oleh Departemen Kesehatan.

Pergantian pihak pengelola dengan tahun-tahun sebelumnya menyebabkan terjadinya perubahan-perubahan dalam pelaksanaannya, sehingga mekanisme pelaksanaan Program Jamkesmas tahun 2008 sebagai berikut:

#### 1. Kepesertaan Jamkesmas

Peserta Program Jamkesmas adalah setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### 2. Tatalaksana Pelayanan Kesehatan

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan rawat jalan (RJ) dan rawat inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan rawat jalan tingkat lanjutan (RJTL), rawat inap tingkat lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat.

Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut:

- a. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit (RS).
- b. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menkes membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan RS setempat, yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturan.
- c. Pada keadaan gawat darurat (emergency) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/Kota

setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.

- d. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Departemen Kesehatan. Pelayanan kesehatan RJTL di BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM dan di Rumah Sakit, serta pelayanan RI di Rumah Sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008, atau penggunaan sistem INA-DRG *casemix* (apabila sudah diberlakukan), sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim.

### 3. Tata Laksana Pendanaan

Sumber Dana berasal dari APBN sektor Kesehatan Tahun Anggaran 2008 dan kontribusi APBD. Pemerintah daerah berkontribusi dalam menunjang dan melengkapi pembiayaan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin di daerah masing-masing Dana yang digunakan untuk penyelenggaraan Program Jamkesmas merupakan dana bantuan sosial dimana dalam pembayaran kepada rumah sakit dalam bentuk paket, dengan berdasarkan klaim yang diajukan. Khusus untuk BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM pembayaran paket disetarakan dengan tarif paket pelayanan rawat jalan dan atau rawat inap rumah sakit dan peserta tidak boleh dikenakan iur biaya dengan alasan apapun.

### 4. Pengorganisasian

Pengorganisasian dalam penyelenggaraan Jamkesmas terdiri dari Tim Pengelola dan Tim Koordinasi Jamkesmas di Pusat, Provinsi dan Kabupaten/Kota, pelaksana verifikasi di PPK dan PT Askes (Persero). Tim Pengelola Jamkesmas bersifat Internal lintas program Departemen Kesehatan sedangkan Tim koordinasi bersifat lintas Departemen. Tim Pengelola Jamkesmas

melaksanakan pengelolaan jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin meliputi kegiatan-kegiatan manajemen kepesertaan, pelayanan, keuangan, perencanaan dan sumber daya manusia, informasi, hukum dan organisasi serta telaah hasil verifikasi. Tim Pengelola Jamkesmas bersifat internal lintas program di Departemen Kesehatan dan Dinas Kesehatan Provinsi/Kabupaten/Kota. Selain Tim Pengelola juga dibentuk Tim Koordinasi program Jamkesmas, yang bertugas melaksanakan koordinasi penyelenggaraan jaminan kesehatan masyarakat miskin yang melibatkan lintas sektor dan pemangku kepentingan (stakeholder) terkait dalam berbagai kegiatan antara lain koordinasi, sinkronisasi, pembinaan, dan pengendalian.

Dasar Hukum Pelaksanaan program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanah Pasal 28 H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia, yang menyatakan bahwa "Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan." Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia dinyatakan bahwa "Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak." Pemerintah menyadari bahwa masyarakat, terutama masyarakat miskin, sulit untuk mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Kondisi tersebut semakin memburuk karena mahalnya biaya kesehatan, akibatnya pada kelompok masyarakat tertentu sulit mendapatkan akses pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi hak rakyat atas kesehatan, pemerintah, dalam hal ini Departemen Kesehatan telah mengalokasikan dana bantuan sosial sektor kesehatan yang digunakan sebagai pembiayaan bagi masyarakat, khususnya masyarakat miskin.

## **2.6 Program Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda)**

Program Jaminan Kesehatan Daerah adalah suatu sistem jaminan kesehatan bagi keluarga miskin di wilayah pemerintah daerah yang diselenggarakan dengan menggunakan prinsip-prinsip asuransi dengan sistem kendali biaya dan pelayanan yang efektif.

Program Jamkesda meliputi jaminan rawat jalan dan rawat inap sebagaimana yang telah ditetapkan dalam Petunjuk Pelaksanaan baik di puskesmas maupun rumah sakit yang telah ditunjuk. Pemerintah Daerah DKI Jakarta sejak tahun 2008 menyelenggarakan Program Jaminan Kesehatan Daerah (jamkesda) yang sebelumnya dikenal dengan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin (JPK Gakin). Dimana ketentuan besar pembiayaannya mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial Rumah Sakit (PPE RS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Provinsi DKI Jakarta.

Sasaran dalam program ini adalah keluarga miskin yang menjadi penduduk di wilayah DKI Jakarta dan telah tercatat dalam data kemiskinan Badan Pusat Statistik (BPS) DKI Jakarta hasil pendataan tahun 2004 dan hasil verifikasi atau konfirmasi lapangan oleh tim kelurahan.

Sumber pembiayaan untuk pelaksanaan sistem Jamkesda tahun bersumber dari Anggaran Pengeluaran Belanja Daerah (APBD).

### **2.7 Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM)**

Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) adalah surat keterangan tentang warga yang secara ekonomi tergolong miskin yang diterbitkan oleh lurah berdasarkan rekomendasi dari RT/RW untuk kepentingan pelayanan kesehatan. SKTM ini diberikan pada masyarakat kurang mampu yang memiliki KTP DKI Jakarta.

Pemberian pelayanan kesehatan pada pemegang SKTM dilaksanakan oleh jaringan provider Jamkesda dengan kontribusi (*cost sharing*) yang besarnya dinegosiasikan oleh rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kepada pasien sesuai dengan kondisi pasien dan hasil investigasi rumah sakit, dimana berdasarkan Petunjuk Teknis (Juknis) dan Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Bencana di Provinsi DKI Jakarta 2008 besarnya adalah 50% : 50% atau bisa lebih kecil atau pasien dapat dibebaskan dari kontribusi. Dimana ketentuan besar pembiayaannya mengacu kepada Paket Pelayanan Esensial Rumah Sakit (PPE RS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Provinsi DKI Jakarta. Jaminan pasien SKTM dari Dinas Kesehatan dapat diberikan sejak tanggal pasien



mengajukan surat jaminan. Dan untuk kasus yang permintaan jaminannya dimintakan oleh rumah sakit kepada Dinas Kesehatan saat pasien pulang, maka dari pihak rumah sakit harus membuat pernyataan tertulis yang ditujukan ke Dinas Kesehatan setempat perihal tersebut.

### **2.7.1 Saat Pemanfaatan SKTM pada Pasien Rawat Inap**

Saat Pemanfaatan SKTM pada Pasien Rawat Inap adalah saat dimana pasien rawat inap memanfaatkan atau menggunakan SKTM, dimana surat keterangan ini didapat setelah kepala keluarga atau yang menanggung biaya untuk pasien tersebut mengajukan surat pernyataan kurang mampu kepada kelurahan setempat. Selanjutnya hal tersebut akan dinilai oleh tim verifikasi. Tim verifikasi terdiri dari petugas kelurahan dan puskesmas setempat. Petugas kelurahan dan puskesmas setempat bertugas untuk menilai dan memastikan bahwa keluarga tersebut benar-benar termasuk keluarga miskin atau kurang mampu. Surat keterangan ini akan dikeluarkan oleh pihak kelurahan pada saat pasien akan dirawat atau setelah pasien dirawat beberapa hari.

Verifikasi yang berasal dari petugas kelurahan dilaporkan dalam surat laporan Hasil Verifikasi Keluarga Miskin (Gakin) yang kesimpulannya terdiri dari 3 golongan penilaian petugas mengenai keluarga tersebut, yaitu :

1. Miskin
2. Tidak miskin
3. Kurang mampu

### **2.7.2 Pelayanan Kesehatan untuk pasien SKTM di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta**

Berdasarkan SK Direktur No. 0001/081.62/2004 dinyatakan bahwa penanganan administrasi pelayanan kesehatan untuk pasien dengan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta dilaksanakan oleh Instalasi Pihak Ketiga dan Gakin. Dalam melaksanakan tugasnya, tim tersebut bertanggungjawab kepada Direktur RSUD Budhi Asih dan wajib membuat laporan rutin yang diperlukan sesuai dengan aturan yang berlaku. Adapun tugas-tugasnya meliputi :

1. Membuat kebijaksanaan operasional dan pelaksanaan prosedur tetap pelayanan administrasi dan keuangan sesuai peraturan yang berlaku.
2. Melaksanakan penagihan dan penyetoran keuangan kepada Direktur RS melalui rekening rumah sakit sesuai dengan rincian biaya pelayanan.

### **2.7.3 Alur proses pelayanan rawat inap dengan SKTM**

1. Pasien yang akan dirawat datang ke bagian admisi rumah sakit dengan membawa kartu berobat SKTM, surat rujukan, KK, dan KTP. Selanjutnya dilakukan pencarian ruangan, tandatangan pernyataan rawat inap dengan jaminan kartu SKTM dan informasi keringanan yang akan diperoleh. Bila keberatan dapat dilanjutkan negosiasi dengan tim pengelola Gakin.
2. Pasien lalu ke loket pendaftaran untuk dibuatkan status rawat inap dan membuat jaminan rawat.
3. Pasien dapat masuk ruang perawatan dengan membawa surat keterangan pasien SKTM. Apabila surat-surat persyaratan administrasi belum lengkap, maka pasien wajib melengkapinya dan menyerahkan pada pihak rumah sakit dalam waktu 2 x 24 jam.
4. Bila kemudian akan dirujuk untuk pemeriksaan penunjang atau akan dilakukan tindakan rawat inap, maka pasien harus ke kasir terlebih dahulu untuk mendapatkan validasi dengan membawa form pemeriksaan penunjang/form tindakan rawat inap disertai Kartu Gakin, KK dan KTP.
5. Setelah form yang dimaksud divalidasi, maka pemeriksaan penunjang dapat diperoleh pasien atau tindakan rawat inap dengan membawa form yang sudah divalidasi kasir.
6. Bila pasien perlu mendapatkan obat, maka pasien langsung ke Instalasi Farmasi dengan membawa resep disertai Kartu SKTM, KK dan KTP.
7. Semua form dikumpulkan menjadi satu dengan berkas status pasien di ruang perawatan.
8. Bila pasien sudah diijinkan pulang maka dibuatkan perincian rawat inap yang harus divalidasi dan ditentukan berapa persen keringanan terlebih

dahulu di kasir. Selanjutnya pasien diijinkan pulang meninggalkan rumah sakit.

## **2.8 Pasien Umum Membayar Sendiri (*Out of Pocket / OOP*)**

Sebagian besar masyarakat Indonesia saat ini masih bergantung pada sistem pembiayaan kesehatan secara *Out of Pocket*, dimana pasien atau keluarganya langsung membayar pada penyedia layanan kesehatan / dokter kala si pasien memerlukan jasa layanan kesehatan. Dari laporan World Health Organization di tahun 2006 sebagian besar (70%) masyarakat Indonesia masih bergantung pada sistem *Out of Pocket*, dan hanya 8,4% yang dapat mengikuti sistem pembayaran prabayar/asuransi (WHO: 2009).

Kelemahan sistem *Out of Pocket* adalah terbukanya peluang bagi pihak penyedia layanan kesehatan untuk memanfaatkan hubungan *Agency Relationship* antara Dokter-Pasien. Dokter mendapat imbalan berupa uang jasa medik untuk pelayanan yang diberikannya kepada pasien yang besar-kecilnya ditentukan dari negosiasi antara dokter dan manajemen rumah sakit. Semakin banyak jumlah pasien yang ditangani, semakin besar pula imbalan yang akan didapat dari jasa medik yang ditagihkan ke pasien. Dengan demikian, secara tidak langsung dokter didorong untuk meningkatkan volume pelayanannya pada pasien untuk mendapatkan imbalan jasa yang lebih banyak. Ini adalah '*moral hazard*' yang menggoda kalangan dokter untuk mengeksploitasi kuatnya posisi dokter dalam hubungannya dengan pasien.

Fenomena ketika dokter, atau penyedia layanan kesehatan lain meningkatkan volume utilisasi penggunaan layanan pasien disebut "*Supply-Induced Demand*". Sudah sejak lama sebenarnya fenomena ini dilaporkan di berbagai belahan dunia seperti di Netherlands (Hursts, 1992) dan Cina (Bumgarner, 1992). Menurut DepKes RI (2008) *supply induce demand* merupakan suatu keadaan akan kebutuhan pelayanan kesehatan (*demand*) dengan tidak ditentukan oleh pengguna jasa tetapi oleh provider. Artinya pemberi jasa pelayanan (dokter) dapat melakukan dorongan penggunaan pelayanan yang berlebihan, tidak sesuai standar dan induksi-induksi lainnya, dan pasien dalam keterbatasan pemahamannya menyerah pada induksi-induksi penggunaan

pelayanan kesehatan yang tak perlu dan berlebihan karena menguntungkan dokter dari sisi ekonomis.

Di Indonesia, salah satu contoh dari eksploitasi ini mungkin bisa dilihat dari angka Operasi Sesar (Caesarean Section) pada ibu melahirkan. Dari sebuah studi, angka operasi sesar di Indonesia adalah sebesar 29,6% (Festin, 2009). Ini sangat jauh dari maksimum 15% ibu melahirkan yang memerlukan tindakan operasi sesar sesuai rekomendasi WHO. Tingginya angka operasi sesar di rumah sakit Indonesia ini diperkirakan bukan hanya berasal dari kebutuhan medis pasien, melainkan akibat eksploitasi hubungan *Agency-Relationship* yang dimungkinkan akibat sistem pelayanan berbasis *Out of Pocket*. Angka ini lebih tinggi jika dibandingkan angka operasi sesar di Cuba (23%), yaitu ketika negara menjamin pelayanan kesehatan secara gratis (Belizan, 1999).

Sistem kesehatan nasional yang menyeluruh, yang dapat mengurangi kemungkinan akibat hubungan ini belum ditemui di Indonesia. Dari rata-rata total pengeluaran kesehatan sebesar \$39 per capita per tahun, dari pajak dan penerimaan lain pemerintah Indonesia hanya mampu membiayai 50.5% dari seluruh pengeluaran kesehatan (WHO, 2009). Itupun sebagian besar hanya digunakan untuk membayar gaji PNS/pegawai kontrak bidang kesehatan. Sisanya masyarakat masih harus membayar sendiri, dan 70% diantaranya masih harus dibayarkan langsung oleh pasien/keluarganya secara *out of pocket*.

Untuk DKI Jakarta besar biaya pelayanan kesehatan bagi pasien umum (*OOP*) mengacu kepada Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta No.1 tahun 2006 tentang Retribusi Daerah.

## **BAB III**

### **PROFIL RUMAH SAKIT**

#### **3.1. Gambaran Umum**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Budhi Asih merupakan Rumah Sakit Umum Daerah tipe B Non Pendidikan yang ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 434/Menkes/SK/IV/2007 tanggal 10 April 2007 dan merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Dinas Pendidikan Propinsi DKI Jakarta. Saat ini RSUD Budhi Asih memiliki 226 tempat tidur yang menyediakan berbagai jenis pelayanan medis spesialistik dan subspecialistik.

Pelayanan yang ada terdiri atas Rawat Jalan, Rawat Inap, Unit Gawat Darurat (UGD), Kamar Operasi (OK), Kamar Bersalin (VK) dan Penunjang Medis. Rawat Jalan telah memiliki hampir semua Spesialisasi (Kebidanan, Bedah, Anak, Penyakit dalam, Mata, THT, Jantung, syaraf, Rehabilitasi Medik, Orthodonti, Kulit & Kelamin, Paru) ditambah 3 Subspesialisasi (Bedah Urologi, Bedah Syaraf, Bedah Orthopedi). Rawat Inap terdiri dari 226 tempat tidur, dimana 68% adalah kelas tiga. Sedangkan Penunjang Medis mempunyai beberapa instalasi antara lain : Laboratorium, Radiologi, Gizi, IEDTA, Farmasi dan Kamar Jenazah.

Dengan terbitnya UU Nomor 1 tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara (PBN) dan PP Nomor 23 Tahun 2005 tentang Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum (PPK-BLU), serta berdasarkan Keputusan Gubernur Propinsi daerah Khusus Ibukota Jakarta Nomor 2092/2006 tentang Penetapan Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih sebagai Unit Kerja Dinas Kesehatan Propinsi Daerah Khusus Ibukota Jakarta yang menerapkan Pola Pengelolaan Keuangan Badan Layanan Umum Daerah Secara Penuh, maka RSUD Budhi Asih telah berubah menjadi Rumah Sakit Pemerintah yang menerapkan PPK-BLUD.

Saat ini RSUD Budhi Asih telah menempati gedung baru 12 lantai dengan luas tanah 6.381 M<sup>2</sup> dan luas bangunan 21.977 M<sup>2</sup>, fasilitas telepon 6 lines hunting, listrik PLN 2.500 KVA dan genset 1250 KVA. Lokasi RSUD Budhi Asih berada di Jalan Dewi Sartika Cawang III 200 Jakarta Timur.

### 3.2. Visi, Misi, Tujuan, Nilai-nilai

Visi Rumah RSUD Budhi Asih :

“Rumah Sakit yang berkualitas dan menyenangkan bagi semua”

Misi RSUD Budhi Asih :

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan paripurna, *responsive*
2. Menciptakan kualitas kerja yang baik
3. Memberikan pelayanan yang didukung kemampuan *customer service* yang handal
4. Menjadi *center of knowledge* dan pengembangan kesehatan di Jakarta

Tujuan :

1. Menjadikan RSUD Budhi Asih sebagai rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas
2. Menciptakan remunerasi yang mendorong produktivitas kerja
3. Menjadikan RSUD Budhi Asih sebagai tempat pendidikan dan pelatihan di bidang kesehatan

Nilai-nilai :

1. Mengenal dan melayani pelanggan melampaui harapan mereka
2. Disiplin yang tinggi didukung dengan saling menghargai
3. Komitmen tinggi berlandaskan kebersamaan *ownership*

### 3.3. Tugas dan Fungsi Rumah Sakit

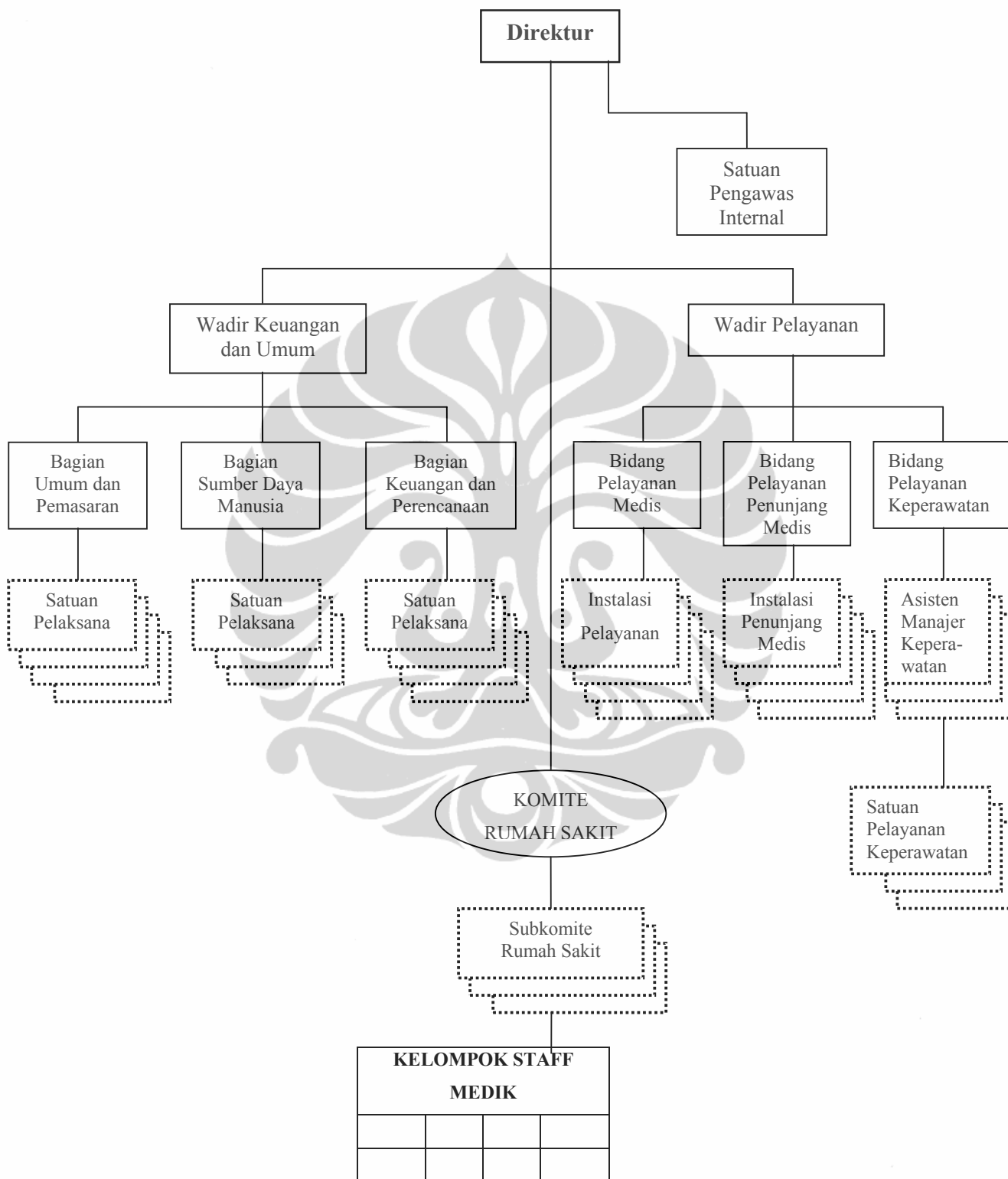
Berdasarkan SK Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 81 Tahun 2001 tanggal 31 Juli 2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja RSUD Budhi Asih. RSUD Budhi Asih mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdaya guna dan berhasil guna, dengan mengutamakan upaya penyembuhan dan pemulihan yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya peningkatan dan pencegahan dalam suatu sistem rujukan yang umumnya ditujukan kepada seluruh lapisan masyarakat dan khususnya kepada masyarakat tidak mampu.

Dalam melaksanakan tugas sebagaimana dimaksud di atas, RSUD Budhi Asih menyelenggarakan fungsi :

1. Penyelenggaraan Pelayanan Medik dan Keperawatan
2. Penyelenggaraan Pelayanan Penunjang Medik
3. Pelayanan Rujukan
4. Penyelenggaraan Pendidikan dan Pelatihan Tenaga Medis, Paramedis dan Non Medis
5. Penyelenggaraan Administrasi Umum dan Keuangan

### **3.4. Struktur Organisasi**

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Budhi Asih ditetapkan sebagai RSUD Tipe B Non Pendidikan. Struktur organisasi RSUD Budhi Asih berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 81 Tahun 2001 tanggal 31 Juli 2001, dikepalai oleh seorang Direktur yang dibantu oleh 2 (dua) orang Kepala Sub Bagian (Tata Usaha dan Keuangan) dan 2 (dua) orang Kepala Seksi (Pelayanan Medik dan Penunjang Medik). Selain jabatan struktural tersebut, terdapat juga jabatan fungsional yaitu Kelompok Jabatan Fungsional, Komite Medik, Komite Etik RS, Satuan Pengawas Internal, dan Satuan Peningkatan Mutu. Sesuai dengan kebutuhan operasional rumah sakit, direktur dapat membentuk instalasi yang berada dan bertanggung jawab langsung dibawah direktur. Adapun struktur organisasi RSUD Budhi Asih berdasarkan Surat Keputusan Gubernur Propinsi DKI Jakarta Nomor 81 Tahun 2001 tanggal 31 Juli 2001 tergambar dalam bagan 3.4.1 berikut ini :



Bagan 3.4.2. Struktur Organisasi RSUD Budhi Asih berdasarkan Peraturan Gubernur Provinsi DKI Jakarta No. 73 Tahun 2009

Universitas Indonesia



### 3.5. Sumber Daya Manusia

Total Sumber Daya Manusia (SDM) saat ini berjumlah 576 orang yang terdiri dari tenaga yang memiliki berbagai disiplin ilmu. Selain itu, SDM yang ada memiliki status kepegawaian yang berbeda yaitu PNS, PTT dan Non PNS. Adapun rincian kepegawaian terlihat pada tabel 3.5.1 dan 3.5.2 berikut ini :

Tabel 3.5.1. Status Kepegawaian

No	Status Kepegawaian	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	PNS	255	44
2	PTT	24	4
3	Non PNS/Honorar	169	30
4	Kontrak	111	19
5	CPNS	17	3
Total		576	100

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008

Tabel 3.5.2. Keadaan Tenaga Menurut Jenis Kepegawaian

No	Jenis Tenaga	Jumlah (orang)	Persentase (%)
1	Tenaga Medis	61	11
2	Tenaga Paramedis Perawatan & Non Perawatan	334	58
3	Tenaga Non Medis	181	31
Total		576	100

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008

### 3.6. Pengelolaan Keuangan

Keuangan rumah sakit berasal dari 2 sumber yaitu Pendapatan BLUD dan Subsidi. Anggaran subsidi diperoleh dari Pemerintah Daerah Provinsi DKI Jakarta yang dipakai untuk belanja pegawai, pembelian inventaris medis dan non medis serta sebagian belanja operasional rumah sakit seperti jasa *cleaning service*. Sedangkan anggaran BLUD diperoleh dari pendapatan operasional pelayanan rumah sakit dan beberapa sumber lain seperti retribusi sewa tempat oleh pihak III, pengelolaan diklat.

Tabel 3.6.1. Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja  
Periode Juli – September 2009

No	Uraian kegiatan	Juli	Agustus	September
<b>PENERIMAAN</b>				
1	Penerimaan Operasional	5,056,383,609	2,427,632,631	3,519,574,833
2	Penerimaan Non Operasional	200,765,665	380,720,073	372,056,353
3	Pendapatan Subsidi	1,669,329,235	1,530,437,359	1,463,017,415
<b>Total Pendapatan</b>		<b>6,926,478,509</b>	<b>4,338,790,063</b>	<b>5,354,648,601</b>
<b>BIAYA</b>				
1	Biaya Operasional	2,549,398,829	4,344,008,160	4,667,595,717
	Belanja Pegawai	1,346,081,828	1,734,318,106	2,267,437,922
	• Belanja Barang dan Jasa	1,203,317,001	2,609,690,054	2,400,157,795
	• Biaya Pengembangan			
	SDM	12,475,000	6,550,000	19,025,000
	• Belanja Pemeliharaan	14,522,000	125,376,317	35,904,900
2	Biaya Non Operasional	198,455,953	378,541,246	368,847,415
3	Belanja Subsidi	1,669,329,235	1,477,521,359	1,463,017,415
<b>Total Biaya</b>		<b>4,417,184,017</b>	<b>6,200,070,765</b>	<b>6,499,460,547</b>
<b>S I L P A</b>		<b>2,509,294,492</b>	<b>(1,914,196,702)</b>	<b>(1,144,811,946)</b>

Sumber : Laporan Realisasi Anggaran Pendapatan dan Belanja Periode Juli-September 2009

### 3.7. Rawat Inap

Ruang perawatan di RSUD Budhi Asih dibedakan sesuai dengan pelayanan yang diberikan yaitu Ruang Perawatan Anak, Ruang Perawatan Perinatologi, Ruang Perawatan Dewasa Infeksi dan Non Infeksi, Ruang Perawatan Bedah, Perawatan Kebidanan dan Ruang Perawatan Intensif. Berdasarkan kelasnya, ruang perawatan dibagi menjadi VIP, Kelas I, Kelas II, dan Kelas III yang merupakan ruang dengan Tempat Tidur (TT) terbanyak.

Jumlah tempat tidur yang tersedia di RSUD Budhi Asih hingga September 2009 adalah sebanyak 226 TT. Adapun komposisi TT rawat inap tersebut yaitu :

Tabel 3.7.1. Komposisi Tempat Tidur (TT) Rawat Inap

No	Klasifikasi TT	Jumlah (TT)	Persentase (%)
1	VIP	4	2
2	Kelas I	6	3
3	Kelas II	42	19
4	Kelas III	156	69
5	ICU	4	2
6	Perinatologi	14	6
Total		226	100

Sumber : Admisi RSUD Budhi Asih

Tabel 3.7.2. Kegiatan Rawat Inap RSUD Budhi Asih Jakarta  
Periode Januari - September 2009

No	Kategori	Total
1	Jumlah Pasien Masuk	10617
2	Jumlah pasien dirawat	10758
3	Jumlah pasien keluar	10616
4	Jumlah kematian	488
5	Jumlah kematian >48 jam	262
6	Gross Death Rate (GDR)(%)	4,6
7	Nett Death Rate (NDR) (%)	2,5
8	Length Of Stay (LOS)	4,4 hari
9	Bed Occupation Rate (BOR)	53,3
10	Bed Turn Over (BTO)	41,8
11	Turn Over Interval (TOI)	4,1 hari

Sumber : Unit Rekam Medis RSUD Budhi Asih Jakarta

### 3.8. Rawat Jalan

Rawat Jalan terdiri dari pelayanan Poliklinik Spesialis, Poliklinik Subspesialis, IGD, Kamar Operasi dan Kamar Persalinan. Jadwal buka poliklinik yaitu :

Senin – Kamis	Pukul 07.00 – 11.00 WIB
Jumat – Sabtu	Pukul 07.00 – 10.00 WIB

Tabel 3.8.1. Kunjungan Rawat Jalan RSUD Budhi Asih  
Periode Januari - September 2009

No	Poliklinik	Jumlah	%
1	Penyakit Dalam	18815	12.3
2	Bedah	11280	7.4
3	Kesehatan Anak	14388	9.4
4	Obs & Gynekologi	8751	5.7
5	Jantung	4935	3.2
6	THT	7996	5.2
7	Mata	11091	7.2
8	Kulit dan Kelamin	9539	6.2
9	Gigi dan Mulut	6306	4.1
10	Paru-paru	10406	6.8
11	Neurologi	4632	3.0
12	Rehabilitasi Medik	12176	7.9
13	Unit Gawat Darurat	32902	21.5
TOTAL		153217	100

Sumber : Unit Rekam Medis RSUD Budhi Asih Jakarta

### 3.9. Kegiatan Penunjang Medis

Kegiatan penunjang medis merupakan kegiatan yang menunjang pelayanan yang diberikan kepada pasien melalui bantuan bagi diagnose dan bantuan pada rawat inap. Unit penunjang medis yang ada di RSUD Budhi Asih yaitu Instalasi Laboratorium yang buka 24 jam, Instalasi Radiologi buka 24 jam, Instalasi Gizi, Instalasi Farmasi, Instalasi Electro Diagnostik dan Therapy Alternatif serta Instalasi Kamar Jenazah dan Gas Medis.

Tabel 3.9.1. Volume Kegiatan Instalasi Penunjang Medis RSUD Budhi Asih  
Periode Januari - September 2009

No	Instalasi	Jumlah
1	Radiologi	13045
2	Gizi	709
3	EDTA	10818
4	Haemodialisa	829

Sumber : Unit Rekam Medis RSUD Budhi Asih Jakarta

Tabel 3.9.2. Laporan Penulisan Resep pada Rawat Inap

No	Jenis Pemeriksaan	2007	2008
1	Obat Generik	7.356	102.894
2	Non Generik	18.601	141.718
3	Obat Non Generik di luar Formularium	0	0
Total		25.957	244.612

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008

Tabel 3.9.3. Laporan Penulisan Resep pada Rawat Jalan

No	Jenis Pemeriksaan	2007	2008
1	Obat Generik	19.862	465.870
2	Non Generik	18.361	711.225
3	Obat Non Generik di luar Formularium	0	0
Total		38.223	1.177.095

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008

Tabel 3.9.4. Hasil Kegiatan Pemeriksaan Laboratorium

No	Jenis Pemeriksaan	2007	2008
1	Kimia I	42.260	43.084
2	Kimia II	36.378	37.290
3	Gula Darah	27.559	37.679
4	Hematologi I	425.797	358.528
5	Hematologi II	10.169	11.150
6	Serologi	17.178	17.268
7	Bakteriologi	1.945	2.433
8	Liquor	0	0
9	Transudat/Exsdat	0	0
10	Urine	11.931	11.195
11	Tinja	4.145	3.412
12	Analisa Gas Darah	9.987	9.123
13	Mikrobiologi	841	886
14	Narkoba	2.233	1.527
15	Hematisis	2.303	1.474
Total		592.726	535.049

Sumber : Laporan Tahunan RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2008

Tabel 3.9.5. Sepuluh Penyakit Terbesar RSUD Budhi Asih Jakarta  
Periode Januari - September 2009

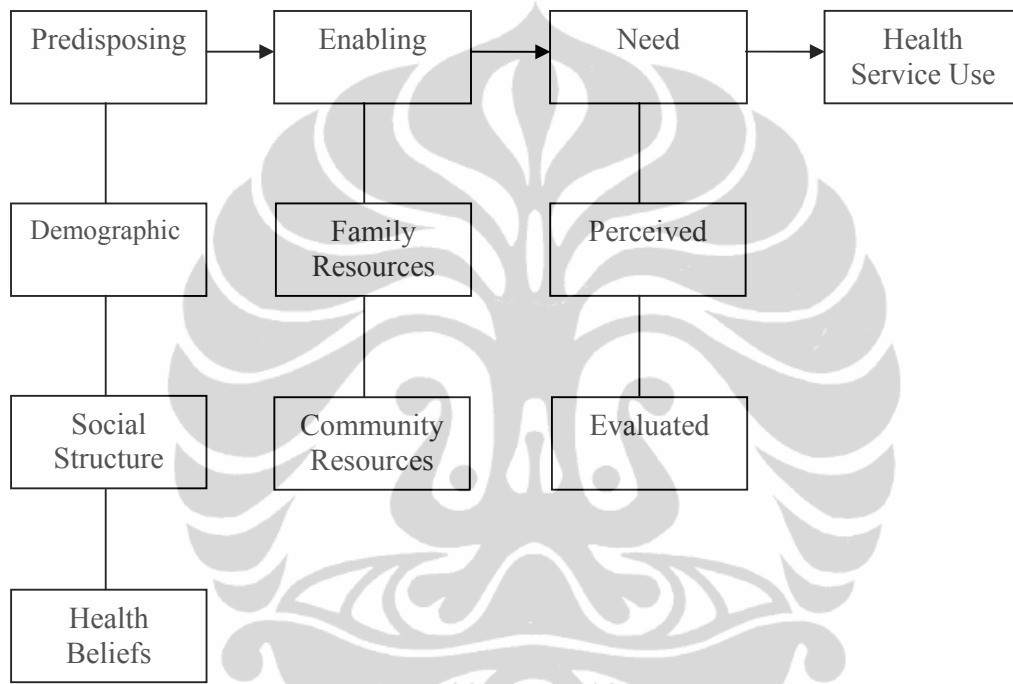
No	Nama Diagnosa	Jumlah	%
1	<i>Supervision of normal pregnancy</i>	6855	17
2	<i>Hypertensi</i>	6108	15
3	<i>Non Insulin Dependent Diabetes Mellitus</i>	5689	14
4	<i>Tuberculosis of Lung, confirmed by Culture Only</i>	4825	12
5	<i>Low back pain</i>	3979	10
6	<i>Soft Tissue disorder related to use, overuse and pressure</i>	3116	8
7	<i>Acne vulgaris</i>	2752	7
8	<i>Senile cataract</i>	2711	7
9	<i>Dyspepsia</i>	2676	6
10	<i>Influenza due to identified influenza virus</i>	2531	6
Total		41242	100

Sumber : Unit Rekam Medis RSUD Budhi Asih Jakarta

**BAB IV**  
**KERANGKA TEORI DAN KERANGKA KONSEP**

**4.1. Kerangka Teori**

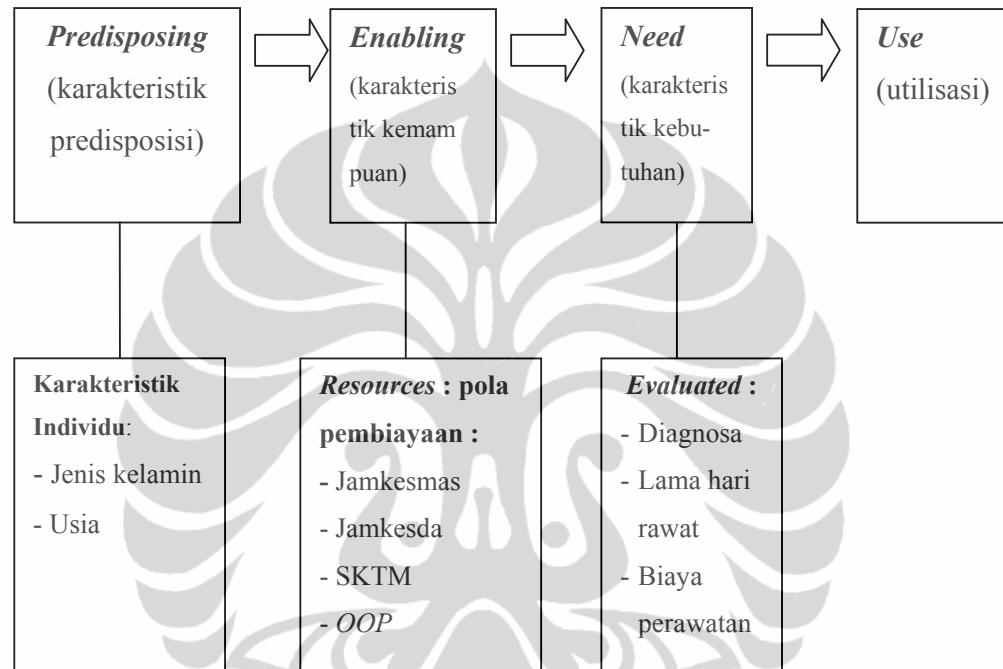
Teori yang digunakan untuk mendukung penelitian ini adalah teori Model Andersen (1975). Secara ringkas, teori tersebut disusun dalam bentuk kerangka sebagai berikut :



**Sumber :** Soekidjo Notoatmodjo, 2007. Ronald Andersen, Joanna Kravits, Odia W. Andersen (1975). *Equity in Health Service*.

#### 4.2. Kerangka Konsep

Berdasarkan uraian pustaka model Andersen (1975) yang menjadi dasar pada kerangka teori penelitian ini seperti yang telah dijabarkan sebelumnya, maka disusunlah kerangka konsep pemanfaatan rawat inap kelas III, sebagai berikut :





### 4.3. Definisi Operasional

#### 4.3.1. *Predisposing*

##### Karakteristik individu

- Jenis kelamin: jenis seksual berdasarkan penampilan secara fisik.
  - Alat ukur: telaah dokumen sekunder
  - Skala ukur: nominal
  - Hasil ukur: 1. Laki-laki 2. Perempuan
- Usia adalah selisih waktu antara waktu lahir dengan ulang tahun yang terakhir.
  - Alat ukur: telaah dokumen sekunder
  - Skala ukur: nominal
  - Hasil ukur: 1. > 20 tahun
    - 2. 21-30 tahun
    - 3. 31-40 tahun
    - 4. < 40 tahun

#### 4.3.2 *Enabling*

##### Pola Pembiayaan

- a. Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS)
 

Adalah pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan yang sumber pembiayaannya berasal dari program bantuan sosial Pemerintah Pusat yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.
- b. Jaminan Kesehatan Daerah (JAMKESDA)
 

Adalah Pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan yang sumber pembiayaannya berasal dari program bantuan sosial Pemerintah Daerah yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.
- c. Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM)
 

Adalah Pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan yang sumber pembiayaannya berasal dari program bantuan sosial Pemerintah Daerah yang diperuntukkan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu dengan kontribusi *cost sharing* yang besarnya dinegosiasikan oleh rumah sakit sesuai dengan kondisi pasien dan hasil investigasi rumah sakit.

d. *Out Of Pockets (OOP)*

Adalah Pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan yang sumber pembiayaannya berasal dari pasien itu sendiri.

#### 4.3.3 *Evaluated*

Riwayat perawatan

- Diagnosis adalah kesimpulan dari anamnesis pemeriksaan klinis dan pemeriksaan penunjang lainnya.
  - Alat ukur: telaah dokumen sekunder
- Lama hari rawat adalah rata-rata lama pasien dirawat.
  - Alat ukur: telaah dokumen sekunder
  - Skala ukur: nominal
  - Hasil ukur: satuan hari
- Biaya perawatan adalah besar biaya perawatan dari suatu penyakit.
  - Alat ukur : telaah dokumen standar
  - Skala ukur : ratio
  - Hasil ukur : rupiah

#### 4.3.4 *Use (utilisasi)*

Utilisasi adalah pemanfaatan pelayanan kesehatan di rumah sakit yang dipergunakan oleh pasien, termasuk trend penyakit, perbandingan manajemen pengobatan serta pola pembiayaan pelayanan kesehatan.

**BAB V**  
**METODOLOGI PENELITIAN**

**5.1 Rancangan Penelitian**

Penelitian ini merupakan penelitian operasional. Menurut Julian (2008), metode penelitian operasional merupakan salah satu pendekatan untuk mengatasi permasalahan operasional di lapangan, yang meliputi metode analisis kualitatif dan kuantitatif yang bersifat deskriptif analitik untuk mendapatkan gambaran pemanfaatan rawat inap di kelas III Rumah Sakit Umum Budhi Asih tahun 2009 melalui data sekunder (telaah dokumen).

**5.2 Waktu dan Lokasi Penelitian**

Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Budhi Asih, Cawang pada bulan Mei – Juni 2010.

**5.3 Populasi dan Sampel Penelitian**

**5.3.1 Populasi Penelitian dan Populasi Target**

Populasi penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap kelas III RSUD Budhi Asih. Sedangkan populasi target yaitu seluruh pasien rawat inap kelas III yaitu pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *Out Of Pocket* pada tahun 2009.

1.3.2 Sampel

Sampel dalam penelitian ini adalah populasi target yang akan diambil menggunakan sistem acak stratifikasi dengan rumus sebagai berikut :

$$n = \frac{Z^2 1 - \alpha / 2 \sum_{h=1}^L [N_h^2 P_h (1 - P_h)] / W_h}{N^2 d^2 + Z^2 1 - \alpha / 2 \sum_{h=1}^L N_h P_h (1 - P_h)}$$

Keterangan :

$n$  = besar sampel penelitian

$d$  = tingkat kepercayaan/ketepatan yang diinginkan ; 0,05

$p$  = asumsi proporsi individu dalam strata ; 0,5

$q$  = proporsi populasi tanpa atribut (1-p) ; 0,5

$Z^2_{1-\alpha/2}$  = nilai baku distribusi normal pada koefisien/derajat kepercayaan yang diinginkan 95%, yaitu sebesar 1,96.

$W_h$  = fraksi dari observasi yang dialokasikan pada strata ke  $h$   
(Jamkesmas 0,1 ; jamkesda 2,6 ; SKTM 1,5 ; *OOP* 5,8)

$N$  = besar populasi ; 11.659 (Jamkesmas 52 ; jamkesda 3.080 ; SKTM 1.756 ; *OOP* 6.771)

Berdasarkan perhitungan diatas, diperoleh total sampel minimum sebesar 372 orang. Angka tersebut kemudian dibagi rata menjadi 4 bagian yaitu untuk pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP* sehingga diperoleh jumlah sampel minimum per jenis pasien sebesar 93 orang. Akan tetapi, untuk pasien Jamkesmas, karena jumlah pasien yang tersedia hanya 52 orang maka untuk jenis pasien jamkesmas hanya akan diambil total yaitu 52 orang dan pasien lainnya jumlah sampel dikenakan masing-masing menjadi 95. Sehingga total sampel minimum yang akan diambil sebanyak 337 orang.

#### 5.4 Pengumpulan Data

Pengumpulan data untuk kepentingan penelitian ini dilakukan melalui pengambilan data sekunder pada periode 1 (satu) tahun . Data diperoleh dari unit rekam medik RSUD Budhi Asih berupa data jumlah kunjungan pasien, 10 penyakit terbanyak, BOR, dan LOS pada pasien kelas III yaitu pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan dengan pembayaran menggunakan pola pembiayaan Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *Out Of Pocket / OOP*.

#### 5.5 Analisis Data

Analisa data dilakukan dengan menganalisis data sekunder yang telah dikumpulkan, mendeskripsikan data menjadi sebuah informasi yang mudah

dipahami dan menganalisis sebab akibat dari informasi yang ada serta melakukan *crosscheck* dengan peraturan dan teori yang reliabel.



## BAB VI

### HASIL PENELITIAN

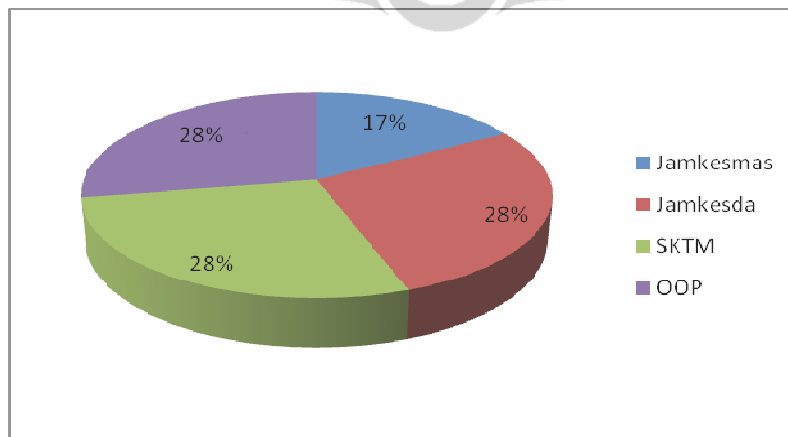
#### 6.1 Pelaksanaan Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Umum Budhi Asih, Cawang dengan pengambilan data berupa data sekunder yang dimulai pada bulan Mei-Juni 2010, untuk mendapatkan gambaran utilisasi rawat inap kelas III di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta tahun 2009. Penelitian ini merupakan penelitian operasional yang berupa telaah dokumen.

#### 6.2 Kualitas Data

Data yang digunakan dalam penelitian ini adalah pengambilan data sekunder pada periode 1 (satu) tahun terakhir yang diperoleh dari rekam medis dan sistem informasi manajemen (SIM) RSUD Budhi Asih. Data yang diperoleh berupa data jumlah kunjungan pasien, 10 penyakit terbanyak, BOR, dan LOS pada pasien kelas III yaitu pasien yang menggunakan pelayanan kesehatan dengan pembayaran yang menggunakan pola pembiayaan Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *Out Of Pocket*.

Populasi pada penelitian ini adalah seluruh pasien rawat inap kelas III RSUD Budhi Asih dengan jumlah populasi sebanyak 11.659 pasien. Jumlah masing-masing populasi dari Peserta Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan OOP tampak pada gambar 6.1 dibawah ini.



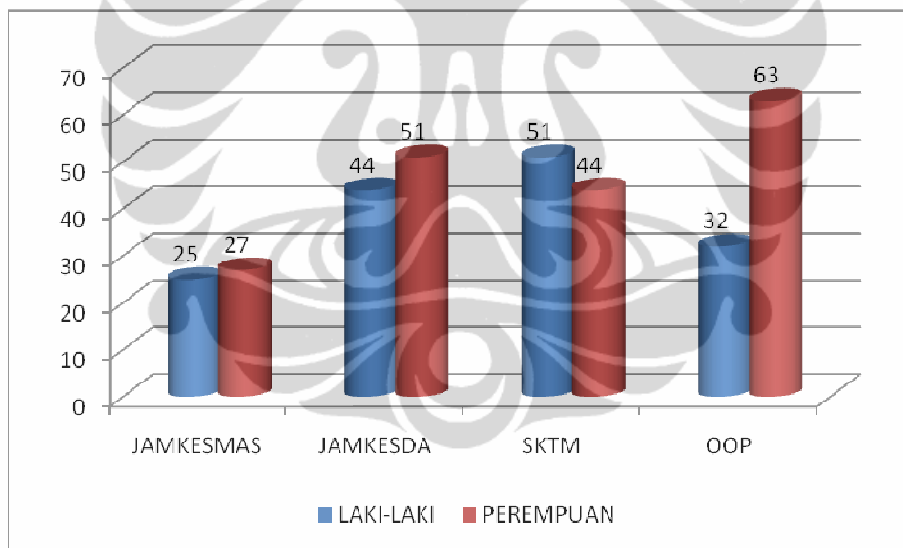
Gambar 6.2. Populasi Pasien Rawat Inap Kelas III

Sampel responden pada penelitian ini diperoleh dari total sampel minimum sebesar 331 orang. Angka tersebut kemudian dibagi rata menjadi 4 bagian yaitu untuk pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP* sehingga diperoleh jumlah sampel minimum per jenis pasien sebesar 93 orang. Akan tetapi, untuk pasien Jamkesmas, karena jumlah pasien yang tersedia hanya 56 orang maka untuk jenis pasien jamkesmas hanya akan diambil total yaitu 56 orang. Sehingga total sampel minimum yang akan diambil sebanyak 331 orang. Untuk sample Jamkesda, SKTM dan *OOP* masing-masing dikenakan menjadi 95 sehingga total keseluruhan sampel sebanyak 337 orang.

### 6.3. Distribusi Karakteristik Responden

#### 6.3.1. Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil analisis data pada 337 responden Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP* menurut jenis kelamin diperoleh proporsi sebagai berikut :



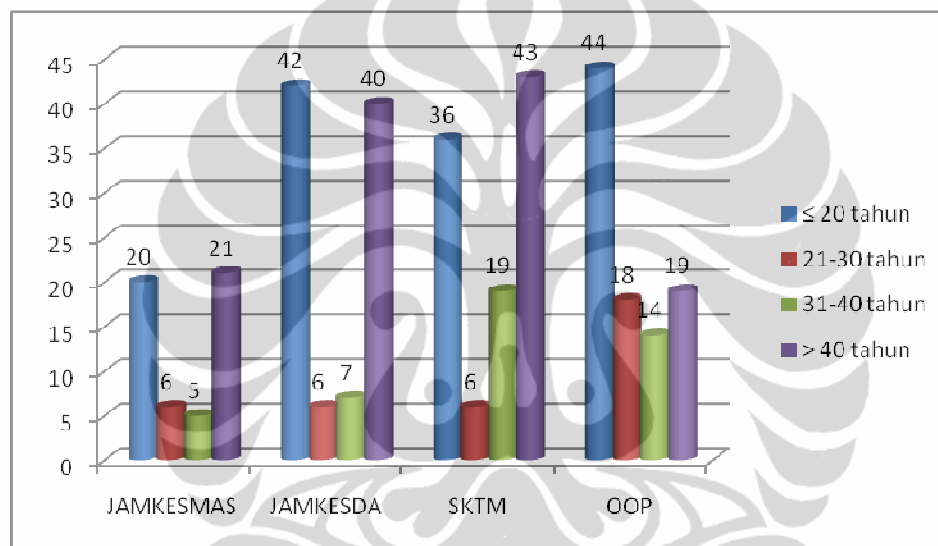
Gambar 6.3.1. Distribusi Responden Menurut Jenis Kelamin

Hasil gambar tersebut menunjukkan bahwa jenis kelamin pada peserta Jamkesmas sedikit lebih banyak pada peserta perempuan yaitu 27 responden sedangkan laki-laki berjumlah 25 responden. Pada pasien Jamkesda lebih dominan pada jenis kelamin Perempuan sebanyak 51 responden. Sedangkan yang berjenis kelamin laki-laki ada sebanyak 44 responden. Pada peserta SKTM, responden lebih dominan yaitu berjenis kelamin laki-laki sebanyak 51 responden

sedangkan pada perempuan ada sebanyak 44 responden. Untuk peserta *OOP*, responden yang lebih dominan adalah berjenis kelamin perempuan sebanyak 63 responden, sedangkan pada berjenis kelamin laki-laki ada sebanyak 32 responden.

### 6.3.2. Usia

Distribusi variabel usia responden pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* dikategorikan berdasarkan empat kategori yaitu  $\leq 20$  tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun,  $< 41$  tahun.



Gambar 6.3.2. Distribusi Responden Menurut Usia

Berdasarkan gambar 6.3 di atas tampak bahwa pada peserta Jamkesmas responden dominan berusia  $< 40$  tahun yaitu sebanyak 21 responden, pada peserta Jamkesda terlihat bahwa responden lebih dominan berusia  $\leq 20$  tahun yaitu sebanyak 42 responden, peserta SKTM terlihat bahwa responden lebih dominan yaitu pada peserta berusia  $> 40$  tahun yaitu sebanyak 43 responden, dan pada peserta *OOP* terlihat bahwa responden lebih dominan yaitu pada usia  $\leq 20$  tahun yaitu sebanyak 44 responden.



### 6.3.3. Sepuluh Penyakit Terbanyak

Analisis sepuluh penyakit terbanyak pada responden yang diklasifikasikan berdasarkan pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* tampak pada beberapa tabel di bawah ini :

Tabel 6.3.3.1. Penyakit Terbanyak Pasien Jamkesmas

No	Nama Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	15	29
2	<i>Diabetes Melitus</i>	3	6
3	<i>Instrumented Bones Surgery</i>	3	6
4	<i>HHD</i>	2	4
5	<i>Gastroenteritis</i>	2	4
6	Dan lain-lain	27	51

Pada pasien Jamkesmas yang diambil sebanyak 52 responden diambil 5 (lima) penyakit terbanyak dikarenakan sejumlah penyakit lainnya hanya terdapat 1 penyakit dari keseluruhan responden sehingga tidak dapat dirangking, dan dimasukkan kedalam 10 penyakit terbanyak. Penyakit terbanyak pada pasien Jamkesmas yang pertama adalah *Dengue Haemorrhagic Fever*.

Tabel 6.3.3.2. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien Jamkesda

No	Nama Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	26	27
2	<i>Malnutrition</i>	9	9
3	<i>Gastro Enteritis</i>	7	7
4	<i>Pseudofakia</i>	6	6
5	<i>Cerebro vaskular disease</i>	6	6
6	<i>Thypoid</i>	5	5
7	<i>Hepatitis</i>	4	4
8	<i>Hipertension</i>	3	3
9	<i>Tuberculosis</i>	2	2
10	<i>Liver Function Disorder</i>	2	2

Berdasarkan analisis sepuluh penyakit terbanyak pada 95 pasien Jamkesda diperoleh penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever* sebagai penyakit terbanyak peringkat pertama.

Tabel 6.3.3.3 Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien SKTM

No	Nama Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Cerebro Vascular Disease</i>	11	11
2	<i>Gastro Enteritis</i>	9	9
3	<i>Blood Bacterial Infection</i>	9	9
4	<i>Thypoid</i>	7	7
5	<i>Tuberculosis</i>	6	6
6	<i>Hernia Inguinalis Lateralis</i>	5	5
7	<i>Urinary Tract Infection</i>	5	5
8	<i>Anemia</i>	5	5
9	<i>Diabetes Mellitus</i>	4	4
10	<i>Appendicitis</i>	2	2

Pasien Jamkesmas yang diambil sebanyak 95 orang menghasilkan penyakit *Cerebro vascular Disease* sebagai penyakit terbanyak peringkat utama yaitu 9 orang.

Tabel 6.3.3.4. Sepuluh Penyakit Terbanyak Pasien *Out Of Pockets*

No	Nama Penyakit	Frekuensi	Persentase (%)
1	<i>Gastro Enteritis</i>	22	22
2	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	13	13
3	Partus Spontan	12	12
4	<i>Sectio Caesarea</i>	12	12
5	<i>Diabetes Melitus</i>	7	7
6	Sepsis	6	6
7	<i>Thypoid</i>	4	4
8	<i>Cerebro Vascular Disease</i>	2	2
9	Infeksi Saluran Kemih	2	2
10	<i>Hypertensi</i>	2	2

Pada pasien *Out Of Pockets* yang diambil sebanyak 95 responden pada tahun 2009 memiliki penyakit terbanyak pertama adalah penyakit *Gastro Enteritis*.

#### 6.3.4. Lama Hari Rawat

Pengkategorian lama hari rawat (LOS) dikelompokkan berdasarkan normalnya lama hari rawat yaitu 3-5 hari. Sedangkan lama hari rawat yang dikategorikan tidak normal yaitu lama hari rawat 1-2 hari dan  $\geq 6$  hari. Distribusi peserta Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, *OOP* menurut lama hari rawat tampak pada tabel dibawah ini.

Tabel 6.3.4.1 Distribusi Responden Menurut Lama Hari Rawat

LOS (Hari)	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	<i>OOP</i>
1-2	3	31	12	21
%	(5,77)	(32,63)	(12,63)	(22,11)
3-5	20	38	30	40
%	(38,46)	(40%)	(31,58)	(42,11)
$\geq 6$	29	26	48	63
%	(55,77)	(27,37)	(50,53)	(66,32)
Jumlah (%)	52 (100%)	95 (100%)	95 (100%)	95 (100%)
Rata-rata LOS	8 hari	5 hari	7 hari	8 hari

Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa pada pasien Jamkesmas terdapat 20 (38,46%) responden yang memiliki LOS normal, sedangkan responden yang memiliki LOS tidak normal adalah sebanyak 32 (61,54%) responden, dan rata-rata LOS yaitu 8 hari. Pada pasien Jamkesda terdapat 38 (40%) responden yang memiliki LOS normal dan 57 (60%) responden memiliki LOS yang tidak normal, dengan rata-rata LOS yaitu 5 hari. Pada pasien SKTM, jumlah responden yang memiliki LOS normal adalah sebanyak 30 (31,58%) responden dan responden yang memiliki LOS tidak normal adalah 60 (63,16%) responden, rata-rata LOS yaitu 7 hari. Pada pasien *OOP*, jumlah responden yang memiliki LOS normal adalah sebanyak 40 (42,11%) responden, sedangkan responden yang memiliki LOS tidak normal adalah 52 (57,89%), rata-rata LOS yaitu 8 hari. Dari tabel

diasas tampak bahwa rata-rata LOS terbesar ada terdapat pada peserta Jamkesmas, dan OOP yaitu sebanyak 8 hari.

#### 6.4. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Karakteristik Responden

##### 6.4.1 Gambaran Umum Biaya Rawat Inap

Berdasarkan hasil analisis biaya rawat inap yang diambil dari 337 responden diperoleh bahwa total biaya rawat inap keseluruhan selama Tahun 2009 adalah Rp 824.021.927,00. Nilai tersebut terbagi menjadi 4 (empat) jenis pasien yaitu pasien Jamkesmas 52 responden, Jamkesda 95 responden, SKTM 95 responden, dan OOP 95 responden.

Tabel 6.4.1.1. Distribusi Responden Menurut Biaya Rawat Inap

	<b>Jamkesmas</b>	<b>Jamkesda</b>	<b>SKTM</b>	<b>OOP</b>
<b>Total Biaya</b>	135.804.171	251.508.675	325.233.882	111.475.199
<b>Total Biaya/ Pasien</b>	2.611.619	2.647.460	3.423.515	1.173.423

Biaya rawat inap untuk pasien Jamkesmas adalah sebesar 16% (Rp.135.804.171,00) dari total biaya rawat inap. Rata-rata biaya per pasien per tahun adalah sejumlah Rp.2.611.619,00. Biaya rawat inap untuk pasien Jamkesda adalah sebesar 31% (Rp.251.508.675,00) dari total biaya rawat inap. Perhitungan biaya rawat inap per pasien per tahun adalah Rp 2.647.460,00 . Untuk pasien yang menggunakan Surat Keterangan Tidak Mampu (SKTM) memiliki proporsi biaya rawat inap sebesar 39% (Rp.325.233.882,00) dari total biaya rawat inap pada tahun 2009. Biaya rawat inap pada pasien *Out Of Packets (OOP)* sebanyak 14% (Rp.111.475.199,00) dari total biaya rawat inap secara keseluruhan. Dilihat secara rata-rata, jumlah biaya rawat inap yang digunakan oleh setiap pasien *OOP* setiap tahunnya adalah sebesar Rp.1.173.423,00 .

Pada pasien SKTM, biaya rawat inap tidak sepenuhnya ditanggung oleh rumah sakit, melainkan 25% ditanggung oleh pasien dan 75% ditanggung oleh Rumah Sakit. Proporsi biaya menurut penanggungjawab biaya pada pasien SKTM dapat dilihat pada tabel berikut ini.

**Universitas Indonesia**

Tabel 6.4.1.2. Tabel Proporsi Biaya Menurut Penanggung Jawab Biaya pada SKTM

<b>Pasien SKTM</b>			
	<b>Pasien</b>	<b>Pemerintah</b>	<b>Total</b>
<b>Total Biaya</b>	81.308.471	243.925.412	325.233.882
<b>Biaya/Pasien/Thn</b>	855.879	2.567.636	3.423.515

Total biaya rawat inap pasien SKTM tersebut diklasifikasikan menjadi biaya yang ditanggung oleh pasien yaitu Rp.81.308.471,00 dan biaya yang ditanggung rumah sakit yaitu Rp.243.925.412,00. Analisis biaya rawat inap pasien SKTM per pasien per tahun adalah Rp.3.423.515,00 dimana jumlah yang ditanggung pasien sebesar Rp.855.879,00 dan ditanggung rumah sakit sebesar Rp.2.567.636,00.

#### 6.4.2 Gambaran Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin

Tabel 6.4.2.1 Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin

	<b>Jamkesmas</b>	<b>Jamkesda</b>	<b>SKTM</b>	<b>OOP</b>	<b>Total</b>
<b>Laki-Laki</b>	69.638.059	102.640.000	131.203.113	27.536.189	331.017.361
<b>Perempuan</b>	66.166.112	148.868.675	194.030.769	83.939.010	493.004.566
<b>Total</b>	135.804.171	251.508.675	325.233.882	111.475.199	824.021.927

Berdasarkan tabel tersebut terlihat bahwa pada pasien Jamkesmas berjenis kelamin laki-laki telah menggunakan Rp.69.638.059,00 dan pasien berjenis kelamin perempuan telah menggunakan Rp.66.166.112,00 untuk biaya rawat inap selama tahun 2009. Pada pasien Jamkesda, laki-laki menghabiskan Rp.102.640.000,00 dan perempuan Rp.148.868.675,00.

Biaya rawat inap yang telah digunakan oleh pasien SKTM berjenis kelamin laki-laki adalah sebesar Rp.131.203.113,00 dan perempuan Rp.194.030.769,00. Pasien *OOP* laki-laki telah menggunakan Rp.27.536.189,00 dan pasien perempuan telah menggunakan Rp.83.939.010,00 untuk biaya rawat inap pada tahun 2009.

Distribusi biaya rawat inap menurut jenis kelamin yang dianalisis secara perorangan atau rata-rata tiap pasien tergambar pada tabel berikut ini.

Tabel 6.4.2.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin Per-Responden

	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	<i>OOP</i>
<b>Laki-Laki</b>	2.785.522	2.332.727	2.572.610	860.506
<b>Perempuan</b>	2.450.597	2.918.994	4.409.790	1.332.365

Berdasarkan data pada tabel diatas maka tampak bahwa biaya per-responden pada peserta Jamkesmas lebih dominan pada yang berjenis kelamin laki-laki sebesar Rp.2.785.522,00, sedangkan pada peserta Jamkesda terlihat bahwa biaya per-responden dominan yang lebih besar terletak pada berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar Rp.2.918.994,00. Pada peserta SKTM terlihat bahwa biaya per-responden lebih besar dikeluarkan oleh perempuan sebesar Rp.4.409.790,00, dan pada peserta *OOP* juga tampak bahwa biaya per-responden lebih besar pada yang berjenis kelamin perempuan yaitu sebesar Rp.1.332.365,00.

#### 6.4.3 Gambaran Biaya Rawat Inap Menurut Usia

Dari hasil kajian data sekunder didapatkan bahwa pada pasien Jamkesmas golongan usia > 40 tahun mempunyai biaya rawat inap paling tinggi, yaitu Rp. 64.506.950,00 dan pasien golongan usia 21-30 tahun menggunakan biaya rawat inap paling rendah, yaitu Rp. 12.394.900,00 selama tahun 2009. Pada pasien Jamkesda, golongan usia > 40 tahun mempunyai biaya rawat inap paling tinggi, yaitu Rp. 176.754.800,00 dan pasien golongan usia 21-30 tahun menggunakan biaya rawat inap paling rendah, yaitu Rp. 5.857.525,00. Hal serupa yang terjadi dengan jenis pasien Jamkesmas. Biaya rawat inap yang telah digunakan oleh pasien SKTM terbanyak pada golongan usia  $\leq$  20 tahun, yaitu sebesar Rp. 171.634.946,00 dan pasien golongan usia 21-30 tahun menggunakan biaya rawat inap paling rendah, yaitu Rp. 12.519.142,00. Pasien *OOP* biaya rawat inap terbanyak adalah golongan pasien usia  $\leq$  20 tahun, yaitu sebesar Rp.40.523.073,00 dan pasien golongan usia 21-30 tahun menggunakan biaya rawat inap paling rendah,Rp. 20.854.350,00 pada tahun 2009. Hal serupa yang terjadi dengan jenis pasien SKTM.

Tabel 6.4.3.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Usia

Usia (th)	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	OOP	Total
≤ 20	40.260.637	58.144.950	171.634.946	40.523.073	310.563.606
21-30	12.394.900	5.857.525	12.519.142	20.854.350	51.625.917
31-40	18.641.684	10.751.400	18.771.907	26.456.228	74.621.219
> 40	64.506.950	176.754.800	122.307.887	23.641.548	387.211.185
<b>Total</b>					824.021.927

Distribusi biaya rawat inap menurut usia yang dianalisis secara perorangan atau rata-rata tiap pasien tergambar pada tabel berikut ini.

Tabel 6.4.3.2 Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Usia Per-Responden

Usia (Tahun)	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	OOP
≤ 20	2.013.032	1.384.404	4.767.637	920.979
21-30	2.065.817	946.325	2.086.524	1.244.292
31-40	3.728.337	1.651.375	1.877.191	1.889.731
> 40	3.071.760	4.418.870	2.844.369	1.244.292

Berdasarkan data pada tabel diatas maka tampak bahwa biaya per-responden pada peserta Jamkesmas, golongan usia 31-40 mempunyai biaya rawat inap terbanyak, yaitu sebesar Rp. 3.728.337,00, sedangkan pada peserta Jamkesda terlihat bahwa biaya per-responden paling besar terletak pada pasien dengan golongan usia >40 tahun yaitu sebesar Rp. 4.418.870,00. Pada peserta SKTM terlihat bahwa biaya per-responden lebih besar dikeluarkan oleh golongan pasien usia ≤ 20 tahun, yaitu sebesar Rp. 4.767.637,00, dan pada peserta OOP juga tampak bahwa biaya per-responden paling besar pada pasien golongan usia 31-40 tahun yaitu sebesar Rp. 1.889.731,00. Sedangkan biaya rawat inap paling rendah pada pasien golongan usia ≤ 20 tahun, yaitu sebesar Rp. 920.979,00.

#### 6.4.4 Gambaran Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat

Gambaran biaya rawat inap menurut Lama hari rawat dapat terlihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 6.4.4.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat

LOS (Hari)	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	OOP	Total
1-2	8.431.102	47.091.475	34.306.365	18.331.603	108.160.545
3-5	44.588.550	54.332.150	42.632.830	35.939.979	177.493.509
≥6	82.784.519	150.085.050	248.294.687	57.203.617	538.367.873
Total	135.804.171	251.508.675	325.233.882	111.475.199	824.021.927

Hasil analisis biaya rawat inap menurut lama hari rawat menunjukkan bahwa 13% (Rp.108.160.545,00) biaya rawat inap digunakan pada pasien yang memiliki LOS 1-2 hari. Sebanyak 22% (Rp.177.493.509,00) digunakan pada pasien LOS 3-5 hari. Dan 65% (Rp.538.367.873,00) biaya rawat inap digunakan oleh pasien LOS ≥6 hari.

Pada pasien Jamkesmas yang memiliki LOS 1-2 hari telah mengeluarkan biaya sebesar Rp.8.431.102,00. Sebesar Rp.44.588.550,00 digunakan oleh pasien yang memiliki LOS 3-5 hari dan Rp.82.784.519,00 digunakan oleh pasien dengan LOS ≥6 hari. Pasien Jamkesda dengan LOS 1-2 hari telah menggunakan biaya sebesar Rp.47.091.475,00, pasien dengan LOS 3-5 hari sebesar Rp.54.332.150,00 dan pasien dengan LOS ≥6 hari telah menggunakan Rp.150.085.050,00.

Untuk pasien SKTM dengan LOS 1-2 hari telah menggunakan biaya sebesar Rp.34.306.365,00, pasien dengan LOS 3-5 hari sebesar Rp.42.632.830,00 dan pasien dengan LOS ≥6 hari telah menggunakan Rp.248.294.687,00. Untuk pasien OOP dengan LOS 1-2 hari telah menggunakan biaya sebesar Rp.18.331.603,00, pasien dengan LOS 3-5 hari sebesar Rp.35.939.979,00 dan pasien dengan LOS ≥6 hari telah menggunakan Rp.57.203.617,00.

Gambaran biaya rawat inap per responden per tahun berdasarkan kelompok lama hari rawat dapat terlihat pada tabel di bawah ini.



Tabel 6.4.4.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat Per-Responden

LOS (Hari)	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	OOP	Rata-rata
1-2	2.810.367	1.637.797	2.018.021	872.933	1.834.779
3-5	2.234.058	1.429.793	1.421.094	898.499	1.495.861
≥6	2.854.639	5.772.502	5.172.806	1.682.459	3.870.601

Berdasarkan tabel terlihat bahwa pada semua jenis pasien, golongan lama hari rawat 3-5 hari adalah paling banyak diterima oleh pasien, kecuali pada pasien jenis OOP.

#### 6.4.5 Gambaran Biaya Rawat Inap Menurut Pola Penyakit

Analisis biaya rawat inap menurut pola penyakit pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP* teruraikan pada tabel dan deskripsi di bawah ini.

Tabel 6.4.5.1. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesmas Menurut Pola Penyakit

No	Nama Penyakit	Biaya	N	Biaya/pasien
1	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	28.738.125	15	1.915.875
2	<i>Diabetes Mellitus</i>	7.530.660	3	2.510.220
3	<i>Instrumented Bones Surgery</i>	9.288.982	3	3.096.327
4	<i>Hipertensi Heart Disease</i>	8.841.245	2	4.420.623
5	<i>Gastroenteritis</i>	2.610.256	2	1.305.128

Analisis biaya rawat inap pasien Jamkesmas menurut Pola Penyakit menghasilkan bahwa penyakit terbanyak pertama *Dengue Haemorrhagic Fever* menghabiskan biaya sebanyak Rp.28.738.125,00 dan setiap pasien menghabiskan biaya Rp1.915.875,00. Sedangkan diantara lima penyakit tersebut yang mengeluarkan biaya terendah adalah *gastroenteritis* sebanyak Rp.2.610.256,00 dan Rp.1.305.128,00 per pasien.

Tabel 6.4.5.2. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesda Menurut Pola Penyakit

No	Nama Penyakit	Biaya	N	Biaya/pasien
1	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	34.801.750	26	1.338.529
2	<i>Malnutrition</i>	18.913.100	9	2.101.456
3	<i>Gastroenteritis</i>	22.952.278	7	3.278.897
4	<i>Pseudofakia</i>	11.837.530	6	1.972.922
5	<i>Cerebro vaskular disease</i>	37.781.404	6	6.296.901
6	<i>Thypoid</i>	6.400.558	5	1.280.112
7	Hepatitis	5.235.589	4	1.308.897
8	<i>hypertensi</i>	25.514.957	3	8.504.986
9	<i>Tuberculosis</i>	14.112.051	2	7.056.026
10	<i>Liver Function disorder</i>	8.023.400	2	4.011.700

Berdasarkan tabel 6.10 tersebut terlihat bahwa penyakit yang mengeluarkan biaya terbesar adalah penyakit *Cerebral Vascular Disease* sejumlah Rp.37.781.404,00. Sedangkan penyakit yang mengeluarkan biaya terendah adalah penyakit hepatitis sebanyak Rp.5.235.589,00.

Tabel 6.4.5.3. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien SKTM Menurut Pola Penyakit

No	Nama Penyakit	Biaya	N	Biaya/pasien
1	<i>Cerebral Vascular Disease</i>	116.820.842	9	10.620.076
2	<i>Gastroenteritis</i>	36.083.988	8	2.101.456
3	<i>Blood Bacterial Infection</i>	8.670.197	7	1.734.039
4	<i>Typoid</i>	7.742.580	6	1.972.922
5	<i>Tuberculosis</i>	20.819.645	5	6.296.901
6	<i>Hernia Inguinalis Lateralis</i>	13.901.231	4	1.280.112
7	<i>Urinary Tract Infection</i>	21.745.120	4	1.308.897
8	<i>Anemia</i>	18.572.440	3	8.504.986
9	<i>Diabetes Mellitus</i>	17.250.718	2	7.056.026
10	<i>Appendicitis</i>	5.096.205	2	2.548.102

Hasil analisis biaya rawat inap pasien SKTM menurut pola penyakit menghasilkan bahwa penyakit yang menghabiskan biaya terbesar adalah penyakit *Cerebral Vascular Disease* dengan biaya Rp.116.820.842, Sedangkan penyakit yang menghabiskan biaya terkecil dari 10 penyakit tersebut adalah *Appendicitis* dengan biaya Rp.5.096.205,00.

Tabel 6.4.5.4. Distribusi Biaya Rawat Inap Pasien *OOP* Menurut Pola Penyakit

No	Nama Penyakit	Biaya	N	Biaya/pasien
1	<i>Gastroenteritis</i>	14.165.172	22	643.871
2	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	8.584.484	13	660.345
3	<i>Partus Spontan</i>	10.031.227	12	835.936
4	<i>Sectio Caesarea</i>	25.821.657	12	2.151.805
5	<i>Diabetes Mellitus</i>	9.852.485	7	1.407.498
6	<i>Sepsis</i>	5.872.535	6	978.756
7	<i>Thypoid</i>	6.069.318	4	1.517.330
8	<i>Hypertension</i>	3.736.043	2	1.868.022
9	<i>Cerebral Vascular Disease</i>	2.111.000	2	1.055.500
10	<i>Urinary Tract Infection</i>	1.771.854	2	885.927

Berdasarkan tabel tersebut, terlihat bahwa penyakit yang paling banyak mengeluarkan biaya adalah *Sectio Caesarea* yaitu sebesar Rp.25.821.657,00 dan biaya per pasien adalah Rp.2.151.805,00. Sedangkan penyakit yang paling sedikit mengeluarkan biaya adalah *Urinary Tract Infection* yaitu sebesar Rp.1.771.854,00 yang setiap pasien membutuhkan Rp.885.927,00.

Tabel 6.4.5.5. Perbandingan Biaya Rawat Inap Menurut Penyakit pada Pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan OOP (Rupiah)

No	Penyakit	Jamkesmas	Jamkesda	SKTM	OOP
1	<i>Gastroenteritis</i>	1.305.128	3.278.897	4.510.498	643.871
2	CVD	2.697.639	6.296.901	10.620.076	1.055.500
3	<i>DHF</i>	1.915.875	1.338.529	1.006.610 *	660.345
4	Diabetes Mellitus	2.510.220	5.744.825 *	8.625.359	1.407.498
5	Typoid	-	1.280.112	1.106.082	1.517.330
6	Tuberculosis	4.285.858 *	7.056.026	5.204.911	2.892.035 *
7	Hypertensi	-	8.504.986	4.152.814 *	1.868.022
8	BBI/Sepsis	-	1.303.675 *	3.278.897	978.756
9	<i>Urinary Tract Infection</i>	2.001.974 *	748.557	3.624.186	885.927

Ket : \* = jumlah sampel hanya 1 atau tidak terdapat pada trend penyakit.

Tabel di atas merupakan perbandingan rawat inap menurut penyakit pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan OOP yang diambil berdasarkan *trend* penyakit masing-masing jenis pasien. Namun ada beberapa penyakit yang tidak terdapat pada *trend* satu jenis pasien atau jumlahnya tidak lebih dari satu. Dari keseluruhan data di atas terlihat bahwa biaya perawatan terbesar adalah pada penyakit *Cerebral Vascular Disease* pada pasien SKTM sebesar Rp.10.620.076.00 sedangkan biaya rawat inap terkecil adalah pada penyakit *Urinary Tract Infection* pada pasien Jamkesda sebesar Rp. 748.557.00 .

## **BAB VII**

### **PEMBAHASAN**

#### **7.1. Keterbatasan Penelitian**

Penelitian yang telah dilakukan ini tidak terlepas dari keterbatasannya. Keterbatasan penelitian ini yaitu periode penelitian yang relatif singkat sehingga pada proses pengolahan data kurang dapat menggali informasi lebih dalam.

#### **7.2. Pembahasan**

##### **7.2.1. Gambaran Umum Pasien rawat Inap**

Dari data sekunder didapatkan bahwa jumlah total pasien rawat inap kelas III tahun 2009 adalah sebanyak 11.659 pasien. Sedangkan pada tahun 2008, jumlah total pasien rawat inap kelas III adalah sebanyak 8.483 pasien. Dengan demikian telah terjadi peningkatan pelayanan rawat inap kelas III sebanyak 37,44% dibandingkan tahun 2008.

Untuk pelayanan rumah sakit pada masyarakat miskin, yaitu pasien Jamkesmas, Jamkesda, dan SKTM, pada tahun 2009 rumah sakit telah melayani 4.888 kasus. Sedangkan pada tahun 2008, jumlah pasien keluarga miskin rawat inap kelas III sebanyak 2.533 kasus. Dengan demikian telah terjadi peningkatan sebesar 92% dibandingkan tahun 2008. Namun demikian pencapaian rumah sakit untuk pelayanan pada masyarakat miskin belum mencapai target karena berdasarkan *KPI (Key Performance Indicator)* yang telah ditetapkan dalam Renstra tahun 2008-2012 dinyatakan bahwa target keluarga miskin yang dilayani sebesar 100%. Salah satu usaha yang dapat dilakukan adalah dengan menambah kapasitas jumlah tempat tidur kelas III bagi masyarakat miskin menjadi 75% dari total tempat tidur yang tersedia, sesuai ketentuan yang dikeluarkan pemerintah.

##### **7.2.2. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap**

Gambaran mengenai pemanfaatan rawat inap diperoleh dengan menganalisis biaya rawat inap ditinjau dari jenis kelamin, usia, lama hari rawat, 10 penyakit terbanyak dan kebijakan yang mendukungnya.

Biaya rawat inap pada setiap jenis pasien menunjukkan nilai yang berbeda. Analisis biaya rawat inap menunjukkan bahwa biaya rawat inap tertinggi ada pada pasien SKTM kemudian disusul oleh pasien Jamkesda, selanjutnya adalah pasien Jamkesmas. Sedangkan biaya rawat inap terendah adalah pada pasien *OOP*. Hal ini diduga disebabkan oleh perbedaan pola pembiayaan dimana selain pasien *OOP* sudah ada kepastian akan penggantian biaya perawatan melalui klaim, akan dibahas lebih lanjut pada analisis biaya rawat inap menurut pola penyakit serta perbandingan manajemen pengobatan yang diperoleh masing-masing jenis pasien dengan diagnosa yang sama.

Untuk pelayanan pada pasien Jamkesmas, seluruh biaya ditanggung pemerintah pusat berdasarkan klaim yang diajukan oleh Rumah Sakit yang telah diverifikasi oleh tim verifikator. Tarif yang digunakan oleh rumah sakit mengacu kepada *INA-DRG casemix* dimana pemakaian obat mengacu kepada ketentuan yang telah ditetapkan antara lain menggunakan obat generik, DPHO, formularium atau penggantinya yang sesuai dengan indikasi medis. Untuk pasien Jamkesda tarif yang digunakan mengacu Paket Pelayanan Esensial Rumah Sakit (PPE RS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Provinsi DKI Jakarta.

Khusus untuk pasien SKTM, biaya rawat inap tidak sepenuhnya ditanggung oleh rumah sakit melainkan dengan *share* kepada pasien. Berdasarkan analisa data yang telah dilakukan, rata-rata 25% biaya ditanggung oleh pasien dan 75% ditanggung oleh rumah sakit. Akan tetapi, terdapat beberapa pasien yang ternyata tidak sesuai dengan analisis tersebut. Beberapa pasien terlihat tidak memberikan kontribusi apapun dalam biaya rawat inap dan beberapa pasien terlihat memberikan kontribusi yang lebih sedikit ataupun lebih banyak daripada ketentuan yang telah ditetapkan. Hal ini dapat dijelaskan, karena berdasarkan Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Berencana di Propinsi DKI Jakarta Tahun 2009 tentang Kebijakan Pembiayaan Kesehatan bahwa Pasien dengan SKTM mendapat keringanan 50%. Bila pasien tidak dapat membayar 50% dapat diringankan sampai dengan pembebasan. Tarif SKTM disini juga mengacu kepada Paket

Pelayanan Esensial Rumah Sakit (PPE RS) Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Keluarga Miskin dan Kurang Mampu di Provinsi DKI Jakarta.

Untuk pasien *OOP*, tarif ditentukan berdasarkan Peraturan Daerah Pemerintah Provinsi DKI Jakarta No.1 tahun 2006 tentang retribusi daerah. Namun demikian, pada Kejadian Luar Biasa (KLB), pasien yang berstatus *OOP*, pembiayaan perawatannya akan ditanggung oleh pemerintah.

### 7.2.3. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Jenis Kelamin

Berdasarkan analisis biaya rawat inap menurut jenis kelamin responden terlihat bahwa dari keseluruhan biaya rawat inap RSUD Budhi Asih Tahun 2010 60% berasal dari pasien perempuan dan 40% berasal dari pasien laki-laki. Apabila dibandingkan dengan komposisi responden menurut jenis kelamin yaitu perempuan sebanyak 32% dan laki-laki sebanyak 68%, dapat dijelaskan bahwa penyakit yang diderita pasien lebih cenderung kepada “penyakit terkait dengan sex” seperti pada pasien *OOP* yaitu pasien yang menderita Partus spontan dan *Sectio Caesaria*. Selain itu angka kesakitan perempuan lebih tinggi dibanding laki-laki (*HIAA*, 1997) berkaitan dengan fungsi biologis misalnya menyusui, sterilisasi, atau penyakit sehubungan dengan adanya proses kehamilan, persalinan, dan lain-lain.

Thabrany, dkk menyatakan bahwa untuk melakukan *utilization review*, diperlukan data dasar diantaranya adalah data dasar termasuk di dalamnya jenis kelamin pasien. Hal ini sangat penting mengingat adanya perbedaan resiko sakit antara perempuan dan laki-laki.

Apabila dilihat pemanfaatan biaya rawat inap menurut jenis kelamin per pasien ternyata pada pasien Jamkesmas, laki-laki memiliki biaya yang lebih tinggi daripada perempuan. Akan tetapi, pada pasien Jamkesda, SKTM dan *OOP*, perempuan lebih banyak menghabiskan biaya rawat inap dibandingkan dengan laki-laki. Hasil penelitian ini sesuai dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh *Health Insurance Association of America (HIAA)* dalam buku Thabrany, dkk menyatakan bahwa angka kesakitan perempuan lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Selain itu hasil penelitian ini juga sesuai dengan hasil penelitian Thabrany, Pujiyanto (2000) yang menyatakan bahwa dilihat dari segi kelamin, kelompok

laki-laki memiliki akses rawat inap lebih rendah (0,87 kali) dibandingkan dengan akses pada perempuan.

#### 7.2.4. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Usia

Distribusi biaya rawat inap menurut usia dikategorikan menjadi 4 kelompok usia yaitu kelompok usia <20 tahun, 21-30 tahun, 31-40 tahun, dan >41 tahun. Dari 4 (empat) kelompok usia tersebut, terlihat bahwa kelompok usia >40 tahun menghabiskan biaya rawat inap paling besar yaitu 47% dari total biaya rawat inap RSUD Budhi Asih pada tahun 2009. 38% dihabiskan oleh kelompok usia <20 tahun, 9% dihabiskan oleh kelompok usia 31-40 tahun dan biaya rawat inap terkecil dihabiskan oleh kelompok usia 21-30 tahun.

Thabrany, dkk menyatakan bahwa untuk melakukan *utilization review*, diperlukan data dasar diantaranya adalah data demografi termasuk di dalamnya usia. Hal ini sangat penting mengingat adanya perbedaan resiko sakit pada masing-masing klasifikasi usia tersebut.

Hal tersebut dapat menjelaskan bahwa kelompok usia 21-40 tahun hanya berkontribusi 15% dari total biaya rawat inap RSUD Budhi Asih Tahun 2009. Hal tersebut wajar karena kelompok usia tersebut merupakan kelompok usia muda yang produktif. Sedangkan usia >40 tahun yang memberi kontribusi paling besar yaitu 47% dapat dijelaskan karena pada usia tersebut akan muncul penyakit-penyakit yang disebabkan oleh penurunan kesehatan karena faktor umur. Menurut *Health Insurance Assosiation of America*, morbiditas dan mortalitas meningkat seiring dengan meningkatnya usia.

Gambaran biaya rawat inap menurut usia per responden per tahun menjelaskan bahwa kelompok usia <20 tahun adalah kelompok usia yang memiliki biaya rawat terendah pada pasien jamkesmas (Rp.2.013.032,00) dan pasien OOP (Rp.920.979,00). Berbeda pada pada pasien Jamkesda, kelompok usia yang memiliki biaya rawat inap terendah adalah kelompok usia 21-30 tahun (Rp.946.325,00). Berbeda lagi pada pasien SKTM adalah kelompok usia 31-40 tahun yang memiliki biaya rawat inap terendah (Rp..4.767.637,00). Dari data tersebut tampak bahwa perhitungan biaya sangat tergantung pada resiko sakit. Penyesuaian resiko sakit dilakukan dengan mempertimbangkan faktor-faktor



pengalaman tahun-tahun sebelumnya, persepsi pasien atas status kesehatan, dan faktor resiko kesehatan seperti umur, jenis kelamin, dan kebiasaan hidup (Thabrany, 1998).

#### **7.2.5. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap Menurut Lama Hari Rawat**

Pemanfaatan biaya rawat inap menurut lama hari rawat diklasifikasikan menjadi 3 (tiga) kelompok lama hari rawat yaitu kelompok 1-2 hari, kelompok 3-5 hari, dan kelompok  $\geq 6$  hari. Berdasarkan ketentuan Departemen Kesehatan, lama hari rawat (*Length of Stay*) ideal adalah 3-5 hari. Berdasarkan ketentuan tersebut maka penelitian ini mengasumsikan LOS diluar 3-5 hari adalah LOS yang tidak ideal sehingga dianggap tidak baik.

Berdasarkan analisa biaya rawat inap menurut lama hari rawat yang telah dilakukan, diperoleh bahwa secara rata-rata pasien yang memiliki LOS 3-5 hari hanya perlu mengeluarkan biaya sebanyak Rp.1.495.861,00. Angka tersebut lebih efisien dibandingkan pasien yang memiliki LOS 1-2 hari dan  $\geq 6$  hari. Analisa data yang telah dilakukan, setiap pasien yang dirawat 1-2 hari telah menghabiskan biaya sebanyak Rp.1.834.779,00 dan setiap pasien yang dirawat  $>6$  hari menghabiskan biaya sebesar Rp.3.870.601,00. Hal ini dapat dijelaskan bahwa lama hari rawat dipengaruhi oleh serius tidaknya penyakit seorang pasien. Menurut penelitian Dumesty (1997) bahwa pada kasus rawat inap tidak selalu terjadi semakin lama hari rawat seorang pasien, semakin besar pula biaya yang harus dikeluarkan. Sehingga pasien dengan lama hari rawat 1-2 hari tetapi menghabiskan biaya lebih dari besar dari pasien dengan hari rawat 3-5 hari dapat disebabkan karena seriusnya penyakit pasien tersebut sehingga membutuhkan penanganan yang lebih intensif dan menggunakan obat-obatan yang lebih mahal serta pemeriksaan medis yang bermacam-macam pula demikian juga sebaliknya pada pasien dengan lama hari rawat  $>6$  hari.

Untuk itu menurut Thabrany, dkk (2000) menyarankan agar membuat kodifikasi kasus rawat inap mahal dengan biaya perawatan lebih dari Rp 10.000.000,00 yang bertujuan mengidentifikasi kasus-kasus yang membawa konsekuensi tinggi, baik karena memerlukan perawatan lama, tindakan diagnostik

atau terapi mahal karena harganya yang mahal (obat) atau lamanya penggunaan alat diagnostik. Salah satu alternatif pemecahan masalah adalah menetapkan tarif paket per diagnosa atau *Diagnostic Related Groups* (DRG's), yaitu suatu sistem pembiayaan pra upaya dengan biaya rata-rata untuk keseluruhan pelayanan rawat inap yang dikaitkan dengan satu diagnose dan satu episode pelayanan (HIAA, 1997).

## 7.2.6. Gambaran Pemanfaatan Biaya Rawat Inap berdasarkan jenis pasien

### 7.2.6.1. Analisis Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesmas menurut Terhadap Pola Penyakit Berbasis *INA-DRG case mix* 2008

Pola penyakit yang diambil merupakan 10 penyakit terbesar pada pasien Jamkesmas. Pada pasien Jamkesmas, hanya diambil 5 penyakit terbanyak karena penyakit yang lain tersebar menjadi 1 penyakit, hal ini juga dipengaruhi karena keterbatasan responden dari pasien Jamkesmas

Analisis biaya rawat inap pasien Jamkesmas menurut pola penyakit berbasis *INA-DRG casemix* dilakukan dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan biaya paket Jamkesmas yang sudah ditetapkan pemerintah dengan berbasis pada *INA-DRG casemix*. Perbandingan biaya rawat inap tersebut dapat kita lihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 7.2.6.1. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesmas Menurut Pola Penyakit Terhadap Biaya Jamkesmas Berbasis *INA-DRG*

No.	Hasil Penelitian				Biaya paket Jamkesmas	
	Nama Penyakit	Biaya(Rp)	Biaya/pasien (Rp)	AvLOS (hari)	Biaya paket/pasien(Rp)	AvLOS (hari)
1.	<i>Dengue Haemorrhagic Fever</i>	28.738.125	1.915.875	3	1.896.598	5
2.	<i>Diabetes Mellitus</i>	7.530.660	2.510.220	10	2.510.220	8
3.	<i>Instrumented Bones Surgery</i>	9.288.982	3.096.327	18	3.045.860	10
4.	<i>Hypertensive Heart Disease</i>	8.841.245	4.420.623	6	5.262.985	7
5.	<i>Gastroenteritis</i>	2.610.256	1.305.128	4	1.305.128	4

Sumber : Olahan data sekunder bagian keuangan

Dari tabel diatas tampak bahwa pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* sebagai penyakit terbanyak yang dilayani Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta pada pasien Jamkesmas, membutuhkan biaya sebesar Rp 1.915.875,00/pasien dengan *Average Length of Stay (Av LOS)* selama 3 hari. Sedangkan biaya paket Jamkesmas yang telah ditetapkan Pemerintah untuk rumah sakit tipe B dengan jenis penyakit tersebut adalah sebesar Rp 1. 896. 598/pasien dengan *Average Length of Stay (Av LOS)* selama 5 hari. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa pelayanan Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta pada pasien Jamkesmas dengan penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* belum efisien walaupun *Average Length of Stay (AvLOS)*nya lebih pendek. Hal tersebut tampak dari biaya/pasien yang lebih tinggi daripada biaya paket Jamkesmas yang sudah ditetapkan pemerintah.

Pada penyakit *Instrumented Bones Surgery*, pemerintah telah menetapkan biaya paket untuk pasien Jamkesmas sebesar Rp 3. 045. 860/pasien dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 10 hari. Namun dari hasil penelitian didapatkan bahwa pelayanan pada pasien Jamkesmas dengan penyakit *Instrumented Bones Surgery* kurang efisien. Hal tersebut tampak dari lebih panjangnya lama hari rawat pasien di Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta, yaitu 18 hari dengan biaya yang tidak berbeda jauh dengan biaya paket Jamkesmas, yaitu sebesar Rp 3.096. 327. Pada pasien *Instrumented Bones Surgery*, diagnosa penyakit ini masih dibedakan lagi berdasarkan bagian tubuh yang mendapatkan tindakan atau perawatan. Perbedaan lama hari rawat ini mungkin disebabkan juga oleh tingkat keseriusan penyakit seperti yang telah dijelaskan di atas namun masih diperlukan penelitian lebih lanjut untuk menganalisis perbedaan tersebut.

Menurut Lewis dan Douglas (1979), dari hasil penelitian dinyatakan bahwa lamanya hari rawat dipengaruhi oleh serius tidaknya penyakit seorang pasien. Penulis juga berasumsi yang sama bahwa terjadinya lama hari rawat bisa disebabkan penyakit pasien yang serius sehingga membutuhkan penanganan dan pengawasan yang intensif dari rumah sakit namun tidak menggunakan obat-obatan yang mahal atau tidak terlalu sering melakukan pemeriksaan penunjang, seperti laboratorium, radiologi, dan lain-lain.

Dengan demikian dapat juga dikatakan bahwa pelayanan Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta pada pasien Jamkesmas dengan penyakit *Instrumented Bones Surgery* belum mencapai target yang ditetapkan dalam *Key Performance Indicator (KPI)* sebagai sasaran pencapaian kinerja, yaitu lama hari rawat rata-rata (*Average Length of Stay (AvLOS)*) kurang dari 5 hari.

#### 7.2.6.2. Analisis Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesda menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008

Analisis biaya rawat inap pasien Jamkesda menurut pola penyakit terhadap Tarif Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008 dilakukan dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan biaya paket Jamkesda yang sudah ditetapkan pemerintah daerah.

Perbandingan biaya rawat inap pasien Jamkesda menurut pola penyakit terhadap paket pelayanan essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008 dapat kita lihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 7.2.6.2. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien Jamkesda menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2009.

Hasil Penelitian					Biaya Paket Jamkesda	
No.	Nama Penyakit	Biaya(Rp)	Biaya/pasien (Rp)	AvLOS (hari)	Biaya paket/pasien(Rp)	AvLOS (hari)
1.	Dengue Haemorrhagic Fever	34.801.750	1.338.529	4	2.500.000	5
2.	Malnutrition	18.913.100	2.101.456	14	12.000.000	18
3.	Gastroenteritis	22.952.278	3.278.897	4	5.000.000	15
4.	Pseudofakia	11.837.530	1.972.922	1	700.000	4
5.	Cerebro Vascular Disease	37.781.404	6.296.901	9	10.000.000	10

Sumber : Olahan data sekunder bagian keuangan

Pada perbandingan biaya rawat inap pasien Jamkesda dengan paket pelayanan essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008 didapatkan bahwa :

- a. Pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)*, biaya paket Jamkesda yang ditetapkan adalah sebesar Rp 2.500.000/pasien dengan *Average Length*

*of Stay (AvLOS)* selama 5 hari. Sedangkan dari hasil penelitian didapatkan bahwa biaya/pasien hanya sebesar Rp 1.338.529,00 dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 4 hari. Dengan kata lain bahwa klaim yang diajukan rumah sakit kepada pemerintah daerah untuk pelayanan pasien Jamkesda dengan penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever (DHF)* jumlahnya hampir sebesar 2 (dua) kali lipat lebih kecil dibandingkan dengan jumlah yang ditetapkan oleh pemerintah daerah.

- b. Pada penyakit *Malnutrition*, biaya paket Jamkesda yang ditetapkan adalah sebesar Rp 12.500.000/pasien dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 18 hari. Sedangkan dari hasil penelitian didapatkan bahwa biaya/pasien hanya sebesar Rp 2.101.456,00 dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 14 hari. Dengan kata lain bahwa klaim yang diajukan rumah sakit pada pemerintah daerah untuk pelayanan pasien Jamkesda dengan penyakit *Malnutrition*, jumlahnya hampir sebesar 6 (enam) kali lipat lebih kecil dibandingkan jumlah biaya yang ditetapkan oleh pemerintah daerah. Pada penyakit, *Gastroenteritis*, biaya paket Jamkesda yang ditetapkan adalah sebesar Rp 5.000.000/pasien dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 15 hari. Sedangkan dari hasil penelitian didapatkan bahwa biaya/pasien hanya sebesar Rp 3.278.4897,00 dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 4 hari. Dengan kata lain bahwa klaim yang diajukan rumah sakit pada pemerintah daerah untuk pelayanan pasien Jamkesda dengan penyakit *Malnutrition*, jumlahnya lebih kecil dibandingkan dengan jumlah biaya biaya yang ditetapkan oleh pemerintah. Selain itu hal tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit telah memberikan pelayanan yang efisien yang tampak dari *Average Length of Stay (AvLOS)* yang sangat kecil dibandingkan dengan paket yang telah ditetapkan oleh pemerintah daerah untuk program Jamkesda.
- c. Pada penyakit *Pseudofakia*, biaya paket Jamkesda yang ditetapkan adalah sebesar Rp 700.000/pasien dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* selama 4 hari. Sedangkan dari hasil penelitian didapatkan bahwa biaya/pasien melonjak menjadi sebesar Rp 1.972.922,00 dengan *Average Length of Stay (AvLOS)* hanya 1 hari. Dengan kata lain bahwa pada penyakit *Pseudofakia*, rumah sakit

belum dapat memberikan pelayanan yang efisien, meskipun *Average Length of Stay* (AvLOS) lebih pendek. Hal tersebut tampak dari biaya operasional yang lebih tinggi daripada klaim yang diajukan pada pemerintah daerah.

- d. Pada penyakit *Cerebro Vascular Disease*, biaya paket Jamkesda yang ditetapkan adalah sebesar Rp 10.000.000/pasien dengan *Average Length of Stay* (AvLOS) selama 10 hari. Sedangkan dari hasil penelitian didapatkan bahwa biaya/pasien hanya sebesar Rp 6.296.901,00 dengan *Average Length of Stay* (AvLOS) selama 9 hari. Dengan kata lain bahwa klaim yang diajukan rumah sakit pada pemerintah daerah untuk pelayanan pasien Jamkesda dengan penyakit *Cerebro Vascular Disease*, jumlahnya meningkat sekitar 58% dari biaya operasional yang telah dikeluarkan rumah sakit.

Dari data laporan sepuluh penyakit terbanyak didapatkan bahwa pada penyakit *Liver Function Disorder*, biaya operasional untuk pasien hanya sebesar Rp 4.011.700,00 dengan 6 hari perawatan. Dengan lama hari perawatan yang sama (6 hari), tarif yang ditetapkan pemerintah adalah sebesar Rp 13.000.000,00. Dari perbedaan di atas pemerintah daerah perlu kiranya melakukan kajian ulang terhadap penetapan tarif pelayanan dan lama hari rawat perawatan pasien Jamkesda di rumah sakit.

Penulis berasumsi bahwa rata-rata selisih biaya yang begitu besar dapat disebabkan oleh karena beberapa hal, seperti mahalnya obat-obatan yang digunakan, banyaknya pemeriksaan medis yang harus dilakukan, banyaknya penggunaan alat-alat kesehatan, banyak tenaga dokter ahli atau profesional yang diperlukan, dan adanya komplikasi penyakit utama.

Menurut Lawrence (1982) dinyatakan bahwa komplikasi yang dapat terjadi adalah perdarahan, curah jantung rendah, *Infarc Miocard*, gangguan irama jantung, gangguan pernafasan, infeksi dan demam, hipertensi, gangguan pembuluh darah tepi, gangguan saluran pencernaan, dan gangguan sistem pusat. Sedangkan Goffredo (1988) menambahkan bahwa jika komplikasi terjadi tentunya memerlukan penanganan yang intensif sehingga dapat menambah biaya dan memperlama hari rawat.

### 7.2.6.3. Analisis Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien SKTM menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008

Analisis biaya rawat inap pasien SKTM menurut pola penyakit terhadap tarif Paket Pelayanan essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008 dilakukan dengan cara membandingkan hasil penelitian dengan biaya paket SKTM yang sudah ditetapkan pemerintah daerah. Perbedaan antara jenis pasien Jamkesda dengan pasien SKTM adalah bahwa pada pasien SKTM, biaya rawat inap pada pasien SKTM tidak ditanggung sepenuhnya oleh pemerintah daerah seperti pada pasien Jamkesda, melainkan dengan besaran proporsi yang diverifikasi oleh tim verifikator. Perbandingan biaya rawat inap tersebut dapat kita lihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 7.2.6.3. Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien SKTM menurut Pola Penyakit Terhadap Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008

No.	Hasil Penelitian			Biaya paket SKTM		
	Nama Penyakit	Biaya(Rp)	Biaya/pasien (Rp)	AvLOS (hari)	Biaya paket/pasien(Rp)	AvLOS (hari)
1.	Cerebro Vascular Disease	116.820.842	10.620.076	11	10.000.000	10
2.	Gastroenteritis	36.083.988	2.101.456	5	5.000.000	15
3.	Blood Bacterial Inf.	8.670.197	1.734.039	7	10.000.000	34
4.	Typhoid	7.742.580	1.972.922	5	4.000.000	5
5.	Tuberculosis	20.819.645	6.296.901	8	6.500.000	11

Sumber : Olahan data sekunder bagian keuangan

Dari hasil penelitian biaya rawat inap pasien SKTM didapatkan bahwa pada penyakit *Blood Bacterial Infection*, biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit hanya sebesar Rp 1.734.039,00 dengan 7 hari lama perawatan. Sedangkan paket biaya SKTM yang sudah ditetapkan adalah sebesar Rp 10.000.000,00 dengan 34 hari perawatan. Dengan demikian jika dibandingkan dengan lama hari rawat rumah sakit telah melakukan efisiensi yang sangat baik yang tampak dari kemampuan rumah sakit memperkecil lama hari rawat dan biaya perawatannya.

Pada penyakit *Gastroenteritis*, klaim yang diajukan rumah sakit pada pemerintah daerah adalah sebesar Rp 5.000.000,00 dengan 15 hari perawatan. Sedangkan biaya operasional yang dikeluarkan untuk biaya perawatan pasien hanya Rp 1.734.039,00 dengan 7 hari perawatan. Jika dibandingkan besar biaya dan lama hari rawat maka rumah sakit dalam hal ini telah melakukan efisiensi.

Dari data sepuluh penyakit terbanyak dimana penyakit *Urinary Tract Infection* menempati urutan ke 7 (tujuh) didapatkan bahwa paket biaya untuk pasien dengan penyakit tersebut sebesar Rp 5.000.000,00 dengan 10 hari perawatan. Sedangkan biaya operasional yang dikeluarkan rumah sakit untuk biaya perawatan hanya sebesar Rp 1.308.897,00, dengan lama hari perawatan 6 hari.

Untuk pasien dengan diagnosa penyakit *Anemia*, didapatkan bahwa paket biaya SKTM adalah sebesar Rp 5.000.000,00 dengan lama perawatan 10 hari. Namun dalam pelayanannya pada pasien, rumah sakit harus mengeluarkan biaya perawatan yang lebih tinggi, yaitu sebesar Rp 8.504.986,00 dengan lama perawatan 9 hari.

Perbedaan lama hari rawat dan biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan yang ditetapkan oleh pemerintah mungkin disebabkan oleh tingkat keseriusan suatu penyakit. Oleh karena itu masih perlu dilakukan kajian ulang terhadap penetapan tarif sehingga perbedaan dapat diminimalisir untuk menghindari terjadinya *moral hazard*, sebab dengan perbedaan yang terlalu jauh antara standar yang ditetapkan oleh pemerintah dengan biaya *riil* akan menimbulkan kecenderungan penggelembungan biaya perawatan.

#### **7.2.6.4. Analisis Perbandingan Biaya Rawat Inap Pasien OOP menurut Pola Penyakit Terhadap Peraturan Daerah Provinsi DKI Jakarta No.1 tahun 2006 tentang Retribusi Daerah.**

Biaya perawatan pasien *OOP* mengacu kepada Peraturan daerah Provinsi DKI Jakarta No.1 tahun 2006 tentang retribusi daerah. Peneliti tidak dapat melakukan analisis perbandingan biaya rawat inap pasien *OOP* sebab di dalam peraturan daerah tersebut tidak terdapat penetapan tarif dengan sistem paket tapi dalam satuan biaya-biaya yang masih terpisah sehingga tidak memungkinkan



untuk dilakukan perbandingan biaya. Secara keseluruhan biaya perawatan pada pasien *OOP* masih lebih rendah jika dibandingkan dengan biaya perawatan pada pasien Jamkesmas, Jamkesda dan SKTM demikian juga pada manajemen pengobatan yang diterima oleh pasien. Berikut ditampilkan tabel perbandingan manajemen pengobatan antar jenis pasien dengan beberapa diagnosa yang sama.

Tabel 7.2.6.4. Perbandingan Manajemen Pengobatan Pasien

No.	DIAGNOSA	JAMKESMAS	JAMKESDA	SKTM	<i>OOP</i>
1.	DHF	Wanita, 19 tahun a.Ivfd rl b.Ranitidin c.Paracetamol d.Polysilane e.Curcuma f.Lesifit g.Lab Darah Rutin 8 kali	Pria, 15 tahun a.Ivfd RI b.Paracetamol c.Ranitidin d.Lab Darah Rutin 6 kali	Pria, 10 tahun a.Ivfd RI b.Polysilane Syr c.Paracetamol d.Lab Darah Rutin 6 kali	Pria,9 tahun a.Ivfd RI b.Lab Darah Rutin 6 kali
	LOS	11 hari	2 hari	3 hari	2 hari
	BIAYA	Rp. 1.869.598	Rp. 567.200	Rp. 378.500	Rp.294.000
2.	DM	Wanita, 54 tahun a.dextrose 10 % b.gluphage c.lab darah kgd dan elektrolit 12 kali. d.foto thorax	Wanita, 53 thn a.ivfd rl b.glucophage, c.metformin d.glucobay e.neurosanbe f.actripid g.alamox i.h2 block j.lab darah kgd 13 kali k.lft-rft- elektrolit darah 2 x, foto thorax, ekg	Wanita,46 tahun a.ivfd nacl b.glibenclamid c.cefotaxim d.neuralgin e.valium d.ekg e.foto thorax f.lab darah kgd 5 kali	Wanita,48 tahun a.ivfd aschering b.gluphage c.ranitidin d.aldacton e.lab darah kgd 10 kali f.ekg
	LOS	5 hari	7 hari	4 hari	13 hari
	BIAYA	Rp.2.510.220	Rp.3.010.800	Rp.2.000.500	Rp.1.980.130
3.	GE	Wanita 22 tahun : a.ivfd rl	Wanita, 44 tahun : a.ivfd aschering	Bayi 1 bulan : a.ivfd nacl	Balita, 2 tahun :

		b.ranitidin c.new diatab d.cefotaxim e.propepsa f.lab darah : feses g.liver function test	b.new diatab c.ranitidin inj d.ceftriaxone e.enzyplex f.lab darah 5 kali. fesese ekg	b.lab darah rutin dan elektrolit 2 kali	a.ivfd kaen iiiib b.lacto b c.ampicillin d.smecta f.dialac g.vometa h.lab darah rutin dan elektrolit 1 kali fesese 1 kali
	LOS	3 hari	3 hari	3 hari	2 hari
	BIAYA	Rp.1.305.128	Rp.1.445.450	Rp.242.500	Rp.275.163
4.	THYPOID	Wanita, 16 thn a.IVFD aschering b.Paracetamol c.Cefotaxim d.Rantin inj e.Cedantron f.Lab Darah 3 kali	Pria, 3 thn a.IVFD KAEN IIIB b.Pulv: Paracetamol c.Ampicillin d.Colesin e.Cefat syr f.Lab darah 3 kali g.Urine 1 kali h.Tinja 1 kali	Pria, 12 thn a.IVFD KAEN IIIB b.Ibuprofen c.Colesin d.Ampicillin, e.Lab Darah 4 kali f.Tinja 1 kali g.Foto thorax 1 kali	Pria, 59 thn a.IVFD KAEN IIIB b.Rantin inj c.Cefotaxim d.Paracetamol e.KSR f.Ceftriaxon g.Profital h.Ciprofloxacin i.Lab Darah Lengkap 1 kali j.Lab darah rutin LFT 6 kali k.KGD 1 kali l.Immunoserologis 2 kali m. Foto thorax 2 kali
	LOS	3 hari	3 hari	6 hari	5 hari
	BIAYA	Rp.2.563.753	Rp.658.228	Rp.778.434	Rp.2.109.284

5.	CVD	Wanita,56 thn a.IVFD KAEN IIIB b.Ascardia c.Captopril d.Captopril e.Cefotaxim f.Takelin, g.KSR, h.Aldactone i.Astin forte j.CT scan k.USG abdomen l.Lab darah rutin 1kali m.Kimia darah 1 kali n.Foto thorax 1 kali o.Urine lengkap 1 kali	Wanita,55 thn a.IVFD Mannitol, b.Piracetam inj c.Amdixol, EKG d.Foto thorax e.Lab elektrolit darah 1 kali f.lab darah rutin 1 kali	Wanita,35 thn a. IVFD aschering b.Mersitropil, c. Neulin d.Digoxin, e.Cardioaspiri n, f.Dorner g.CT scan h.Lab darah kimia 2 kali i.Lab darah rutin 1 kali j.EKG.	Pria, 59 thn a.IVFD aschering b.Neulin c.Bifotik, d.Phenitoin e.Lab darah rutin 1 kali f.Lab darah lengkap 1 kali
	LOS	6 hari	1 hari	7 hari	2 hari
	BIAYA	Rp.2.697.639	Rp.260.000	Rp.1.145.472	Rp.162.500

Sumber : Olahan data sekunder bagian keuangan

Dari tabel di atas dapat dilihat perbedaan manajemen pengobatan yang diterima oleh masing-masing pasien dimana hal ini dapat menjawab perbedaan biaya perawatan yang lebih kecil pada pasien *OOP* dibandingkan dengan pasien non *OOP* khususnya pada penyakit *Dengue Haemorrhagic Fever*, *Diabetes Mellitus*, *Gastroenteritis* dan *Cerebro Vascular Disease*. Perbedaan tersebut juga disebabkan karena perbedaan usia dan lama hari rawat pasien.

Penulis berasumsi bahwa walaupun Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta mendapat subsidi dari pemerintah, bukan berarti rumah sakit tidak perlu melakukan efisiensi terhadap biaya perawatan terutama untuk pasien Jamkesmas dan Jamkesda. Efisiensi biaya harus tetap dilakukan pada semua jenis pasien dengan tujuan agar tidak terjadi pengeluaran biaya yang tinggi dalam memberikan pelayanan pada pasien. Hal tersebut sangat penting mengingat juga bentuk Rumah Sakit Budhi Asih Jakarta adalah BLUD dimana faktor keuangan tidak dapat diabaikan. Dengan demikian kelebihan klaim subsidi untuk rawat inap kelas III dikembalikan ke masyarakat terutama pasien rawat inap kelas III dalam bentuk pelayanan yang lebih bermutu baik dalam peningkatan jumlah pasien yang dilayani atau peningkatan kualitas pelayanan.

Dari data sepuluh penyakit terbanyak yang dilayani pada pasien Jamkesmas, Jamkesda dan SKTM, tampak bahwa penyakit *Hypertensi* yang merupakan penyakit kronik termasuk didalamnya. Dengan demikian penulis dapat berasumsi bahwa bila pasien lebih mengerti tentang penyakitnya, dapat melakukan tindakan pencegahan dan selalu rajin mengontrolkan diri ke rumah sakit, biaya perawatan pasien dapat diminimalisir. Sehingga diharapkan pasien datang ke rumah sakit tidak dalam kondisi yang sudah parah dan tentu memerlukan biaya perawatan yang lebih mahal.

## BAB VIII PENUTUP

### 8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah dilakukan, maka diperoleh gambaran utilisasi pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP* di Rumah sakit Budhi Asih kelas III yaitu untuk pemanfaatan pelayanan rawat inap kelas III 41,4 % berasal dari pasien Jamkesmas, Jamkesda, dan SKTM. Sedangkan sisanya berasal dari pasien *OOP* yang dianggap sebagai pasien mampu membayar sendiri. Pemanfaatan pelayanan rawat inap dilihat dari biaya rawat inap menurut jenis kelamin, pada pasien Jamkesmas, laki-laki memiliki biaya yang lebih tinggi daripada perempuan. Akan tetapi, pada pasien Jamkesda, SKTM dan *OOP*, perempuan lebih banyak menghabiskan biaya rawat inap dibandingkan dengan laki-laki.

Pemanfaatan pelayanan rawat inap dilihat dari biaya rawat inap menurut usia menjelaskan bahwa kelompok usia <20 tahun adalah kelompok usia yang memiliki biaya rawat terendah pada pasien Jamkesmas (Rp.2.013.032,00) dan pasien *OOP* (Rp.920.979,00). Berbeda pada pada pasien Jamkesda, kelompok usia yang memiliki biaya rawat inap terendah adalah kelompok usia 21-30 tahun (Rp.946.325,00). Berbeda lagi pada pasien SKTM adalah kelompok usia 31-40 tahun yang memiliki biaya rawat inap terendah (Rp..4.767.637,00).

Pemanfaatan pelayanan rawat inap menurut rata-rata lama hari rawat (LOS) yaitu 7 hari. Pada pasien Jamkesmas, rata-rata LOS adalah 8 hari, Jamkesda sebanyak 5 hari, SKTM sebanyak 7 hari dan *OOP* sebanyak 8 hari. Berdasarkan rata-rata biaya rawat inap tiap bulan, pemanfaatan pelayanan kesehatan pada pasien Jamkesmas adalah sebesar Rp.217.635,00; pasien Jamkesda sebesar Rp.220.622,00; pasien SKTM sebesar Rp.285.293,00; dan pasien *OOP* sebesar Rp.97.785,00.

Penyakit pada pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* memiliki trend yang berbeda. Trend penyakit terbanyak pada pasien Jamkesmas dan pasien Jamkesda yaitu *Dengue Haemorrhagic Fever*. Pada pasien SKTM, penyakit

terbanyak yang diderita yaitu *Cerebro Vascular Disease* dan pasien *OOP* adalah *gastroenteritis*.

Pola pembiayaan antara pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP* memiliki pola yang berbeda. Pada penyakit yang sama, pasien pengguna jaminan/bantuan pemerintah yaitu Jamkesmas, Jamkesda, SKTM mengeluarkan biaya 2-7 kali lebih tinggi daripada pasien yang membayar sendiri *OOP*. Misalnya pada penyakit *Gastroenteritis*, pada pasien Jamkesmas, biaya rawat inapnya 2 kali lebih tinggi daripada pasien *OOP*. Selain itu, pada pasien Jamkesda, biaya rawat inapnya 5 kali lebih tinggi daripada pasien *OOP*. Dan masih pada penyakit yang sama, pada pasien SKTM biaya rawat inapnya 7 kali lebih tinggi daripada pasien *OOP*. Demikian pula halnya dengan pola manajemen pengobatan, bahwa pada penyakit yang sama terdapat perbedaan manajemen pengobatan diantara pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM, dan *OOP*.

## **8.2. Saran**

### **8.2.1. Bagi Rumah Sakit Budhi Asih**

Saran yang dapat diberikan bagi Rumah Sakit Budhi Asih yaitu agar dapat mengendalikan biaya pelayanan khususnya pada pelayanan Jamkesmas, Jamkesda, dan SKTM agar memperoleh keefektifan dan keefisienan pemberian layanan kesehatan. Selanjutnya agar Rumah Sakit Budhi Asih dapat menekan LOS pada semua jenis pasien (Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP*) yang relatif tinggi yaitu lebih dari 5 hari.

### **8.2.2. Bagi Pemerintah Daerah DKI Jakarta**

Saran bagi Pemerintah Daerah DKI Jakarta agar melakukan kajian ulang terhadap penetapan tarif pelayanan dan lama hari rawat perawatan pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM di rumah sakit. Karena berdasarkan hasil analisis penelitian menunjukkan terjadi ketimpangan biaya antara biaya yang dikeluarkan dengan tarif yang telah ditentukan oleh pemerintah. Sehingga perbedaan dapat diminimalisir untuk menghindari terjadinya *moral hazard*, sebab dengan perbedaan yang terlalu jauh antara standar yang ditetapkan oleh pemerintah

dengan biaya *riil* akan menimbulkan kecenderungan penggelembungan biaya perawatan.

#### 8.2.3. **Bagi Dinas Kesehatan DKI Jakarta**

Saran bagi Dinas Kesehatan Jakarta Timur untuk meningkatkan lagi kinerja tim verifikator untuk melakukan supervisi dan evaluasi bekerja sama dengan pihak rumah sakit sehingga dana yang telah dialokasikan dapat digunakan secara optimal untuk memenuhi kebutuhan masyarakat dalam hal ini sebagai pasien. Selain itu, perlu pengawasan yang lebih terorganisir pada rumah sakit agar rumah sakit dapat menekan angka LOS menjadi kisaran yang normal.

#### 8.2.4. **Bagi Penelitian selanjutnya**

Saran untuk penelitian selanjutnya yaitu agar melakukan kajian lebih mendalam tentang adanya perbedaan biaya rawat inap antara pasien Jamkesmas, Jamkesda, SKTM dan *OOP*. Kemudian perlu dilakukan kajian mendalam dari segi klinis mengenai manajemen pengobatan pada pasien yang berbeda pada penyakit yang sama.. Selanjutnya, penelitian ini menyarankan agar dilakukan penelitian terkait utilisasi pelayanan kesehatan pada ruang lingkup yang lebih besar yaitu Rumah Sakit Budhi Asih pada semua kelas dan semua jenis pembayaran sehingga diketahui gambaran utilisasi secara lebih menyeluruh. Selain itu, penelitian ini merekomendasikan dilakukannya penelitian sejenis di rumah sakit swasta agar diketahui perbandingan utilisasi pada rumah sakit milik pemerintah dengan milik swasta.

## DAFTAR PUSTAKA

- Amandemen Undang-Undang Dasar 1945, 2004, Cetakan ke empat, Media Pressinda, Yogyakarta
- Azrul A., 1996, *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Edisi Ketiga, Jakarta, hal. 123-42.
- Azwar A, Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan, Pustaka Sinar Harapan, Jakarta, 1996.
- Badan Pusat Statistik Propinsi DKI Jakarta, 2004, *Evaluasi Keadaan Rumah Tangga Miskin di DKI Jakarta*.
- Dumesty, Refni. "*Gambaranapan Deskriptif Selisih Biaya Riil dan tarif Paket Askes pada Pasien Rawat Inap di RS Jantung Harapan Kita tahun 1996*". Skripsi FKM UI. Depok. 1997
- Departemen Kesehatan RI. 2008. *Jaminan dan Pembiayaan Kesehatan*. [http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=82&Itemid=116](http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=82&Itemid=116).
- Departemen Kesehatan RI, Peraturan Kesehatan RI, No.159b/Menkes/Per/II/1988, Jakarta, 1988.
- Departemen Kesehatan RI, *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Cetakan ke lima, Dirjen Yanmed Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan, Jakarta.
- Departemen Kesehatan RI (Jakarta 2002), *Profil Kesehatan Indonesia 2001, Menuju Indonesia Sehat 2010*
- Departemen Kesehatan RI 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*
- Departemen Kesehatan RI, 2008, Tarif *INA-DRG casemix* 2008 untuk Rumah Sakit tipe B.
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2008, *Petunjuk Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis JPK Gakin Propinsi DKI Jakarta*
- Dinas Kesehatan DKI Jakarta, 2008, Paket Pelayanan Essensial RS JPKM DKI Jakarta 2008
- Djemadi. *Menilai Efisiensi Rumah Sakit Dengan Grafik Barber Jonson*. Medan: Penerbit: Bagian Epidemiologi Kesehatan Masyarakat. 1998



- Green, Lawrence. 1980. *Health education planning, A diagnostic approach*. The John Hopkins University: Mayfield Publishing Co
- Juanita. *Pengaruh Krisis Ekonomi Terhadap Pelayanan Kesehatan*, USU, 2003
- Juanita. *Peran Asuransi Kesehatan Dalam Benchmarking Rumah Sakit Dalam Menghadapi Krisis Ekonomi*, USU, 2002
- Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 125/Menkes/SK/II/2008, tentang Pedoman Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat, Jakarta.
- Mills Ah, Voughan JP, Smith DL, Tabibzadeh I, Health System Decentralization, World Health Organization, Geneva, 1991.
- Notoatmodjo, Soekidjo, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Penerbit Rineka Cipta, Jakarta, 2002
- Nugroho, Imam Pratomo. *Gambaran utilisasi pelayanan pasien rawat inap KLB DBD RSUD Budhi Asih tahun 2009*. Skripsi: Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Rencana Strategi RSUD Budhi Asih tahun 2008-2012.
- Peddyawati,E (2005), *Analisis Proses Penagihan Piutang Pasien JPK Gakin Rawat Inap RS Persahabatan, Tesis FKM Universitas Indonesia*, Jakarta
- Saefuddin Fedyani, Ilyas Yaslis, *Managed Care: Mengintegrasikan Penyelenggaraan dan Pembiayaan Pelayanan Kesehatan*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI dan PT (Persero) Askes, Jakarta. .
- Sugiyono. *Metode penelitian kuantitatif kualitatif dan R&D*. Alfabeta. Bandung. 2009.
- Thabrany, Hasbullah. *"Pedoman Manajemen Utilisasi Pelayanan Kesehatan"* Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI. 2000
- The Health Insurance Association Of America. *"Fundamental of Health Insurance Part A"*. HIAA. Washington D.C. 1997
- Tim Pengajar Ekonomi Kesehatan. *Asuransi Kesehatan. Kumpulan Bahan Kuliah Ekonomi Kesehatan*. Universitas Indonesia. Depok, 2001
- Trisnantoro Laksono, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*, Gajah Mada University Press, 2005.
- Trisnantoro Laksono, *Aspek Strategis Manajemen Rumah Sakit*, Penerbit ANDI, Yogyakarta

Taylor SA, Distinguishing Service Quality from Patient Satisfaction in Developing Health Care Marketing Strategies, The Journal of the Foundation of American College of Health care Executives, Volume 39, Number 2/Summer, New York, 1994.

\_\_\_\_\_.2009.<http://www.medisonline.net/article-journal/41-article/70-pembiayaan-kesehatan>. Diakses pada 12 Mei 2010.

\_\_\_\_\_.2008.[http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com\\_content&task=view&id=84&Itemid=119](http://www.jpkmonline.net/index.php?option=com_content&task=view&id=84&Itemid=119). Diakses pada 12 Mei 2010.

