



UNIVERSITAS INDONESIA

KAJIAN TERHADAP KELAYAKAN PEMBAYARAN DIAGNOSIS
RELATED GROUP : STUDI KASUS DEMAM TIFOID DI
PELAYANAN KESEHATAN SINT CAROLUS TAHUN 2011

TESIS

VERONICA E.A.A. FELNDITI
1006800005

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JANUARI 2012



UNIVERSITAS INDONESIA

KAJIAN TERHADAP KELAYAKAN PEMBAYARAN DIAGNOSIS
RELATED GROUP : STUDI KASUS DEMAM TIFOID DI
PELAYANAN KESEHATAN SINT CAROLUS TAHUN 2011

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

VERONICA E.A.A. FELNDITI
1006800005

FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JANUARI 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi

NPM : 1006800005

Tanda Tangan : 

Tanggal : 21 Januari 2012



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi
NPM : 1006800005
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis :
Kajian Terhadap Kelayakan Pembayaran Diagnosis Related Group : Studi Kasus
Demam Tifoid di Pelayanan Kesehatan Sint Carolus Tahun 2011

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, MPH., Dr.PH (.....)

Penguji : Prof. Dr. Anhari Achadi, SKM, DSc (.....)

Penguji : dr. Sandi Iljanto, MPH (.....)

Penguji : dr. Markus Waseso S, MARS (.....)

Penguji : dr. Ihsanijah M, MARS (.....)

Ditetapkan di : Depok
Tanggal : 21 Januari 2011

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi
NPM : 1006800005
Mahasiswa Program : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2010

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

**KAJIAN TERHADAP KELAYAKAN PEMBAYARAN DIAGNOSIS
RELATED GROUP : STUDI KASUS DEMAM TIFOID DI PELAYANAN
KESEHATAN SINT CAROLUS TAHUN 2011**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 21 Januari 2012

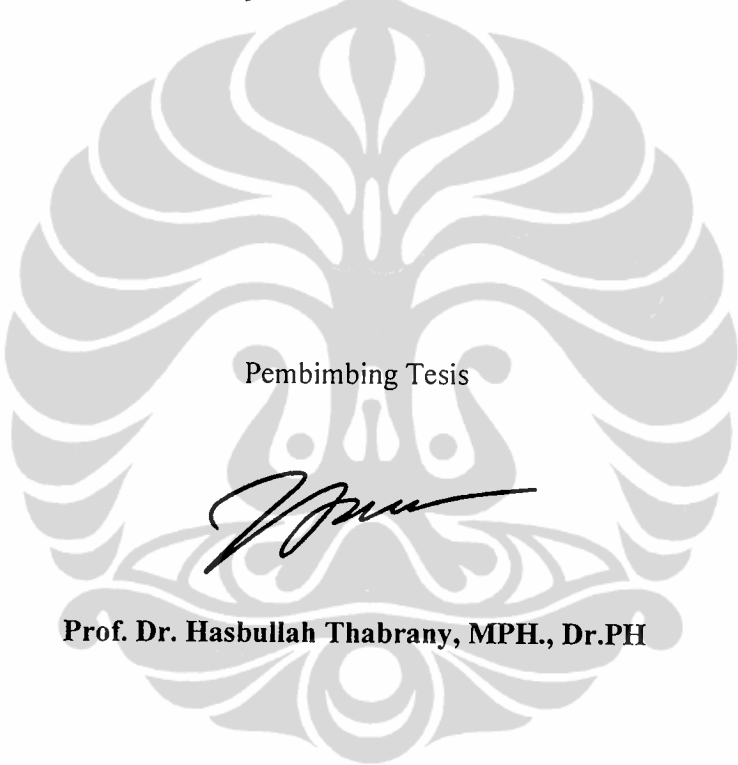


(Veronica E.A.A. Felnditi)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis ini telah diperiksa, disetujui, dan dipertahankan
Dihadapan Tim Penguji Tesis Program Pascasarjana
Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia

Depok, 21 Januari 2012



Pembimbing Tesis



Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, MPH., Dr.PH

RIWAYAT HIDUP

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi
Tempat/tanggal lahir : Jakarta, 13 Oktober 1969
Alamat : Jl. Setia Kawan IV /36 RT 07/
RW 007 Kel. Duri Pulo Kec. Gambir
Jakarta Pusat
Status Keluarga : Belum menikah

RIWAYAT PENDIDIKAN

1. SD Bintang Kejora, lulus tahun 1982
2. SMP Bintang Kejora, lulus tahun 1985
3. SMU Santo Paulus, lulus tahun 1988
4. Fakultas Kedokteran Universitas Tarumanagara Jakarta, lulus tahun 1999

RIWAYAT PEKERJAAN

1. Dokter Umum Purnawaktu PK Sint Carolus, tahun 2004 sampai sekarang
2. Dokter Jaga Unit Gawat Darurat PK Sint Carolus, tahun 2004 sampai sekarang
3. Ka. Unit Uji Kesehatan PK Sint Carolus, tahun 2006 sampai 2008
4. Ka. Unit Laboratorium PK Sint Carolus, tahun 2008 sampai 2010
5. Ka. Unit Rawat Jalan PK Sint Carolus, tahun 2010 sampai 2011
6. Ka. Unit Uji Kesehatan PK Sint Carolus, tahun 2011 sampai sekarang

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

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangandi bawah ini:

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi
NPM : 1006800005
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Departemen : Administrasi dan Kebijakan Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalty Non-eksklusif (*Non-exclusive Royalty Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :
Kajian terhadap Kelayakan Pembayaran Diagnosis Related Group : Studi Kasus Demam Tifoid di Pelayanan Kesehatan Sint Carolus Tahun 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalty Non-Eksklusif 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 : 21 Januari 2012

Yang Menyatakan



(Veronica E.A.A. Felnditi)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Esa lagi Maha Pengasih dan Penyayang atas rahmat dan karuniaNya, sehingga kami diberikan kesempatan dan kepercayaan oleh Pelayanan Kesehatan Sint Carolus untuk dapat mengikuti Program Studi Pasca Sarjana dan dapat menyelesaikan penulisan tesis ini. Adapun judul tesis ini adalah “Kajian Terhadap Kelayakan Pembayaran Diagnosis Related Group : Studi Kasus Demam Tifoid di Pelayanan Kesehatan Sint Carolus” yang merupakan syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa, selesainya tesis ini tidak terlepas dari bantuan berbagai pihak yang sangat besar artinya. Pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Prof. Dr. Hasbullah Thabrany, MPH, Dr PH selaku dosen pembimbing akademik, yang telah berkenan meluangkan waktu dan dengan sabar membimbing serta mengarahkan penulis dari awal hingga akhir penulisan tesis ini.
2. Bapak Prof. Dr. Anhari Achadi, SKM, DS selaku penguji kami yang telah memberikan masukan dan saran dalam penyelesaian tesis ini
3. Bapak dr. Sandi Iljanto, MPH selaku dosen penguji yang telah memberikan masukan serta saran dalam penyelesaian tesis ini.
4. dr. Markus Waseso Suharyono, MARS selaku Direktur Utama PK Sint Carolus dan telah bersedia menjadi penguji tesis kami, drg. Teddy Lioe selaku Direktur Keuangan PK Sint Carolus beserta stafnya, Kepala Unit Pelayanan Administrasi dan Rekening Pasien beserta stafnya serta Kepala Unit Rekam Medik Pelayanan Kesehatan Sint Carolus beserta stafnya, yang telah

membantu sehingga mempermudah pengambilan data penelitian khususnya untuk data keuangan dan data rekam medik pasien.

5. dr. Ihsanijah M,MARS yang bersedia menyediakan waktunya sebagai penguji kami
6. Seluruh dosen pengajar FKM UI yang telah dengan sabar membagikan ilmu dan pengalaman yang sangat berharga kepada kami.
7. dr. C.Krismini,MARS, selaku pembimbing lapangan dan dr. Fina Jusuf,MARS atas bantuan materi bahan-bahan kuliahnya.
8. Teman-Teman kuliah kelas RSPAD khususnya teman-teman tercinta di kelompok empat atas kerjasama dan kebersamaannya selama masa perkuliahan serta dorongan semangatnya sehingga tugas akhir ini bisa selesai.
9. Orang tua kami tercinta atas perhatian, cinta, doa dan dorongan semangatnya kepada kami yang tidak ada habis-habisnya sehingga kami dapat menyelesaikan studi ini sampai selesai.

Semoga Tuhan yang Maha Esa, Pengasih lagi Penyayang yang akan membalas jasa budi baik, bapak , ibu dan saudara-saudara sekalian. Tuhan memberkati.

Depok, 21 Januari 2012

Penulis

ABSTRAK

Nama : Veronica E.A.A. Felnditi
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Kajian terhadap kelayakan pembayaran Diagnosis Related Group
Studi kasus demam tifoid di P.K. Sint Carolus, 2011

Kesehatan adalah hak dan investasi, semua warga negara berhak atas kesehatannya. Pelayanan Kesehatan Sint Carolus sebagai salah satu rumah sakit swasta ingin turut serta ambil bagian dalam upaya kesehatan masyarakat. Studi kasus demam tifoid ini dilakukan sebagai kajian terhadap kelayakan pembayaran Diagnosis Related Group. Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan kuantitatif dan desain penelitian retrospektif berdasarkan data sekunder pasien demam tifoid yang di rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011. Dari hasil analisa uji statistik yang berpengaruh bermakna dengan total biaya perawatan adalah penanggung dimana total biaya perawatan terhadap pasien asuransi lebih mahal dari pasien umum. Total biaya dokter terhadap pasien asuransi dan umum juga berbeda bermakna. Perbandingan total biaya perawatan pada distribusi frekuensi total biaya di kelas III sebagian besar total biaya responden di atas standar dari Kemenkes RI yaitu sebanyak 78% dengan total biaya rata-rata sebesar Rp 3.824.350,- dengan biaya terendah Rp 1.388.588,- dan tertinggi Rp 8.617.189,-.

Kesimpulan :

Faktor yang berpengaruh bermakna terhadap total biaya perawatan adalah penanggung biaya. Sebagian besar total biaya perawatan masih di atas standar DRG.

Kata Kunci : DRG, biaya

ABSTRACT

Name : Veronica E.A.A. Felnditi

Study Program : Assessment Administration Hospital

*Title : Study on the feasibility of Payment Diagnosis Related Group
case study Typhoid Fever in P. K. Sint Carolus, 2011*

Health is a right and investments that all citizens are entitled to. Pelayanan Kesehatan Sint Carolus as one of the private hospital wanted to participate and take part in these public health efforts. Case studies of typhoid fever was conducted as the study on the feasibility of Diagnosis Related Group (DRG) payments. The study is a descriptive study with quantitative approach and retrospective study design based on secondary data from typhoid fever patients in inpatient care from January through May 2011. Results of the statistical tests analysis showed a significant affect of the total cost of care from different patients (with and without insurance). The total cost of care to the patient's with insurance is more expensive than 'out of pocket' patients. The total cost of physician between patients with insurance and 'out of pocket' patients also differs significantly. Comparison of the total cost of treatment based on the frequency distribution of the total cost of the class III shows that the total cost for most of the respondents are over the standard of Kemenkes RI. 78% respondents paid over the standard of Kemenkes RI with average total cost of Rp 3,824,350,- with the lowest cost Rp 1,388,588,- and the highest Rp 8,617,189,-

Conclusion :

The responsible party for the cost of care will significantly affect the total cost of care. Most of the total cost of care is still over the DRG standard.

Keywords : DRG, costs

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
LEMBAR PENGESAHAN	iii
SURAT PERNYATAAN	iv
SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN	v
RIWAYAT HIDUP	vi
LEMBAR PENGESAHAN KARYA ILMIAH	vii
KATA PENGANTAR	viii
ABSTRAK	x
DAFTAR ISI	xii
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xv
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Pertanyaan Penelitian	9
1.4 Tujuan Penelitian	9
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.6 Ruang Lingkup dan Keterbatasan Penelitian	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Sistem Kesehatan Nasional	11
2.2 Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)	17
2.3 Unit Cost	21
2.4 Demam Tifoid	29
3. GAMBARAN UMUM PELAYANAN KESEHATAN SINT CAROLUS	32
3.1 Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan Sint Carolus	32
3.1.1 Sejarah Pelayanan Kesehatan Sint Carolus	32
3.1.2 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Pelayanan Kesehatan St. Carolus	34
3.1.3 Desain Fisik dan Bangunan	36
3.1.4 Struktur Organisasi dan Ketenagaan	37
3.2 Lambang Pelayanan Kesehatan Sint Carolus	39
3.3 Fasilitas Pelayanan	40
4. KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL	43
4.1 Kerangka Teori	43
4.2 Kerangka Konsep	59
4.3 Definisi Operasional	60
5. METODOLOGI PENELITIAN	62
5.1 Desain Penelitian	62
5.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	62
5.3 Sumber Data Penelitian	62
5.4 Metode Pengumpulan Data	63

5.5	Alat Pengumpulan Data	63
5.6	Validasi Data	63
5.7	Pengolahan Data	63
5.8	Analisa Data	64
6.	HASIL PENELITIAN	65
6.1	Keterbatasan Penelitian	65
6.2	Hasil Analisis Univariat	66
6.2.1	Distribusi Frekuensi Usia	66
6.2.2	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin	66
6.2.3	Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan	67
6.2.4	Distribusi Frekuensi Pekerjaan	67
6.2.5	Distribusi Frekuensi Penanggung Biaya responden	68
6.2.6	Deskripsi Total Biaya Pengobatan	68
6.3	Hubungan Variabel Dependent dengan Variabel Independent	69
6.3.1	Hubungan Penanggung biaya dengan biaya pengobatan	69
6.3.2	Hubungan Usia dengan Total Biaya Pengobatan	69
6.3.3	Hubungan Jenis Kelamin dengan Total Biaya Pengobatan	70
6.3.4	Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Total Biaya Pengobatan	70
6.3.5	Hubungan Pekerjaan dengan Total Biaya Pengobatan	71
6.3.6	Hubungan Pekerjaan PNS dan Swasta dengan Total Biaya	72
6.3.7	Perbandingan Rata-rata Lama Rawat pada pasien umum & Asuransi... ..	72
6.3.8	Perbandingan Rata-rata Total Biaya Dokter	73
6.3.9	Perbandingan Rata-rata Total Biaya Laboratorium	73
6.3.10	Perbandingan Lama Rawat berdasarkan standar DRG	74
6.4	Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas 3	74
6.5	Faktor-faktor yang mempengaruhi Total Biaya Responden	75
6.5.1	Pemilihan Kandidat Model Multivariat	75
7.	PEMBAHASAN	77
7.1	Keterbatasan Penelitian	78
7.1.1	Kualitas Data	78
7.1.2	Desain Penelitian	78
7.2	Hubungan Karakter Individu dengan Total Biaya Perawatan	78
7.3	Hubungan Penanggung Biaya dengan Total Biaya Perawatan	79
7.4	Hubungan antara Lama Rawat pasien Umum dan Asuransi	79
7.5	Hubungan Total Biaya Dokter dengan pasien Umum dan Asuransi	79
7.6	Hubungan Total Biaya Laboratorium pada pasien umum & asuransi	79
7.7	Perbandingan Lama Rawat terhadap standar DRG	80
7.8	Perbandingan Total Biaya Perawatan pd standar DRG kelas 3	80
8.	KESIMPULAN DAN SARAN	81
8.1	Kesimpulan	81
8.2	Saran	82
	DAFTAR REFERENSI	83

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

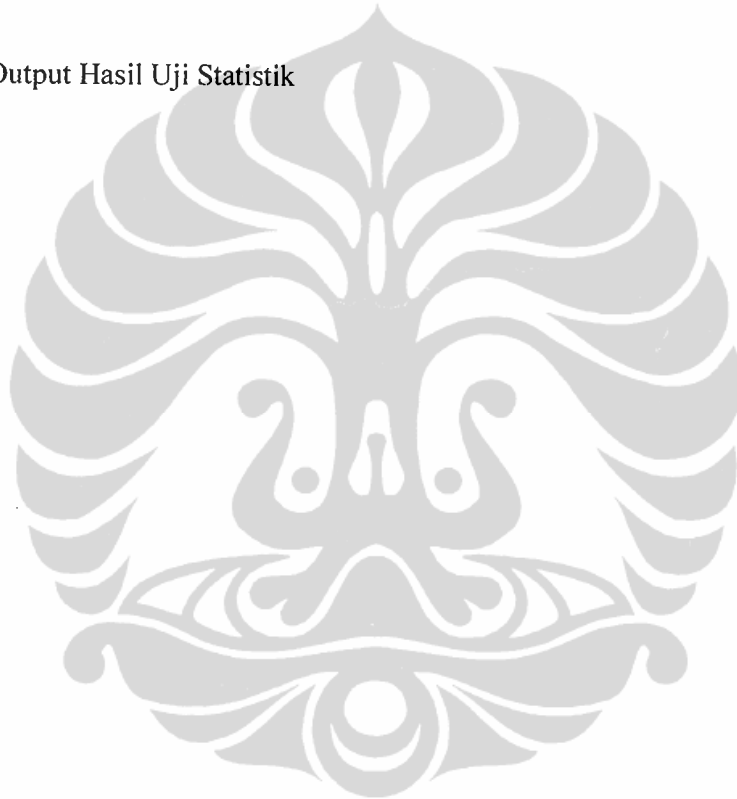
Tabel 1.1	Data Pasien Rawat Inap Typhoid Fever Januari-Mei 2011	7
Tabel 1.2	Pasien Masuk Per Kelompok Penanggung Biaya Jan-Mei	8
Tabel 3.1	Jumlah Karyawan PK ST Carolus 2006-2010	38
Tabel 3.2	Statistik Rawat Inap Rumah Sakit 2007-2011	38
Tabel 3.3	Statistik Rawat Inap Rumah Sakit Jan-Juni 2011	39
Tabel 3.4	Distribusi Kelas Perawatan dengan Jumlah Tempat Tidur	40
Tabel 6.2.1	Distribusi Frekuensi Usia Responden	66
Tabel 6.2.2	Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden	66
Tabel 6.2.3	Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden	67
Tabel 6.2.4	Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden	67
Tabel 6.2.5	Distribusi Frekuensi Penanggung Biaya Responden	68
Tabel 6.2.6	Deskripsi Total Biaya Pengobatan	68
Tabel 6.3.1	Hubungan Penanggung Biaya dengan Total Biaya	69
Tabel 6.3.2	Hubungan Usia dengan Total Biaya Responden	69
Tabel 6.3.3	Hubungan Jenis Kelamin dengan Total Biaya	70
Tabel 6.3.4	Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Total Biaya	70
Tabel 6.3.5	Hubungan Pekerjaan dengan Total Biaya	71
Tabel 6.3.6	Hubungan Pekerjaan PNS dan Swasta dengan Total Biaya	72
Tabel 6.3.7	Perbandingan rata-rata lama rawat pasien umum & asuransi	72
Tabel 6.3.8	Perbandingan rata-rata biaya dokter pasien umum & asuransi ..	73
Tabel 6.3.9	Perbandingan rata-rata biaya lab pada pasien umum & asuransi ..	73
Tabel 6.3.10	Lama Rawat berdasarkan standar DRG	74
Tabel 6.4.1	Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas 3	74
Tabel 6.4.2	Deskripsi Total Biaya Pengobatan	75
Tabel 6.5.1	Pemodelan awal multivariat	75
Tabel 6.5.2	Pemodelan akhir multivariat	76

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Peraga 1	26
Gambar 3.1	Desain Fisik dan Bangunan PKSC	36
Gambar 3.2	Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan St. Carolus	37
Gambar 4.1	Peraga 1	52

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran Output Hasil Uji Statistik



BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG

Dalam mencapai tujuan nasional bangsa Indonesia sesuai Pembukaan UUD 1945, yaitu melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial, maka pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. (KMK No. 374 tahun 2009 Tentang Sistem Kesehatan Nasional)

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam undang-undang Dasar 1945. Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada : 1) Perikemanusiaan, 2) Pemberdayaan dan kemandirian, 3) Adil dan merata, serta 4) Pengutamaan dan manfaat. (KMK No. 374 tahun 2009 Tentang Sistem Kesehatan Nasional)

Sampai saat ini, sistem kesehatan di Indonesia sangat jauh dari cita-cita keadilan sosial bagi seluruh rakyat. Rakyat kecil sangat terbebani dengan sistem kesehatan yang diperdagangkan. Rakyat yang membayar lebih banyak mendapat pelayanan yang lebih banyak atau lebih baik mutunya, *you get what you pay for*. Di bulan Februari 2005, Televisi 7 menayangkan program realita dimana seorang bayi anak petugas kebersihan Universitas Indonesia terpaksa meninggal dunia karena tidak punya uang. Pemda DKI juga tidak bisa menggunakan dana jaminan

kesehatan bagi penduduk miskin, karena orang tua pasien bukan penduduk DKI. Jika saja ada dana dan program Askeskin sudah berjalan, maka nyawa si bayi hampir pasti dapat diselamatkan. (Thabrany,2008, *Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN, hal 3.*)

Mahalnya biaya pengobatan di Indonesia saat ini di antaranya juga disebabkan oleh kebijakan para dokter yang secara bebas menentukan sendiri tarif untuk pengobatan kepada pasien. Padahal, tingginya biaya obat-obatan dan jasa dokter seringkali membuat masyarakat miskin tidak dapat mengakses pelayanan kesehatan sebagaimana mestinya. Menurut pengamat masalah kesehatan yang juga mantan ketua Ikatan Dokter Indonesia (IDI) Dr. Kartono Mohamad, bila Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dapat diimplementasikan, setiap dokter tidak bisa lagi menentukan tarif seenaknya seperti yang terjadi selama ini. "Tiap dokter menentukan sendiri, itu yang saya katakan liberal. Liberal tidak teratur, tidak ada peraturan. Kalau sistem jaminan sosial diterapkan, dokter hanya boleh menarik sekian, harga obat juga ditetapkan hanya boleh sekian," ujarnya dalam diskusi panel bertajuk "Sampai Di mana Universal Health Coverage?" yang diselenggarakan Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia, Jumat (15/4) di Jakarta. Sayangnya, sejak undang-undang tersebut dibuat pada 2004 silam, pemerintah tak kunjung membentuk Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) yang berwenang untuk menjalankan program tersebut. "Kalau Sistem Jaminan Sosial Nasional diimplementasikan, masyarakat akan mendapat manfaat yang besar. Bisa lebih produktif hidupnya," tambah Kartono. Dalam UU No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dikatakan, iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh Pemerintah. Sedangkan bagi yang mampu, wajib membayar iuran yang besarnya ditetapkan berdasarkan persentase dari upah atau jumlah nominal tertentu. Jika tidak ada BPJS, maka tidak akan pernah ada SJSN. Ini artinya, tidak akan ada jaminan kesehatan, jaminan kematian, jaminan pensiun, jaminan hari tua, jaminan kecelakaan bagi seluruh rakyat Indonesia. (JAKARTA, KOMPAS.com - **Tarif Dokter Liberal, Biaya Berobat Mahal** . Bramirus Mikail | Asep Candra | Senin, 18 April 2011 | 12:18 WIB)

Sistem kesehatan Indonesia sangat tidak memihak kepada rakyat. Hal ini tercermin dari sistem pembayaran jasa per pelayanan (*fee for service*) yang diterapkan Indonesia, meskipun pelayanan tersebut disediakan di RS publik. Artinya rakyat Indonesia menghadapi ketidak pastian (*uncertainty*) dalam memperoleh pelayanan kesehatan. Di rumah sakit publikpun, rakyat tidak tahu berapa biaya yang harus dibayarnya jika ia atau seorang keluarganya dirawat, sampai ia keluar dari rumah sakit. (Thabrany, 2008)

Mahli Rubi (2007) dalam disertasinya menemukan bahwa 83% rumah tangga mengalami pembayaran katastropik, ketika satu anggota rumah tangga membutuhkan rawat inap. Artinya, sebuah rumah tangga akan jatuh miskin (*sadikin*, sakit sedikit jadi miskin), karena harus berhutang atau menjual harta benda untuk berobat di rumah sakit, bahkan di rumah sakit publik. Padahal di seluruh dunia, prinsip keadilan yang merata (*setara*) atau *equity* yang digunakan adalah *equity egalitarian*, yang pada prinsipnya menjamin bahwa setiap penduduk mendapat pelayanan sesuai dengan kebutuhan medisnya (*you get what you need*), dan bukan sesuai kemampuan membayar (Thabrany,2005;Wagsaff and Doorslair,2000)

Kesehatan adalah hak dan investasi, semua warga negara berhak atas kesehatannya. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H menyatakan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapat lingkungan yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Dalam pasal 34 ayat (1), bahwa fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh negara, ayat (3) bahwa negara bertanggungjawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas umum yang layak. Sedangkan dalam Undang-Undang Nomor 23 tahun1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Dengan amandemen tiga pasal tersebut, tugas pemerintah harus makin jelas secara eksplisit menempatkan kesehatan sebagai bagian utama dari pembangunan rakyat yang harus tersedia secara merata bagi seluruh rakyat,.

Model pembayaran pelayanan kesehatan pasien keluarga miskin sebelum bulan September 2008, dilaksanakan dengan sistem pembayaran *retrospektif*,

yaitu besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar ditetapkan setelah pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan (*fee for service*), artinya pihak fasilitas kesehatan yang menetapkan tarif pelayanan. Sistem ini tidak membatasi biaya perawatan maksimal seorang pasien yang dirawat di rumah sakit. Model pembayaran *fee for service* ini cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan. Mulai bulan September 2008, model pembayaran pelayanan kesehatan pasien keluarga miskin berdasarkan *prospective payment system*, yaitu sistem pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan diberikan kepada pasien, tanpa memperhatikan tindakan medis yang diberikan atau lamanya hari perawatan. (Chandra Ibrahim;2009, Hal18)

Hal ini sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 dan Nomor 807/Menkes/E/VIII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008. Sistem pembayaran seperti ini didasarkan pada keadaan yang menggambarkan berbagai tipe ("*mix*") kondisi pasien atau penyakit ("*cases*") selama berobat/dirawat di rumah sakit. Sistem ini disebut *casemix*, yaitu sistem klasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di rumah sakit berdasar pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem *casemix* yang paling banyak dikenal saat ini adalah *Diagnosis Related's Group* (DRG), yaitu pengelompokan pelayanan medik ke dalam suatu besaran pembiayaan tertentu berdasarkan diagnosis penyakit. Di Indonesia dikenal dengan *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). INA-DRG *casemix* berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah hari rawat dan besar biaya per diagnosis penyakit. Keuntungan menggunakan INA-DRG adalah transparansi tarif atas biaya pelayanan yang diberikan serta adanya perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik.

Sistem INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) adalah merupakan solusi untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien

berbasis kasus campuran. DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit. Diagnosis dalam DRG sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification Disease Ninth Edition Clinical Modification*) dan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth revision* (ICD-10). Pengelompokan diagnosis ditetapkan berdasarkan dua prinsip yaitu *clinical homogeneity* (pasien yang memiliki kesamaan klinis) dan *resource homogeneity*. Dengan adanya ICD memudahkan dalam pengelompokan penyakit agar tidak terjadi tumpang tindih yang menggunakan intensitas sumber-sumber yang sama untuk terapi. Dalam sistem pembayaran ini, rumah sakit maupun pihak asuransi tidak lagi merinci tagihan dengan membuat daftar pelayanan apa saja yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu keluar dari rumah sakit (pulang/meninggal) dan memasukkan kode ICD-10 untuk diagnosis tersebut. Besarnya tagihan untuk diagnosis tersebut sudah ditetapkan oleh pemerintah (Hata, 2008).

Pelayanan rawat inap adalah kegiatan pelayanan terhadap pasien yang masuk rumah sakit, menempati tempat tidur untuk keperluan observasi, diagnosis, terapi, rehabilitasi medik dan / atau pelayanan medik lainnya. Bagian rawat inap mempunyai kedudukan sangat penting di rumah sakit dalam rangka menyelenggarakan fungsi utamanya. Tenaga yang terlibat dalam pemberian pelayanan pasien antara lain dokter, perawat, bidan, ahli gizi, dan tenaga keteknisian kesehatan lainnya. (KMK RI No.1165/MENKES/SK/XI/2007 Tentang Pola Tarif Rumah Sakit Badan Layanan Umum).

Dalam tatalaksana pelayanan kesehatan keluarga miskin, pelayanan rawat inap dilakukan secara terpadu, yang terdiri atas biaya kamar perawatan, jasa pelayanan termasuk tindakan/prosedur medis, pemeriksaan penunjang, konsumsi selama perawatan, maupun obat-obatan dan bahan habis pakai selama pasien dirawat. Secara teknis, pembayaran biaya setiap jenis penyakit terdapat biaya maksimal yang disediakan oleh pihak pembayar – langsung dari Kas Negara. Sebagai contoh, seorang pasien dengan diagnosa hipertensi tanpa komplikasi,

dalam paket tarif pelayanan untuk rumah sakit kelas B adalah Rp.2.903.555,- dengan lama hari rawat 6,9 hari. Namun, apabila klaim yang diajukan rumah sakit mencapai Rp.3.500.000,- terdapat selisih pembiayaan pasien yang akan menjadi tanggungan pemerintah daerah setempat. Kelebihan biaya tersebut dapat diakibatkan kurang baiknya rencana penatalaksanaan pengobatan pasien atau karena tingkat keparahan penyakit yang diderita. (Chandra Ibrahim;2009, hal 19)

Pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional di rumah sakit swasta belum berjalan sebagaimana yang diharapkan. Beberapa Rumah sakit swasta kesulitan dalam pelaksanaan sistem jaminan sosial ini. Perbedaan tarif antara rumah sakit swasta dan pemerintah menjadi kendala dalam penerapannya. Untuk itu peneliti ingin meneliti penerapan sistem jaminan sosial di rumah sakit swasta khususnya di Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada satu diagnosa penyakit yaitu Demam Tifoid yang mendapat perawatan, membandingkan selisih pembiayaan kesehatan dari kasus tersebut. Dengan dilakukannya penelitian ini diharapkan ada kebijakan untuk penerapan sistem jaminan sosial nasional ini dimana pembayaran selisih pembiayaan kesehatan tersebut dapat dibayarkan oleh pasien atau peserta jaminan kesehatan.

Dari data sepuluh penyakit terbanyak pasien rawat inap dibawah ini peneliti mengambil satu kasus yaitu demam tifoid di Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pemilihan terhadap demam tifoid karena Penyakit Tifoid merupakan penyakit yang mengancam kesehatan masyarakat di Indonesia, oleh karenanya dalam meningkatkan kualitas kesehatan masyarakat sejak usia dini, perlu dilakukan upaya pengendalian Demam Tifoid dengan pemeriksaan berkala, pengobatan, pengamatan penyakit, perbaikan kesehatan lingkungan dan penyuluhan kesehatan. Di Indonesia penyakit ini bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Dari telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, kasus tersangka tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dengan kematian antara 0,6 - 5 %. berdasarkan KMK RI No. 364/MENKES/SK/V/2006 Tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid

Data Pasien rawat inap dengan diagnosa Demam Tifoid yang diambil dari data data rekam medis di Pelayanan Kesehatan Sint Carolus seperti terlihat pada data di bawah ini.

Tabel 1.1. Data Pasien Rawat Inap dengan Demam Tifoid di Pelayanan Kesehatan Sint Carolus pada bulan Januari sampai Mei 2011

BLN	Σ	SEX		Umur wkt msk (dalam tahun)							Keluar	
		L	P	< 1 thn	1-4 thn	5-14	15-24	25-44	45-64	65+	H	M
Jan	30	16	14	0	1	7	6	9	5	2	29	1
Feb	40	20	20	0	3	10	7	10	10	0	40	0
Mar	26	10	16	0	3	7	3	11	2	0	26	0
Apr	20	15	5	0	3	2	1	8	2	4	20	0
Mei	24	11	13	1	4	2	5	9	3	0	24	0
Σ	140	72	68	1	14	28	22	47	22	6	139	1

Sumber Data : Unit Rekam Medik PKSC

Dalam memberikan Pelayanan Kesehatan maka Pelayanan Kesehatan St. Carolus (PKSC) bekerja sama dengan instansi lainnya khusus badan penyelenggara jaminan sosial yang ada. Data dibawah ini menunjukkan Jumlah Pasien masuk berdasarkan kelompok penanggung biayanya.

Tabel 1.2. Pasien Masuk Per Kelompok Penanggung Biaya Bulan Januari sampai dengan Juli 2011

Penanggung Biaya	Jenis Kelamin		Jumlah
	Pria	Wanita	
Pasien Umum	3873	4571	8444
Pelanggan	81	130	211
Pembebanan	0	7	7
PJPK Dalam	112	247	359
PJPK Luar	31	46	77
Gakin	10	10	20
TOTAL	4107	5011	9118

Sumber Data : Unit Rekam Medik PKSC

1.2 Rumusan Masalah

Dalam latar belakang diketahui bahwa pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional di rumah sakit swasta khususnya di Pelayanan Kesehatan St. Carolus masih belum bisa berjalan sebagaimana yang diharapkan. Ada beberapa masalah yang menjadi kendala dalam penerapan sistem jaminan sosial di rumah sakit swasta khususnya di Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Belum pernah dilakukan penelitian tentang kajian terhadap kelayakan pembayaran Diagnosis Related Group di Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Untuk penelitian ini peneliti mengambil satu kasus penyakit yaitu demam tifoid. Peneliti ingin mengetahui berapa total biaya yang dibayarkan pada kasus demam tifoid di rawat inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Pemilihan diagnosa penyakit demam tifoid dikarenakan kasusnya sederhana dan uniform sehingga distribusi biaya tidak terlalu besar. Dengan harapan penelitian ini bisa menjadi bahan pertimbangan bagi Pelayanan Kesehatan Sint Carolus di masa mendatang untuk merawat pasien yang dijamin oleh sistem jaminan sosial nasional berdasarkan tarif DRG.

1.3 Pertanyaan Penelitian

- 1.3.1 Berapa total biaya yang dibayarkan pada pasien demam tifoid di rawat inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus.
- 1.3.2 Apakah ada perbedaan total biaya perawatan, total biaya dokter, total biaya laboratorium dan lama rawat antara pasien umum dan asuransi?
- 1.3.3 Apakah total biaya perawatan pasien demam tifoid masuk dalam biaya total perawatan DRG?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum :

Untuk mengetahui total biaya yang dibayarkan pada penderita demam tifoid di rawat inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

1.4.2 Tujuan Khusus

Diketahui apakah ada perbedaan perlakuan terhadap pasien umum dan asuransi.

1.5. Manfaat Penelitian

1.5.1 Bagi Organisasi dan Manajemen Pelayanan Kesehatan St. Carolus dapat mengetahui total biaya perawatan demam tifoid di P.K. Sint Carolus

1.5.1.1. Penelitian ini sebagai bahan kajian terhadap kelayakan pembayaran DRG di Pelayanan Kesehatan St. Carolus

1.5.1.2 Pelayanan Kesehatan St. Carolus bisa ikut serta sebagai rumah sakit swasta dalam pelaksana penerapan sistem jaminan sosial nasional.

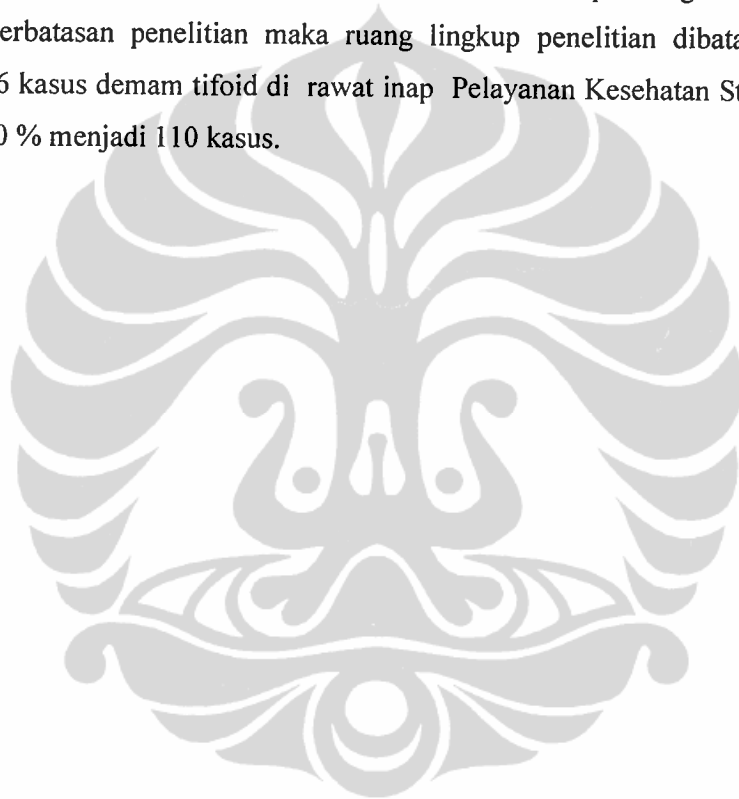
1.5.1.3 Dapat digunakan sebagai contoh Total Biaya Perawatan terhadap diagnosis penyakit lain.

1.5.2. Bagi pasien rawat inap penderita demam tifoid

1.5.2.1 Mengetahui total biaya selama perawatan di rumah sakit

1.6. Ruang Lingkup Dan Keterbatasan Penelitian

Penelitian tentang kajian terhadap kelayakan pembayaran DRG : Studi kasus demam tifoid di Pelayanan Kesehatan St. Carolus diambil dari data rekam medik pasien rawat inap yang dirawat pada bulan Januari 2011 sampai dengan Mei 2011. Karena keterbatasan penelitian maka ruang lingkup penelitian dibatasi hanya sebanyak 96 kasus demam tifoid di rawat inap Pelayanan Kesehatan St. Carolus ditambah 10 % menjadi 110 kasus.



BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Sistem Kesehatan Nasional (SKN)

Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah bentuk dan cara penyelenggaraan kesehatan yang memadukan berbagai upaya bangsa Indonesia dalam satu derap langkah guna menjamin tercapainya tujuan pembangunan kesehatan dalam kerangka mewujudkan kesejahteraan rakyat sebagaimana dimaksud dalam Undang – Undang Dasar 1945.

Pembangunan kesehatan adalah upaya yang dilaksanakan oleh semua komponen bangsa yang bertujuan untuk meningkatkan kesadaran, ekmauan dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi – tingginya dapat terwujud. Pembangunan kesehatan diselenggarakan berdasarkan pada ; 1) Perikemanusiaan, 2) Pemberdayaan dan kemandirian, 3) Adil dan merata, serta 4) Pengutamaan dan manfaat.

Landasan SKN meliputi :

1. Landasan Idiil, yaitu Pancasila.
2. Landasan Konstitusional, yaitu UUD 1945, khususnya : Pasal 28 A, setiap orang berhak untuk hidup serta berhak untuk mempertahankan hidup dan kehidupannya; pasal 28 H ayat (1), setiap orang berhak sejaktera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan dan ayat (3), setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermartabat, serta pasal 34 ayat (2), Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat yang memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan dan ayat (3), Negara bertanggung jawabmatas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak; Pasal 28 B ayat (2), setiap anak berhak atas kelangsungan hidup, tumbuh dan berkembang; Pasal 28 C ayat (1), setiap orang berhak mengembangkan diri melalui pemenuhan kebutuhan dasarnya, berhak mendapat pendidikan dan memperoleh manfaat dari ilmu pengetahuan dan

teknologi, seni dan budaya, demi meningkatkan kualitas hidupnya dan demi kesejahteraan umat manusia.

3. Landasan Operasional meliputi seluruh ketentuan peraturan perundangan yang berkaitan dengan penyelenggaraan SKN dan pembangunan kesehatan. Beberapa peraturan perundangan tersebut terdapat dalam Lampiran-1 dari RPJP-K Tahun 2005-2025

Dalam penyelenggaraannya, SKN mengacu pada dasar-dasar sebagai berikut :

1. Hak Asasi Manusia (HAM)

Sesuai dengan tujuan pembangunan nasional dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar 1945, yaitu untuk meningkatkan kecerdasan bangsa dan kesejahteraan rakyat, maka setiap penyelenggaraan SKN berdasarkan pada prinsip hak asasi manusia. Undang-Undang Dasar 1945 pasal 28 H Ayat (1) antara lain menggariskan bahwa setiap rakyat berhak atas pelayanan kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya tanpa membedakan suku, golongan, agama, jenis kelamin, dan status sosial ekonomi. Setiap anak dan perempuan berhak atas perlindungan dari kekerasan dan diskriminasi.

2. Sinergisme dan Kemitraan yang Dinamis

Sistem Kesehatan Nasional akan berfungsi baik untuk mencapai tujuannya apabila terjadi Koordinasi, Integrasi, Sinkronisasi, dan Sinergisme (KISS), baik antar pelaku, antar subsistem SKN, maupun dengan sistem serta subsistem lain di luar SKN. Dengan tatanan ini, maka sistem atau seluruh sektor terkait, seperti pembangunan prasarana, keuangan dan pendidikan perlu berperan bersama dengan sektor kesehatan untuk mencapai tujuan nasional. Pembangunan kesehatan harus diselenggarakan dengan menggalang kemitraan yang dinamis harmonis antara pemerintah dan masyarakat, termasuk swasta dengan memberdayakan potensi yang dimiliki masing-masing. Kemitraan tersebut diwujudkan dengan mengembangkan jejaring yang berhasil guna dan berdaya guna, agar diperoleh sinergisme yang lebih mantap dalam rangka mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya.

3. Komitmen dan Tata Pemerintahan yang Baik (Good Governance)

Agar SKN berfungsi baik, diperlukan komitmen yang tinggi, dukungan dan kerjasama yang baik dari para pelaku untuk menghasilkan tata penyelenggaraan pembangunan kesehatan yang baik (good governance). Pembangunan kesehatan diselenggarakan secara demokratis, berkapasitas hukum, terbuka (transparan), rasional, profesional, serta bertanggung jawab dan bertanggung gugat (akuntabel).

4. Dukungan Regulasi

Dalam menyelenggarakan SKN, diperlukan dukungan regulasi berupa adanya berbagai peraturan perundangan yang mendukung penyelenggaraan SKN dan penerapannya (law enforcement)

5. Antisipatif dan Pro Aktif

Setiap pelaku pembangunan kesehatan harus mampu melakukan antisipasi atas perubahan yang akan terjadi, yang di dasarkan pada pengalaman masa lalu atau pengalaman yang terjadi di negara lain. Dengan mengacu pada antisipasi tersebut, pelaku pembangunan kesehatan perlu lebih proaktif terhadap perubahan lingkungan strategi baik yang bersifat internal maupun eksternal.

6. Respon Gender

Dalam penyelenggaraan SKN, setiap penyusunan rencana kebijakan dan program serta dalam pelaksanaan program kesehatan harus menerapkan kesetaraan dan keadilan gender. Kesetaraan gender dalam pembangunan kesehatan adalah kesamaan kondisi bagi laki-laki dan perempuan untuk memperoleh kesempatan dan hak-haknya sebagai manusia, agar mampu berperan dan berpartisipasi dalam kegiatan pembangunan kesehatan serta kesamaan dalam memperoleh manfaat pembangunan kesehatan. Keadilan gender adalah suatu proses untuk menjadi adil terhadap laki-laki dan perempuan dalam pembangunan kesehatan.

7. Kearifan Lokal

Penyelenggaraan SKN di daerah harus memperhatikan dan menggunakan potensi daerah yang secara positif dapat meningkatkan hasil guna dan daya guna pembangunan kesehatan, yang dapat diukur secara kuantitatif dari meningkatnya peran serta masyarakat dan secara kualitatif dari meningkatnya kualitas hidup jasmani dan rohani. Dengan demikian kebijakan pembangunan daerah di bidang kesehatan harus sejalan dengan SKN, walaupun dalam prakteknya dapat disesuaikan dengan potensi dan kondisi serta kebutuhan masyarakat di daerah terutama dalam penyediaan pelayanan kesehatan dasar bagi rakyat.

Subsistem SKN meliputi :

1. Subsistem Upaya Kesehatan

Upaya kesehatan diselenggarakan dengan upaya peningkatan, pencegahan, pengobatan dan pemulihan

2. Subsistem Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan bersumber dari berbagai sumber, yakni : Pemerintah, Pemerintah daerah, swasta, organisasi masyarakat, dan masyarakat itu sendiri. Pembiayaan pelayanan kesehatan masyarakat merupakan *public good* yang menjadi tanggung jawab pemerintah, sedangkan untuk pelayanan kesehatan perorangan pembiayaan bersifat *private*, kecuali pembiayaan untuk masyarakat miskin dan tidak mampu menjadi tanggung jawab pemerintah. Pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan diselenggarakan melalui jaminan pemeliharaan kesehatan dengan mekanisme asuransi sosial yang pada waktunya diharapkan akan mencapai universal coverage sesuai dengan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

3. Subsistem Sumber Daya Manusia Kesehatan

Sebagai pelaksana upaya kesehatan diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Pengembangan dan

pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi : 1) perencanaan sumber daya manusia yang diperlukan 2) pengadaan yg meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan SDM kesehatan, diperlukan sumber daya manusia yang mencukupi dalam jumlah, jenis dan kualitasnya, serta terdistribusi secara adil dan merata, sesuai tuntutan kebutuhan pembangunan kesehatan. Pengembangan dan pemberdayaan SDM Kesehatan meliputi : 1) perencanaan sumber daya manusia yang diperlukan 2) pengadaan yg meliputi pendidikan tenaga kesehatan dan SDM kesehatan, 3) Pendayagunaan SDM Kesehatan termasuk peningkatan kesejahteraannya dan 4) pembinaan serta pengawasan SDM Kesehatan.

4. Subsistem Sediaan Farmasi, Alat Kesehatan dan Makanan

Meliputi berbagai kegiatan untuk menjamin : aspek keamanan, khasiat/kemanfaatan dan mutu sediaan farmasi, alat kesehatan dan makanan yang beredar, ketersediaan pemerataan dan keterjangkauan obat, terutama obat esensial; perlindungan masyarakat dari penggunaan yang salah dan penyalahgunaan obat; penggunaan obat yang rasional; serta upaya kemandirian di bidang kefarmasian melalui pemanfaatan sumber daya dalam negeri.

5. Subsistem Manajemen dan Informasi Kesehatan

Subsistem ini meliputi : kebijakan kesehatan, administrasi kesehatan, hukum kesehatan dan informasi kesehatan.

6. Subsistem pemberdayaan Masyarakat

SKN akan berfungsi optimal apabila ditunjang oleh pemberdayaan masyarakat. Masyarakat termasuk swasta bukan semata-mata sebagai sasaran pembangunan kesehatan, melainkan sebagai subjek atau penyelenggara dan pelaku pembangunan kesehatan.

Prinsip penyelenggaraan SKN meliputi :

- a. Berkesinambungan dan paripurna
- b. Bermutu, aman dan sesuai kebutuhan
- c. Adil dan merata
- d. Non diskriminatif
- e. Terjangkau
- f. Teknologi tepat guna
- g. Bekerja dalam tim secara cepat dan tepat

Dalam hal pengaturan penggalian dan pengumpulan serta pemanfaatan dana yang bersumber dari iuran wajib, pemerintah harus melakukan sinkronisasi dan sinergisme antara sumber dana dari iuran wajib, dana APBN/APBD, dana dari masyarakat, dan sumber lainnya.

a. Penggalian Dana

Penggalian dana untuk pembangunan kesehatan yang bersumber dari pemerintah dilakukan melalui pajak umum, pajak khusus, bantuan atau pinjaman yang tidak mengikat, serta berbagai sumber lainnya. Dana yang bersumber dari swasta dihimpun dengan menerapkan prinsip kemitraan antara pemerintah dan masyarakat yang didukung dengan pemberian insentif. Penggalian dana yang bersumber dari masyarakat dihimpun secara aktif oleh masyarakat sendiri atau dilakukan secara pasif dengan memantau dan didorong pada bentuk jaminan pemeliharaan kesehatan.

b. Pengalokasian Dana

Pengalokasian dana pemerintah dilakukan melalui perencanaan anggaran dengan mengutamakan upaya kesehatan prioritas secara bertahap dan terus ditingkatkan jumlah pengalokasiannya sehingga sesuai dengan kebutuhan. Hal ini termasuk

program bantuan sosial dari pemerintah untuk pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan tidak mampu (Jamkesmas).

Dana pemerintah untuk pembangunan kesehatan diarahkan untuk membiayai upaya kesehatan primer, sekunder dan tersier dengan mengutamakan masyarakat rentan dan miskin, daerah terpencil, perbatasan, pulau-pulau terluar dan terdepan, serta yang tidak diminati swasta, termasuk program-program kesehatan yang mempunyai daya ungkit terhadap peningkatan derajat kesehatan masyarakat,

Pengalokasian dana untuk pelayanan kesehatan perorangan dilakukan melalui kepesertaan dalam jaminan pemeliharaan kesehatan yang diatur oleh pemerintah. Pengalokasian dana yang dihimpun dari masyarakat dilaksanakan berdasarkan asas gotong royong sesuai dengan potensi dan kebutuhannya.

c. Pembelanjaan

Pemanfaatan dana kesehatan dilakukan dengan memperhatikan aspek teknis maupun alokatif sesuai peruntukannya secara efisien dan efektif untuk terwujudnya pengelolaan pembiayaan kesehatan yang transparan, akuntabel serta menerapkan prinsip penyelenggaraan tata pemerintahan yang baik (good governance). Pembelanjaan dana kesehatan diarahkan terutama melalui jaminan pemeliharaan kesehatan, baik yang bersifat wajib maupun sukarela serta dalam upaya peningkatan akses dan mutu pelayanan kesehatan. (KMK RI No. 374/MENKES/SK/V/2009 Tentang Sistem Kesehatan Nasional)

2.2. Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)

Undang-Undang yang mengatur tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional adalah UU No 40 tahun 2004. UU ini mengatur program jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, jaminan hari tua termasuk pensiun dan jaminan kematian yang lebih adil dan merata bagi seluruh rakyat. Secara garis besar, UU No 40 tahun 2004, dirancang untuk:

1. Memenuhi amanat UUD 1945, khususnya pasal 34 ayat 2 ; Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan

- memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.
2. Meningkatkan jumlah peserta program jaminan sosial di Indonesia. Hal ini disebabkan, oleh karena sejauh ini, peserta program jaminan sosial di Indonesia masih sangat rendah.
 3. Meningkatkan cakupan manfaat / benefit yang dapat dinikmati oleh peserta program jaminan sosial. Hal ini disebabkan, oleh karena manfaat program jaminan sosial belum dapat sepenuhnya dinikmati oleh sebagian besar rakyat Indonesia. Bagi Pegawai Negeri Sipil belum meliputi program Jaminan Kecelakaan Kerja, sementara bagi kelompok pekerja formal swasta, belum memiliki program jaminan kesehatan dan jaminan pensiun.
 4. Meningkatkan kualitas manfaat yang dapat dinikmati oleh peserta program jaminan sosial, agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak.
 5. Terselenggaranya keadilan sosial dalam penyelenggaraan program jaminan sosial bagi seluruh masyarakat Indonesia. Dengan pengembangan SJSN, diharapkan terselenggara penyelenggaraan program jaminan sosial secara terpadu, sinkron, melalui pendekatan sistem yang berlaku bagi semua penduduk Indonesia.
 6. Terselenggaranya prinsip - prinsip penyelenggaraan program jaminan sosial sesuai dengan prinsip-prinsip universal yang dikenal, misalnya prinsip kegotong royongan, kepesertaan bersifat wajib, nirlaba , transparan, pruden dan akuntabel.
 7. Dilaksanakan secara bertahap, baik dari aspek jenis program maupun kepesertaan dengan memperhatikan kelayakan program.

Model pembayaran pelayanan kesehatan pasien keluarga miskin sebelum bulan September 2008, dilaksanakan dengan sistem pembayaran *retrospektif*, yaitu besaran biaya dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar ditetapkan setelah pelayanan diberikan oleh tenaga kesehatan (*fee for service*), artinya pihak fasilitas kesehatan yang menetapkan tarif pelayanan.

Sistem ini tidak membatasi biaya perawatan maksimal seorang pasien yang dirawat di rumah sakit. Model pembayaran *fee for service* ini cenderung meningkatkan biaya pelayanan kesehatan.

Mulai bulan September 2008, model pembayaran pelayanan kesehatan pasien keluarga miskin berdasarkan *prospective payment system*, yaitu sistem pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan di rumah sakit dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan diberikan kepada pasien, tanpa memperhatikan tindakan medis yang diberikan atau lamanya hari perawatan.

Hal ini sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 dan Nomor 807/Menkes/E/VIII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008. Sistem pembayaran seperti ini didasarkan pada keadaan yang menggambarkan berbagai tipe ("*mix*") kondisi pasien atau penyakit ("*cases*") selama berobat/dirawat di rumah sakit. Sistem ini disebut *casemix*, yaitu sistem klasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di rumah sakit berdasar pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem *casemix* yang paling banyak dikenal saat ini adalah *Diagnosis Related's Group* (DRG), yaitu pengelompokan pelayanan medik ke dalam suatu besaran pembiayaan tertentu berdasarkan diagnosis penyakit. Di Indonesia dikenal dengan *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). INA-DRG *casemix* berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah hari rawat dan besar biaya per diagnosis penyakit. Keuntungan menggunakan INA-DRG adalah transparansi tarif atas biaya pelayanan yang diberikan serta adanya perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik.

Dalam rumusan konsep jaminan sosial untuk Indonesia, sistem jaminan sosial harus dibangun diatas tiga pilar yaitu :

Pilar pertama yang terbawah adalah pilar bantuan sosial (*social assistance*) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam praktiknya, bantuan sosial ini mewujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar

mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN. Pilar kedua adalah pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proposional terhadap penghasilannya/upahnya. Pilar satu dan pilar dua ini merupakan fondasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak yang harus diikuti dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial publik). Pilar ketiga adalah pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang menginginkan jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang). Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, atau program-program lain yang dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok seperti investasi saham, reksa dana atau membeli properti sebagai tabungan bagi dirinya atau keluarganya. Pada pilar ketiga jaminan kesejahteraan yang akan dipenuhi adalah keinginan (want. demand) sedangkan pada dua pilar pertama yang dipenuhi adalah kebutuhan (need).

Prinsip- prinsip yang menjadi ciri program jaminan sosial.

1. Bahwa program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah Negara.
2. Ada peran peserta untuk ikut membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi , baik sosial / komersial atau tabungan.
3. Dimulai dari kelompok formal, non formal dan baru kelompok masyarakat mandiri
4. Kepesertaan yang bersifat wajib, sehingga hukum & the law of large numbers cepat terpenuhi,
5. Peran Negara yang besar
6. Bersifat not for profit
7. Ternyata merupakan instrumen mobilisasi dana masyarakat yang besar, sehingga mampu membentuk tabungan nasional yang juga besar, sehingga memberi dampak ekonomi/ pembangunan pada umumnya.

2.3. Unit Cost

Menurut Hansen&Mowen (2005) unit cost didefinisikan sebagai hasil pembagian antara total cost yang dibutuhkan dengan jumlah unit produk yang dihasilkan. Produk yang dimaksud dapat berupa barang ataupun jasa. Secara sederhana unit cost dapat diartikan sebagai biaya per unit produk atau biaya per pelayanan. Analisis biaya melalui perhitungan biaya per unit ini (unit cost) dapat dipergunakan rumah sakit sebagai dasar pengukuran kinerja, sebagai dasar penyusunan anggaran dan subsidi, alat negosiasi pembiayaan kepada stakeholder terkait dan dapat pula dijadikan acuan dalam mengusulkan tarif pelayanan rumah sakit yang baru dan terjangkau masyarakat.

Istilah "perhitungan *unit cost*" yang dikenal selama ini sebenarnya merupakan salah satu bagian dari teori "akuntansi biaya". Akuntansi biaya merupakan proses pencatatan, penggolongan, peringkasan dan penyajian atas informasi biaya yang dikeluarkan dalam menghasilkan produk atau pemberian jasa dengan cara tertentu serta penafsiran terhadapnya. Proses ini berlaku bagi setiap organisasi yang menerapkan akuntansi biaya. Penentuan *unit cost* dalam analisis biaya, atau yang dikenal secara umum dengan harga pokok, diperlukan untuk menentukan tarif yang sesuai dengan biaya yang benar-benar terjadi (*the real costs*), disamping tujuan lainnya seperti mengidentifikasi sistem akuntansi biaya, menilai efisiensi, dan anggaran. Hansen&Mowen (2005)

Biaya (cost) dalam akuntansi biaya diartikan dalam dua pengertian yang berbeda, yaitu biaya dalam artian cost dan biaya dalam artian expense. Biaya (cost) adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan tertentu. Biaya ini belum habis masa pakainya, dan digolongkan sebagai aktiva yang dimasukkan dalam neraca. Sedangkan Beban atau expense adalah biaya yang telah memberikan manfaat dan sekarang telah habis. Biaya yang belum dinikmati yang dapat memberikan manfaat di masa akan datang dikelompokkan sebagai harta. Beban ini dimasukkan ke dalam laba/rugi, sebagai pengurangan dari pendapatan. Membedakan antara biaya dan beban dapat dicontohkan sebagai berikut :

Pembelian mesin, nilai yang dikeluarkan untuk memperoleh mesin tersebut merupakan biaya, tetapi setelah dipakai akan menimbulkan pentusutan terhadap mesin yang akan menjadi beban. (Bustami Bastian & Nurlela, 2006, *Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu)

Pemahaman tentang perilaku biaya merupakan hal yang sangat penting bagi suatu organisasi dalam beberapa pengambilan keputusan. Perilaku biaya dapat diartikan sebagai perubahan biaya yang terjadi akibat perubahan dari aktifitas bisnis yang tidak hanya penting bagi perusahaan manufaktur saja, tetapi juga bagi perusahaan-perusahaan lain, termasuk perusahaan industri jasa dan perusahaan nirlaba. (Bustami Bastian & Nurlela, 2006, *Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu)

Klasifikasi biaya berdasarkan pola perilaku biaya ini dapat digolongkan ke dalam : Biaya Variabel (Variabel Costs), Biaya Tetap (Fixed costs) dan Biaya Campuran (Mixed Costs). Variabel biaya adalah biaya yang secara total berubah sebanding dengan aktivitas atau volume produksi dalam rentang relevan tetapi perunit bersifat tetap. Bahan langsung dan tenaga kerja langsung dapat digolongkan sebagai biaya variabel. Biaya Tetap adalah biaya yang secara total tetap dalam rentang relevan (relevant range) tetapi perunit berubah. Dalam jangka panjang sebenarnya semua biaya bersifat variabel meskipun beberapa jenis biaya tampak sebagai biaya tetap. Biaya campuran adalah biaya yang mengandung unsur biaya tetap dan biaya variabel. (Bustami Bastian & Nurlela, 2006, *Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*. Yogyakarta: Graha Ilmu)

Sistem INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) adalah merupakan solusi untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit. Diagnosis dalam DRG sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification Disease Ninth Edition Clinical Modification*) dan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*

Tenth revision (ICD-10). Pengelompokan diagnosis ditetapkan berdasarkan dua prinsip yaitu *clinical homogeneity* (pasien yang memiliki kesamaan klinis) dan *resource homogeneity*. Dengan adanya ICD memudahkan dalam pengelompokan penyakit agar tidak terjadi tumpang tindih yang menggunakan intensitas sumber-sumber yang sama untuk terapi. Dalam sistem pembayaran ini, rumah sakit maupun pihak asuransi tidak lagi merinci tagihan dengan membuat daftar pelayanan apa saja yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu keluar dari rumah sakit (pulang/meninggal) dan memasukkan kode ICD-10 untuk diagnosis tersebut. Besarnya tagihan untuk diagnosis tersebut sudah ditetapkan oleh pemerintah (Hata, 2008).

Sistem akuntansi biaya mengukur dan mengalokasikan biaya, dengan demikian unit cost dapat ditentukan. Unit cost ini merupakan informasi yang sangat penting bagi suatu entitas. Dengan penghitungan unit cost, efisiensi dan kinerja suatu entitas dapat dimonitor dengan baik. Selain itu dengan penghitungan unit cost akan dihasilkan informasi mengenai biaya per item, sehingga akan lebih memudahkan dalam membuat strategi, penganggaran maupun berbagai keputusan penting lainnya. Dengan kata lain informasi mengenai unit cost dapat dijadikan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan bagi suatu entitas. Hansen&Mowen (2005)

Apabila dihubungkan dengan sesuatu yang dibiayai, biaya dapat di kelompokkan menjadi :

1. Biaya langsung,

Biaya langsung adalah biaya yang terjadi karena adanya sesuatu yang dibiayai. Biaya langsung di tiap-tiap ruang pelayanan adalah semua biaya yang terjadi dalam ruang tersebut dalam hubungannya dengan pelayanan pengguna jasa.

2. Biaya tidak langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang terjadinya tidak harus disebabkan oleh sesuatu yang dibiayai. Biaya tidak langsung dalam hubungannya

dengan pelayanan jasa yang diberikan adalah biaya produksi tidak langsung atau biaya *overhead*

(<http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>)

Langkah-langkah Penghitungan Unit Cost

Sebagai acuan dalam menghitung *unit cost* dalam suatu unit kerja ataupun bagian, berikut adalah langkah-langkah perhitungannya:

1. Tentukan unit kerja yang akan menjadi unit analisis,
2. Identifikasi semua produk/jasa yang dihasilkan oleh unit kerja, dan tentukan produk/jasa yang akan dianalisis,
3. Identifikasi semua biaya yang timbul di unit kerja karena melakukan pelayanan kepada pengguna jasa, berupa biaya langsung dan biaya tidak langsung,
4. Tentukan dasar alokasi biaya bersama. Biaya bersama adalah biaya yang digunakan untuk menghasilkan 2 produk/layanan atau lebih,
5. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi,
6. Analisis unit atau bagian lain yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit kerja,
7. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk unit kerja,
8. Hitung unit cost per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.

Berbagai Metode Analisis Biaya dalam akuntansi, khususnya dalam bidang analisis biaya ada berbagai metode yang saat ini berkembang. Aplikasi metode akuntansi biaya yang sering digunakan seperti metode satu langkah, metode dua langkah, metode *reciprocal*, metode DRG, metode *Activity Based Costing*, dan metode *Real Cost*. Perbedaan metode analisis biaya tersebut pada intinya terletak

pada bagaimana cara menentukan alokasi terhadap biaya yang terjadi.
<http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

Dalam metode satu langkah, setiap biaya pusat pelayanan pendukung dialokasikan pada beberapa pusat layanan utama yang menggunakan pelayanannya, tetapi tidak untuk pusat pelayanan yang lain. Akan tetapi metode ini gagal untuk mengenali bahwa beberapa pusat layanan menyediakan layanan untuk pusat layanan lain: misalnya, *housekeeping* membersihkan departemen *medical record*, pusat layanan yang lain. Kegagalan metode satu langkah ini kemudian memunculkan metode dua langkah.

Metode “dua langkah” memperbaiki kekurangan metode 'satu langkah'. Dengan metode ini, biaya pusat layanan 'dialirkan' ke pusat layanan pendukung lain dan ke pusat layanan utama yang menggunakan basis pengalokasian tertentu. Biasanya tahap ini dimulai dengan pusat pelayanan pendukung yang melayani beberapa pusat pelayanan lain di dalam organisasi dan membagikan biaya ke pusat-pusat biayanya. Kemudian diteruskan dengan pusat-pusat layanan lain dengan menggunakan model seperti metode satu langkah.

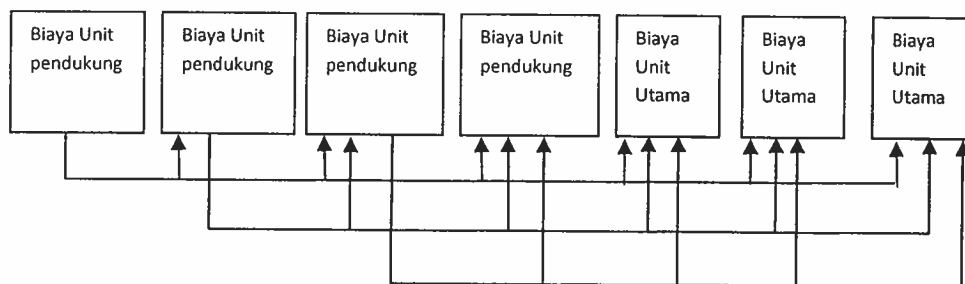
Metode lainnya yang juga mencoba memperbaiki metode *step down* adalah metode *Resiprocal*. Dalam metode ini, biaya pusat layanan tidak 'diturunkan'. Tetapi, akuntan mengembangkan persamaan simultan yang menghitung dan mengalokasikan setiap biaya pusat layanan pendukung atas dasar penggunaan layanan tersebut oleh semua pusat layanan lainnya, tidak hanya oleh pusat layanan yang ada di bawahnya. Singkatnya, dalam metode ini akuntan melakukan 3 aktifitas yang berbeda dalam usaha akuntansi biaya. Pertama, mendefinisikan pusat biaya. Kedua, memasukkan setiap biaya ke dalam pusat biaya-pusat layanan utama dan pusat layanan pendukung. Dengan biaya langsung, maka hal ini mudah dilakukan, tetapi lebih rumit jika dilakukan dengan pembiayaan tidak langsung. Dan yang ketiga, mengalokasikan biaya pusat layanan pendukung ke pusat layanan utama.

Untuk melaksanakan proses alokasi, dilakukan dengan 2 langkah. Pertama, memilih dasar pengalokasian (seperti luas ruangan) untuk setiap pusat biaya layanan pendukung; dasar-dasar ini digunakan untuk menghitung penggunaan layanan-layanan suatu pusat oleh pusat biaya lainnya. Kedua, memilih metode pengalokasian (seperti metode *step down*) untuk mendistribusikan biaya pusat layanan pendukung di antara pusat layanan utama. Kadang-kadang biaya ini menjadi cukup rumit.

Dari ketiga metode ini akan menyebabkan hasil analisis biaya kurang tepat karena banyaknya asumsi. Aplikasi berbagai metode ini tidak didasari pada ide untuk membangun sistem akuntansi biaya tetapi hanya bertujuan untuk menghasilkan informasi biaya. Karena itu hasil analisisnya akan bias dan tidak ada usaha untuk mengembangkan sistem akuntansi biaya di masa datang. <http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

2. Metode Double Distribution

Metode ini pada dasarnya hampir sama dengan metode dua langkah. Pada metode ini analisis diawali dengan membagi unit-unit kerja kedalam unit pendukung dan unit utama. Alokasi biaya dimulai dengan membagi biaya-biaya di unit pendukung ke unit pendukung lainnya, dan pada akhirnya ke unit utama. Alokasi dilakukan hingga semua biaya di unit pendukung habis. Secara umum alokasi biaya dengan metode ini dapat dilihat pada peraga berikut



Gambar 2.1 Peraga 1.

Setelah memperoleh alokasi biaya dari unit pendukung kemudian dilakukan analisis biaya di unit utama tersebut. Namun dasar biaya yang akan dianalisis di unit utama adalah kas yang keluar dalam membeli berbagai kebutuhan di suatu entitas. <http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

3. Metode Analisis Biaya Berdasarkan Aktivitas (ABC)

Metode ini sebenarnya merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada. Namun prasyarat metode ini yang mengharuskan sistem yang sangat baik dan terkomputerisasi menyebabkan metode ini sulit dilakukan di BLUD saat ini tanpa adanya perubahan sistem akuntansi dan keuangan. Walaupun demikian metode ini bisa digunakan pada beberapa aktivitas BLUD.

Activity-based cost system (ABC systems) merupakan suatu alternatif penentuan harga pokok produk atau jasa yang saat ini cukup dikenal dan sangat relevan. ABC Sistem, merupakan sistem informasi tentang pekerjaan (atau aktivitas) yang mengkonsumsi sumber daya dan menghasilkan nilai bagi konsumen. (Johnson, Thomas H., "*Activity-based Information: A Blueprint for World-Class Management Accounting*," Prentice-Hall International Editions. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1991, hal. 257)

Ada dua anggapan penting yang mendasari sistem ABC, yaitu:

1. Aktivitas menyebabkan timbulnya biaya.

Sistem ABC berawal dengan anggapan bahwa sumber daya pembantu atau sumber daya tidak langsung menyediakan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas, bukan sekedar menyebabkan timbulnya biaya yang harus dialokasikan.

2. Produk (pelanggan) menyebabkan timbulnya permintaan atas aktivitas.

Untuk membuat produk diperlukan berbagai aktivitas, dan setiap aktivitas memerlukan sumber daya untuk pelaksanaan aktivitas tersebut. Biaya berdasar aktivitas membebankan biaya ke produk dan jasa berdasar sumber daya yang

dikonsumsi. Sistem ini mengidentifikasi biaya aktivitas dan melacak aktivitas-aktivitas ke produk atau jasa tertentu yang memotivasi terjadinya aktivitas. (Cooper, Robin dan Robert S. Kaplan, "*The Design of Cost Management Systems: Text, Cases, and Readings*," Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1991, hal. 269)

Biaya tidak langsung atau biaya *overhead* dilacak ke suatu produk dan jasa tertentu daripada disebarkan ke seluruh produk dan jasa secara arbriter. Sistem ABC membuat pihak manajemen dapat belajar untuk mengendalikan timbulnya aktivitas dan mengendalikan biaya. Sumber daya mengalir ke aktivitas melalui *resources drivers*, kemudian aktivitas mengalir ke obyek biaya melalui *activity drivers*. *Resources drivers* digunakan untuk membebaskan biaya yang gunanya untuk memperkirakan konsumsi sumber daya oleh aktivitas. Setiap sumber daya dilacak ke aktivitas menjadi suatu elemen biaya (*cost element*). Kemudian elemen-elemen biaya tersebut berkumpul menjadi suatu *activity cost pool* (biaya total yang dihubungkan dengan suatu aktivitas). *Activity cost pool* selanjutnya dilacak ke obyek biaya melalui *activity drivers*. <http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

4. Metode Modifikasi

Metode ini didasarkan pada pertimbangan mengenai adanya kelemahan metode yang ada selama ini disatu sisi, dan keberadaan sistem yang tidak memungkinkan untuk aplikasi metode ABC disisi lain.

Metode ini sebenarnya mengacu pada konsep ABC dengan berbagai menghasilkan *output* hasil analisis tetapi juga akan menghasilkan identifikasi sistem akuntansi biaya yang perlu segera dibenahi.

Disamping mengacu pada tujuan akuntansi biaya, hasil akhir metode ini juga berupa saran pengembangan sistem. Karena itu, secara umum hasil analisis metode modifikasi adalah:

1. Informasi harga pokok (*unit cost*) untuk setiap produk atau jasa;

2. Informasi biaya untuk tujuan pencapaian efisiensi,
3. Informasi biaya untuk tujuan pengendalian biaya (berhubungan dengan anggaran),
4. Informasi manajemen untuk pengambilan keputusan khusus,
5. Informasi mengenai kesiapan sistem sistem akuntansi biaya.

Informasi biaya yang sesungguhnya yang diperoleh dari hasil analisis biaya sangat bermanfaat dalam menyusun anggaran komprehensif suatu organisasi. Bagi BLUD, konsep seperti ini tentunya juga berlaku. Informasi *cost* yang disertai dengan informasi penggunaan *material*, *labor*, dan *overhead* bagi tiap-tiap unit kerja di BLUD akan digunakan oleh komisi/bagian anggaran dalam membuat anggaran komprehensif. Namun, efisiensi perencanaan dan pengendalian biaya sukar atau mungkin tidak dapat dilakukan tanpa mengetahui perilaku biaya yang akan direncanakan maupun dikendalikan.

<http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

2.4. Demam Tifoid

Demam tifoid adalah penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh kuman *Salmonella enterica* serotipe *typhi* dan dikenal dengan nama *Salmonella typhi* (*S. typhi*). Merupakan penyakit endemis pada beberapa negara seperti India, Amerika Tengah, Asia Selatan termasuk Indonesia. Hal ini juga dikaitkan dengan kepadatan penduduk, urbanisasi, higiene dan juga sanitasi lingkungan yang kurang baik serta mudahnya transportasi saat ini yang mempermudah penyebaran penyakit. (WHO/V&B/03.07.Geneva;2003)

Demam tifoid atau tifus abdominalis banyak ditemukan dalam kehidupan masyarakat kita, baik diperkotaan maupun di pedesaan. Penyakit ini sangat erat kaitannya dengan kualitas yang mendalam dari higiene pribadi dan sanitasi lingkungan seperti higiene perorangan dan higiene penjamah makan yang rendah, lingkungan kumuh, kebersihan tempat-tempat umum (rumah makan, restoran) yang kurang serta perilaku masyarakat yang tidak mendukung untuk hidup sehat. Seiring dengan terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan akan

menimbulkan peningkatan kasus-kasus penyakit menular, termasuk tifoid ini. Di Indonesia penyakit ini bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Dari telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, kasus tersangka tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dengan kematian antara 0,6 - 5 %. (KMK 365/Menkes/SK/v/2006)

Diagnosis pasti demam tifoid ditegakkan berdasarkan hasil biakan empedu (kultur Gaal). Saat ini masih merupakan standar baku diagnosis, namun pada kenyataan sehari-hari sering memberikan hasil negatif. Hal ini disebabkan beberapa faktor antara lain pemakaian antibiotik sebelum pengambilan spesimen, waktu pengambilan sampel serta transportasi yang lama sehingga sensitivitas pemeriksaan juga menurun. Biakan empedu dari darah dapat mendeteksi sampai 70% kasus demam tifoid pada minggu pertama sakit tanpa pemakaian antibiotik sebelumnya. Biakan dari urin maupun feses menyokong diagnosis klinik, namun hasil positif jarang ditemukan dan memerlukan pemeriksaan berulang. (Surya Haryanto, Setiawan Budi, Shatri Hamzah, Sudoyo Aru W., Loho Toni, Perbandingan Pemeriksaan Uji Tubex TF dengan Uji Widal dalam mendiagnosis Demam Tifoid. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 1)

Pemeriksaan lain yaitu PCR (polymerase chain reaction) berdasarkan penggandaan segmen DNA mikroorganisme, merupakan teknik biomolekuler yang sangat sensitif. Teknik ini telah digunakan pada berbagai infeksi seperti hepatitis, HIV, sitomegalovirus, tuberkulosis, gonore, klamidia, mikoplasma dan parasit seperti malaria dan toksoplasma. Pemeriksaan serologi Widal paling banyak digunakan sampai saat ini karena cukup sensitif dan hasil dapat diperoleh dalam waktu singkat, tetapi tidak spesifik karena hasil dapat juga positif pada infeksi *Salmonella non typhi* atau pada mereka dengan riwayat pernah terinfeksi kuman *Salmonella* atau pernah mendapat vaksinasi tifus. Pemeriksaan diagnostik serologi lain adalah dengan pemeriksaan Tubex TF, suatu pemeriksaan semi kuantitatif *in vitro* dengan prinsip mendeteksi adanya antibody IgM terhadap antigen lipopolisakarida O9 pada kuman *S. typhi*. Antigen ini sangat spesifik terhadap *S. typhi* serogroup D. Lim mendapatkan sensitivitas pemeriksaan

TUBEX TF sebesar 100 % dan spesifitas 100 %. (Lim PL. One step 2-minute test to detect typhoid specific antibodies based on partikel separation in tubes. *J Clin Microbiol.* 1998;36;2271-81). Oracz melaporkan sensitifitas dan spesifitas TUBEX TF sebesar 92,6% dan 94,8%. (Oracz G, Feleszko W, Golicka D. Rapid Diagnosis of Acute Salmonella Gastrointestinal Infection. *Clin Infect Dis.* 2003;36:112-5).



BAB 3

GAMBARAN UMUM PELAYANAN KESEHATAN SINT CAROLUS

3.1. Gambaran Umum Pelayanan Kesehatan Sint. Carolus

3.1.1. Sejarah Pelayanan Kesehatan St. Carolus

Karya pelayanan kesehatan St. Carolus diawali pada tahun 1910 dengan adanya gagasan dari Monsigneur (Mgr.) Luypen SJ Vikaris Apostolik Batavia untuk mendirikan rumah sakit katolik di Jakarta (dulu Batavia) yang tergerak oleh karya pelayanan terhadap orang sakit dari para Suster- suster Kongregasi Cinta Kasih St. Carolus Borromeus (CB) di Maastricht, Belanda. Gagasan dari Mgr. Luypen ini semakin diperkuat oleh dukungan gagasan dari Pastor Sondaal SJ. Sekitar tahun 1912 Pastor Sondaal SJ berlibur ke Nederland, disana beliau sering mengunjungi para suster CB yang berkarya di rumah sakit WeSteinde, Den Haag, hingga hatinya tergerak pula mendirikan rumah sakit. Mengetahui bahwa Pastor Sondaal SJ berada di Nederland, maka pada tanggal 11 September 1912 Mgr. Luypen menulis surat kepada Pastor Sondaal SJ agar beliau menghubungi beberapa kongregasi di Nederland supaya bersedia memulai karya kesehatan di Indonesia dengan mendirikan sebuah rumah sakit katolik.

Tanggal 1 Oktober 1913 terjadi persetujuan antara Pimpinan kongregasi suster – suster Cinta Kasih Santo Carolus Borromeus di Maastricht dan Pastor Sondaal SJ yang dituangkan dalam sebuah Perjanjian Kerja Sama antara Vikaris Apostolik Batavia dengan pemimpin kongregasi CB. Perjanjian kerja sama tersebut kemudian disahkan oleh Pemerintah Hindia Belanda pada tanggal 2 Januari 1915. Disinilah tonggak awal sejarah rumah sakit St. Carolus ini ditanamkan, sekaligus merupakan karya awal dari kongregasi suster- suster Cinta Kasih St. Carolus Borromeus di Indonesia. Dengan demikian sebagai pemrakarsa pertama untuk mendirikan rumah sakit katolik pertama di Indonesia adalah Vikaris Apostolik Batavia dan Kongregasi Suster – Suster Cinta Kasih St. Carolus Borromeus merupakan kongregasi untuk mengelola rumah sakit tersebut sejak

tahun 1913. Pada tahun 1915 pembangunan gedung rumah sakit St. Carolus mulai disiapkan. Tahun 1917 pembangunan gedung rumah sakit selesai dilakukan namun belum bisa beroperasi karena pecah perang dunia I.

Tanggal 2 Januari 1915, Mgr. Luypen sebagai Vikaris Apostolik Batavia menunjuk dan mengangkat beberapa tokoh Katolik sebagai “Pengurus Perkumpulan Santo Carolus” (St Carolus Vereniging), yang sekarang disebut “Perhimpunan St. Carolus” (PSC). Adapun, sebagai anggota perdana dari Pengurus saat itu yaitu : Bapak P.A. Karthuis, Ir. Achen, Kapten Orie, Pastor L. Sondaal SJ, dan Pastor Van Swieten SJ. Tujuan dari pengangkatan Pengurus ini yaitu untuk menyelenggarakan perawatan bagi orang sakit melalui sebuah rumah sakit Katolik.

Pada tahun itu juga (1915) pembangunan gedung rumah sakit St. Carolus mulai disiapkan, diawali dengan pembentukan Panitia Pembangunan Gedung, Panitia Pencarian Dana, serta Pembuatan Rancang Bangun Gedung. Tahun 1917 pembangunan gedung untuk rumah sakit selesai, namun para Suster CB dari Maastricht yang akan mengelola rumah sakit tersebut belum bisa bertolak ke Indonesia karena pecah Perang Dunia I.

Tanggal 7 Oktober 1918, setelah Perang Dunia I usai, dan setelah melalui perjalanan panjang serta melelahkan dengan kapal laut (22 Juni 1918 s/d 7 Oktober 1918) melalui rute : Nederland – Norwegia – Skotlandia – New York – San Fransisco – Yokohama – Kobe – Jakarta, maka tibalah kapal “Vondel” di pelabuhan Tanjung Priok, yang membawa 10 (sepuluh) suster CB misionaris pertama di Indonesia. Kesepuluh misionaris pertama tersebut adalah Sr. Alphonsa Groot CB, Sr. Hermana Linder CB, Sr. Yusta Niekerk CB, Sr. Ambrosine Steenvoorden CB, Sr. Gratiana Eskens CB, Sr Lina Leenen Cb, Sr. Ignatio Hermans CB, Sr. Isabella Noordman Cb, Sr. Chrispine Bosman CB, Sr. Judit de Laat CB.

Setelah melalui persiapan-persiapan oleh ke 10 suster CB tersebut, maka pada tanggal 13 Januari 1919 Rumah Sakit St. Carolus diberkati oleh Mgr. Luypen, SJ. Tanggal 21 Januari 1919 RS St. Carolus mulai dibuka pertama kali

untuk umum, dan pada tanggal 22 Januari 1919 RS St. Carolus untuk pertama kalinya menerima 4 (empat) orang pasien sebagai pasien pertama. Dengan demikian, resmilah RS St. Carolus sebagai Rumah Sakit Katolik pertama di Indonesia dan tanggal 21 Januari dijadikan Hari Ulang Tahun RS St. Carolus.

Masa Orde Baru : momen berkembangnya “RS. St. Carolus” menjadi “Pelayanan Kesehatan St. Carolus” (PKSC). Dimasa ini RS St. Carolus mulai mengembangkan sayap pelayanannya ke wilayah-wilayah yang jauh dari pusat kota dengan membuka beberapa unit operasional baru seperti : Puskesmas Paseban (Jakarta Pusat) didirikan tahun 1967, dan pada tahun 1968-1978 secara berturut-turut didirikan beberapa puskesmas yaitu : St. Yusuf-Tanjung Priok (Jakarta Utara), Puskesmas Cijantung, Puskesmas Klender (untuk wilayah Jakarta Timur), Puskesmas Cengkareng (untuk wilayah Jakarta Barat. Tahun 1976, RS St. Carolus ditunjuk oleh Pemerintah R.I. (Depkes RI) menjadi Rumah Sakit wilayah Jakarta Pusat. Pada tahun 1980 RS St. Carolus berkembang menjadi Pelayanan Kesehatan St. Carolus (PKSC) mengingat perhatian dan orientasi yang semakin luas dalam upaya merealisasikan tingkat derajat kesehatan masyarakat. Selanjutnya unit operasional puskesmas diganti menjadi Balai Kesehatan Masyarakat (Balkesmas).

Pada tahun 1992 dan 1993 RS St. Carolus merupakan rumah sakit pertama yang menyandang predikat sebagai RS sayang Bayi, pada tahun 2007 dan 2011 mendapat predikat sebagai RS Sayang Ibu dan Bayi.

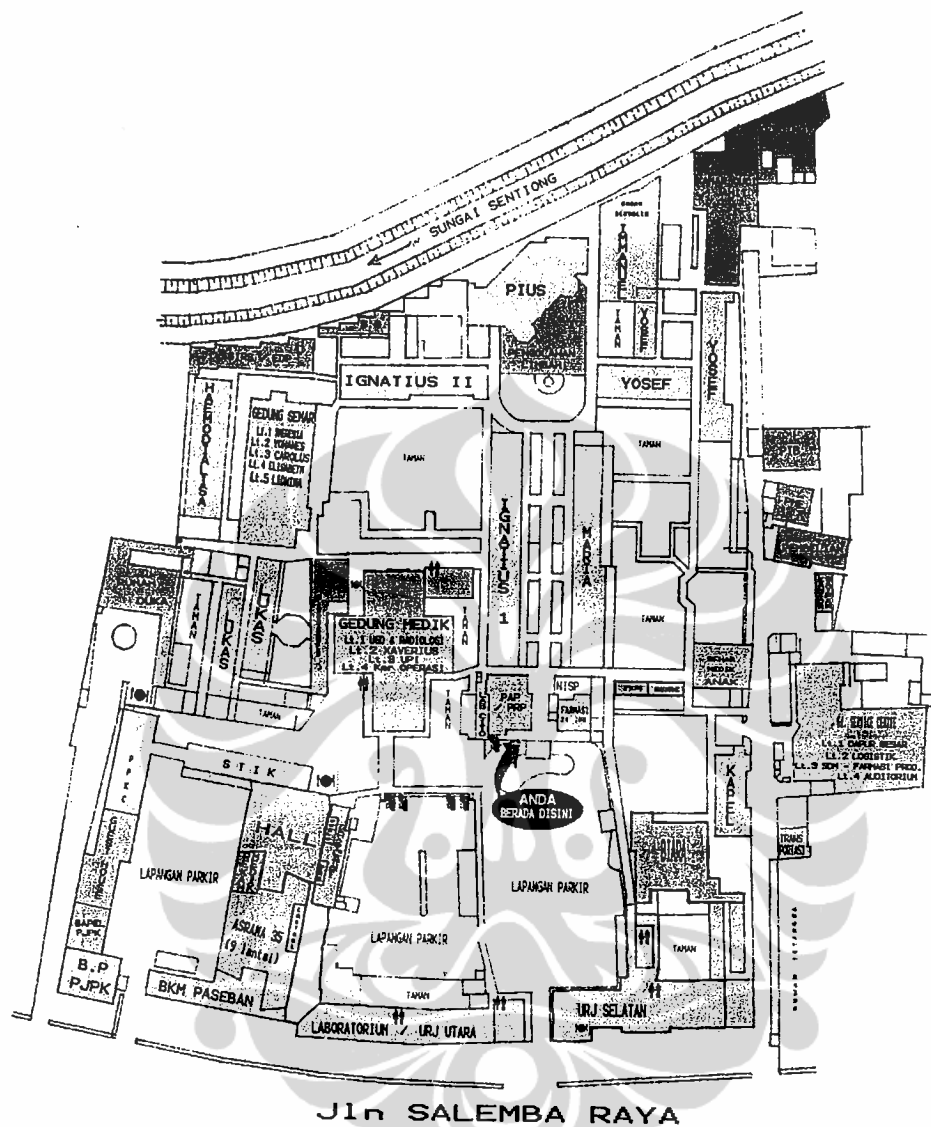
3.1.2 Falsafah, Visi, Misi dan Tujuan Pelayanan Kesehatan St. Carolus

a. Falsafah

1. Iman, Pengharapan, dan Kasih merupakan karunia yang mendasari keyakinan Pelayanan Kesehatan Sint Carolus (P.K) dalam memberdayakan manusia sebagai ciptaan Allah yang mempunyai citra dan martabat yang unik
2. Setiap orang berhak memperoleh derajat kesehatan yang optimal dan berkewajiban memelihara serta meningkatkannya dengan sebaik-baiknya

3. Karya kesehatan buka semata-mata kegiatan teknis tetapi juga merupakan ungkapan komitmen terhadap pengabdian dan cinta kasih sesama
- b. Visi
- Menjadi pelayanan kesehatan yang dikenal melayani sesama dengan sentuhan manusiawi, utuh dan terpadu, melalui sumber daya manusia yang mampu dan mau bekerja keras, belajar dan mengembangkan diri.
- c. Misi
1. Memberikan pelayanan kesehatan dengan sikap bela rasa, rendah hati, hormat terhadap kehidupan dan adil kepada mereka yang membutuhkan
 2. Memberikan pelayanan kesehatan melalui Balikesmas, Rawat Inap, Rawat Jalan, dan Pelayanan Penunjang dengan memperhatikan aspek fisik, mental, sosial dan spiritual
 3. Menyediakan pelayanan kesehatan bagi warga masyarakat dari semua strata sosial dan ekonomi dengan cara subsidi silang
 4. Menyediakan sarana dan prasarana untuk meningkatkan kesejahteraan dan pengembangan bagi semua yang berkarya sesuai dengan kebutuhan dan kemampuan PKSC
 5. Menciptakan suasana atau iklim kerja yang serasi dan mendukung kebersamaan, rasa memiliki, serta disiplin demi kemajuan PKSC
- d. Tujuan
1. Berkembangnya budaya hidup sehat pada masyarakat yang dilayani, melalui pendekatan holistik dan komprehensif
 2. Tersedianya pelayanan kesehatan bermutu bagi mereka yang membutuhkan, dengan memperhatikan kemajuan ilmu, teknologi dan etika profesi, serta penggunaan sumber daya yang efektif dan efisien
 3. Terciptanya suasana dan iklim kerja partisipatif yang didasari cinta kasih demi pengembangan karya P.K. Sint Carolus dan kesejahteraan seluruh karyawan

3.1.3 Design Fisik dan Bangunan



KETERANGAN

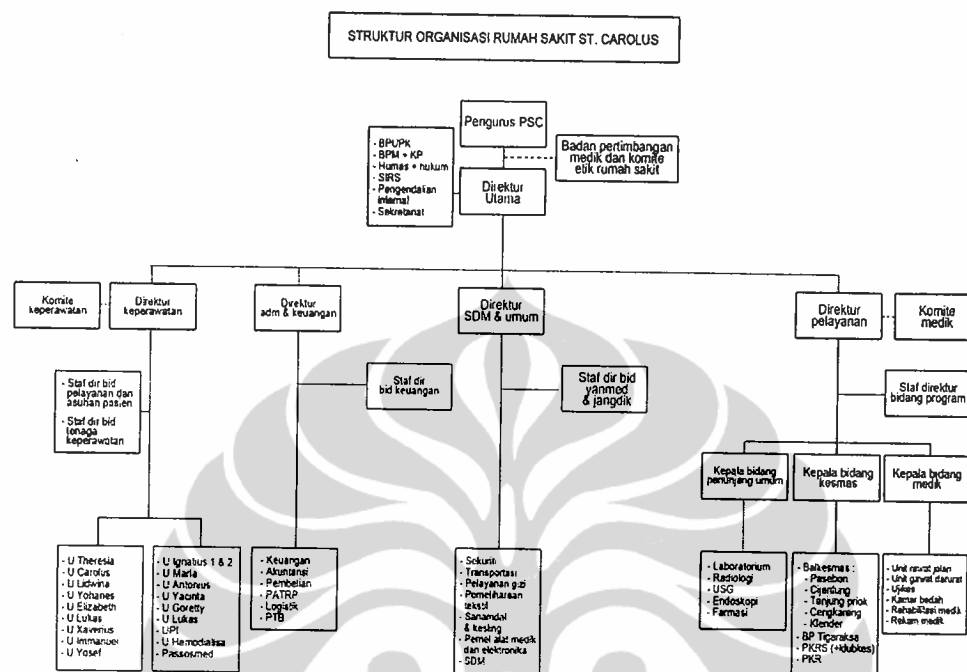
URJ : UNIT RAWAT JALAN
 PAP : PELAYANAN ADMINISTRASI PASIEN
 PRP : PELAYANAN REKUNING PASIEN

 KANTIN
 ATM
 TOILET UMUM

Gambar 3.1. Design Fisik dan Bangunan PKSC

3.1.4 Struktur Organisasi dan Ketenagaan

a. Struktur Organisasi



Gambar 3.2. Struktur Organisasi Pelayanan Kesehatan St. Carolus

b. Ketenagaan

Dalam struktur organisasi P.K. St. Carolus, unsur Dewan Direksi adalah Direktur Utama dan 4 Direktur yaitu direktur keperawatan, direktur administrasi dan keuangan, direktur SDM & umum, direktur pelayanan. Sedangkan dewan pengawas terdiri dari 1 orang ketua dan 11 orang anggota.

Ketenagaan di Pelayanan Kesehatan St. Carolus berjumlah 1535 orang, yang terdiri dari :

- Tenaga medik : 77 orang, terdiri atas dokter umum, dokter gigi dan dokter spesialis

- Tenaga perawat : 601 orang, terdiri atas S1 keperawatan, akademi keperawatan D3, SPK/SPR
- Tenaga paramedik : 134 orang, terdiri atas analis, fisioterapis, penata radiologi, penata fisioterapi, ahli gizi, asisten apoteker, perawat gigi
- Tenaga penunjang medik : 723 orang, terdiri atas pekarya, petugas administrasi, dan staf lainnya

TABEL 3.1. Jumlah Karyawan PK ST Carolus 2006-2010

		2007	2008	2009	2010
1.	Umum	942	889	855	723
2.	Paramedik	130	132	128	134
3.	Perawat	698	668	615	601
4.	Medik	73	67	73	77
Total		1843	1756	1671	1535

c. **Kinerja**

Tabel 3.2. Statistik Rawat Inap Rumah Sakit Tahun 2007-2011

	Standar Ideal DepKes	2007	2008	2009	2010
BOR (%)	60-85%	62,42	61,21	65,40	66.22
LOS (hari)	6-9 Hari	5,90	5,69	5,51	5.49
TOI (hari)	1-3 Hari	3,54	3,61	2,91	2.80
BTO (kali)	40-50 kali	38,78	39,38	43,40	43.96
Kapasitas TT		464	447	397	390

Tabel 3.3. Statistik Rawat Inap Rumah Sakit Januari – Juni Tahun 2011

	Januari	Februari	Maret	April	Mei	Juni
Kapasitas Tempat Tidur (bed)	386	386	386	386	386	386
LOS (hari)	5.52	5.76	5.13	5.28	5.46	5.45
BOR(%)	63.09	63.68	61.51	59.74	60.33	56.70
TOI (hari)	3.34	3.17	3.34	3.64	3.69	4.01
BTO (kali)	3.43	3.26	3.58	3.32	3.33	3.24

3.2. LAMBANG PELAYANAN KESEHATAN ST CAROLUS

SALIB	: Iman
TANGAN	: Harapan
BUNGA	: Kasih
SAYAP	: Pelayanan kepada masyarakat
WARNA PUTIH	: PK ST Carolus mengabdikan diri kepada masyarakat tanpa pamrih
WARNA HIJAU	: Kesehatan
WARNA MERAH	: Cinta Kasih

3.3. FASILITAS PELAYANAN

3.3.1. Rawat jalan

Pelayanan setiap hari kerja dari pukul 08.00 s/d 21.00 wib

- a. Poliklinik Spesialis : Kesehatan anak, Kebidanan & Kandungan, Penyakit dalam, Jantung, Paru, Hati & Pencernaan, Ginjal, Mata, Kulit & Kelamin, Syaraf, Jiwa, Bedah Umum, Bedah Digestif, Bedah Tulang, Bedah Saluran kemih, Bedah Syaraf, Bedah Anak, Bedah Thorax, Bedah Vaskuler, Bedah Tumor, Bedah Plastik, Bedah Mulut, Rehabilitasi Medik, Klinik Gigi Orthodonti.
- b. Poli Umum
- c. Poli Gigi
- d. Psikologi
- e. Konsultasi Gizi
- f. Hemodialisa

3.3.2. Rawat Inap

- Jumlah tempat tidur saat ini : 399 tempat tidur
- Jumlah ruang perawatan : 15 ruang perawatan

Dengan kelas perawatan : Super VIP, VIP, Utama, Kelas I,II,III, Ruang Isolasi, Unit Perawatan Intensif Umum, Unit Perawatan Intensif Kardiologi, Unit Perawatan Intensif Bedah.

Tabel.3.4. Distribusi kelas perawatan dengan jumlah tempat tidur.

KELAS PERAWATAN	JUMLAH TEMPAT TIDUR
SUPER VIP	7
VIP	26
UTAMA	11
KELAS I	44
KELAS II	129

KELAS III	146
UPI	16
PERINATOLOGI	20
TOTAL	399

3.3.3. Unit Gawat Darurat

- Memberi pelayanan 24 jam/hari
- Klinik hari libur yang melayani pasien-pasien tidak gawat darurat.
- Didukung oleh penunjang yaitu laboratorium cito, radiologi, farmasi 24 jam.

3.3.4. Kamar Bedah

- Ada 5 kamar bedah yang dilengkapi dengan Air Flow dan Pendant Suply
- Dilengkapi dengan ruang pulih dengan 6 tempat tidur

3.3.5. Penunjang

- Fisioterapi
- Farmasi
Ada 5 satelit Farmasi yaitu Farmasi Rajal (BKM), Farmasi URJ (poliklinik Spesialis), Farmasi UGD (24 jam), Farmasi Ranap dan Farmasi Produksi.
- Klinik Laktasi

3.3.6. Diagnostik

- Laboratorium Klinik dan Patologi Anatomi
- Radiologi : CT Scan, Mammografi, Ultrasonografi, Echocardiografi.
- EEG, EKG, Spirometri, Treadmill, Audiometri
- Endoscopy dan Bronchoscopy

3.3.7. Balai Kesehatan Masyarakat

Ada lima Balai Kesehatan Masyarakat diberbagai wilayah di DKI Jakarta :

1. BKM Paseban Jakarta Pusat
2. BKM Samadi Klender Jakarta Timur
3. BKM Cengkareng Jakarta Barat
4. BKM Cijantung Jakarta Timur
5. BKM Tanjung Priok Jakarta Utara

3.3.8. Pelayanan Spiritual dan Sosial Medis

- Pelayanan Pastoral.
Pendampingan dari aspek spiritual tanpa membedakan agama, agar pasien menemukan makna hidup dalam kasih Tuhan melalui penderitaan.
- Pelayanan Sosial Medis
Pelayanan yang ditujukan bagi pasien atau keluarganya yang mengalami masalah sosial dalam kaitan keberadaannya di RS yang bertujuan memberdayakan masyarakat dalam menanggulangi masalah sosialnya.
- Fasilitas perpustakaan bagi pasien, keluarga dan karyawan.

3.3.9. Amdal

Unit pengelolaan limbah cair, kering dan Incinerator sebagai bentuk kepedulian terhadap lingkungan.

3.3.10. Medical Check Up

Ada beberapa paket medical check up yang disediakan seperti paket karyawan, paket pranikah, paket sederhana dan paket eksekutif.

3.3.11. Rumah Duka

BAB IV

KERANGKA KONSEP DAN DEFINISI OPERASIONAL

4.1. Kerangka Teori

Dalam rumusan konsep jaminan sosial untuk Indonesia, sistem jaminan sosial harus dibangun diatas tiga pilar yaitu :

Pilar pertama yang terbawah adalah pilar bantuan sosial (social assistance) bagi mereka yang miskin dan tidak mampu atau tidak memiliki penghasilan tetap yang memadai untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak. Dalam praktiknya, bantuan sosial ini mewujudkan dengan bantuan iuran oleh pemerintah agar mereka yang miskin dan tidak mampu dapat tetap menjadi peserta SJSN. Pilar kedua adalah pilar asuransi sosial yang merupakan suatu sistem asuransi yang wajib diikuti bagi semua penduduk yang mempunyai penghasilan (diatas garis kemiskinan) dengan membayar iuran yang proposional terhadap penghasilannya/upahnya. Pilar satu dan pilar dua ini merupakan fondasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) untuk memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak yang harus diikuti dan diterima oleh seluruh rakyat (pilar jaminan sosial publik). Pilar ketiga adalah pilar tambahan atau suplemen bagi mereka yang menginginkan jaminan yang lebih besar dari jaminan kebutuhan dasar hidup yang layak dan mereka yang mampu membeli jaminan tersebut (pilar jaminan swasta/privat yang berbasis sukarela/dagang). Pilar ini dapat diisi dengan membeli asuransi komersial (baik asuransi kesehatan, pensiun, atau asuransi jiwa), tabungan sendiri, atau program-program lain yang dapat dilakukan oleh perorangan atau kelompok seperti investasi saham, reksa dana atau membeli properti sebagai tabungan bagi dirinya atau keluarganya. Pada pilar ketiga jaminan kesejahteraan yang akan dipenuhi adalah keinginan (want. demand) sedangkan pada dua pilar pertama yang dipenuhi adalah kebutuhan (need).

Prinsip- prinsip yang menjadi ciri program jaminan sosial:

1. Bahwa program jaminan sosial itu tumbuh dan berkembang sejalan dengan pertumbuhan ekonomi sebuah Negara.
2. Ada peran peserta untuk ikut membiayai program jaminan sosial, melalui mekanisme asuransi , baik sosial / komersial atau tabungan.
3. Dimulai dari kelompok formal, non formal dan baru kelompok masyarakat mandiri
4. Kepesertaan yang bersifat wajib, sehingga hukum & the law of large numbers cepat terpenuhi,
5. Peran Negara yang besar
6. Bersifat not for profit
7. Ternyata merupakan instrumen mobilisasi dana masyarakat yang besar, sehingga mampu membentuk tabungan nasional yang juga besar, sehingga memberi dampak ekonomi/ pembangunan pada umumnya.

Hansen&Mowen (2005) mendefinisikan unit cost sebagai hasil pembagian antara total cost yang dibutuhkan dengan jumlah unit produk yang dihasilkan. Produk yang dimaksud dapat berupa barang ataupun jasa. Secara sederhana unit cost dapat diartikan sebagai biaya per unit produk atau biaya per pelayanan. Analisis biaya melalui perhitungan biaya per unit ini (unit cost) dapat dipergunakan rumah sakit sebagai dasar pengukuran kinerja, sebagai dasar penyusunan anggaran dan subsidi, alat negosiasi pembiayaan kepada stakeholder terkait dan dapat pula dijadikan acuan dalam mengusulkan tarif pelayanan rumah sakit yang baru dan terjangkau masyarakat.

Penentuan *unit cost* dalam analisis biaya, atau yang dikenal secara umum dengan harga pokok, diperlukan untuk menentukan tarif yang sesuai dengan biaya yang benar-benar terjadi (*the real costs*), disamping tujuan lainnya seperti mengidentifikasi sistem akuntansi biaya, menilai efisiensi, dan anggaran. Hansen&Mowen (2005)

Biaya (cost) dalam akuntansi biaya diartikan dalam dua pengertian yang berbeda, yaitu biaya dalam artian cost dan biaya dalam artian expense. Biaya

(cost) adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan tertentu. Biaya ini belum habis masa pakainya, dan digolongkan sebagai aktiva yang dimasukkan dalam neraca. Sedangkan Beban atau expense adalah biaya yang telah memberikan manfaat dan sekarang telah habis. Biaya yang belum dinikmati yang dapat memberikan manfaat di masa akan datang dikelompokkan sebagai harta. Beban ini dimasukkan ke dalam laba/rugi, sebagai pengurangan dari pendapatan. Membedakan antara biaya dan beban dapat dicontohkan sebagai berikut :

Pembelian mesin, nilai yang dikeluarkan untuk memperoleh mesin tersebut merupakan biaya, tetapi setelah dipakai akan menimbulkan penyusutan terhadap mesin yang akan menjadi beban. (Bustami Bastian & Nurlela,2006,*Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*.Yogyakarta:Graha Ilmu)

Pemahaman tentang perilaku biaya merupakan hal yang sangat penting bagi suatu organisasi dalam beberapa pengambilan keputusan. Perilaku biaya dapat diartikan sebagai perubahan biaya yang terjadi akibat perubahan dari aktifitas bisnis yang tidak hanya penting bagi perusahaan manufaktur saja, tetapi juga bagi perusahaan-perusahaan lain, termasuk perusahaan industri jasa dan perusahaan nirlaba. (Bustami Bastian & Nurlela,2006,*Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*.Yogyakarta:Graha Ilmu)

Kalsifikasi biaya berdasarkan pola perilaku biaya ini dapat digolongkan ke dalam : Biaya Variabel (Variabel Costs), Biaya Tetap (Fixed costs) dan Biaya Campuran (Mixed Costs). Variabel biaya adalah biaya yang secara total berubah sebanding dengan aktivitas atau volume produksi dalam rentang relevan tetapi perunit bersifat tetap. Bahan langsung dan tenaga kerja langsung dapat digolongkan sebagai biaya variabel. Biaya Tetap adalah biaya yang secara total tetap dalam rentang relevan (relevant range) tetapi perunit berubah. Dalam jangka panjang sebenarnya semua biaya bersifat variabel meskipun beberapa jenis biaya tampak sebagai biaya tetap. Biaya campuran adalah biaya yang mengandung unsur biaya tetap dan biaya variabel. (Bustami Bastian & Nurlela,2006,*Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*.Yogyakarta:Graha Ilmu)

Sistem INA DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) adalah merupakan solusi untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan (PPK) yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa penyakit. Diagnosis dalam DRG sesuai dengan ICD-9-CM (*International Classification Disease Ninth Edition Clinical Modification*) dan *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth revision* (ICD-10). Pengelompokan diagnosis ditetapkan berdasarkan dua prinsip yaitu *clinical homogeneity* (pasien yang memiliki kesamaan klinis) dan *resource homogeneity* (pasien yang menggunakan intensitas sumber-sumber yang sama untuk terapi / kesamaan konsumsi sumber daya).

Dengan adanya ICD memudahkan dalam pengelompokan penyakit agar tidak terjadi tumpang tindih yang menggunakan intensitas sumber-sumber yang sama untuk terapi. Dalam sistem pembayaran ini, rumah sakit maupun pihak asuransi tidak lagi merinci tagihan dengan membuat daftar pelayanan apa saja yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu keluar dari rumah sakit (pulang/meninggal) dan memasukkan kode ICD-10 untuk diagnosis tersebut. Besarnya tagihan untuk diagnosis tersebut sudah ditetapkan oleh pemerintah (Hata, 2008).

Pembiayaan kesehatan berbasis kelompok diagnosis terkait (*Diagnosis Related Group*) merupakan suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan yang di tetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan / pelayanan yang di berikan, dengan tujuan sebagai upaya pengendalian biaya dan menjaga mutu pelayanan (Hartono D : <http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.Cgi? : 3/14/2007>)

DRG dikembangkan di Amerika Serikat pada peserta program medicare dan medicaid, melalui suatu study yang di selenggarakan oleh " Yale University " pada tahun 1984. Tujuan penerapan DRG'S untuk upaya pengendalian biaya dan

menjaga mutu pelayanan, mengembangkan efisiensi dan menyediakan umpan balik berkaitan dengan kinerja rumah sakit, bila pasien di kelompokkan dalam kelas-kelas dan atribut yang sama serta proses perawatan yang sama akan membangun kerangka kerja yang baik (Fatter : 1970)

Mekanisme pembayaran berdasarkan Diagnosis Related Group's (DRG 's) adalah suatu sistem imbalan jasa pelayanan pada prospective payment system (PPS)/suatu system pembayaran pada pemberian pelayanan kesehatan, baik rumah sakit atau dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan di berikan tanpa memperhatikan tindakan yang dilakukan atau lamanya perawatan (Hendrartini : 2007) sedangkan Hartono D : 2007 menyatakan bahwa mekanisme pembayaran berdasarkan DRG adalah suatu mekanisme pembayaran yang ditetapkan berdasarkan pengelompokkan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah/pelayanan yang di berikan.

Hartono menyebutkan pentingnya mengontrol pembayaran melalui mekanisme berbasis DRG, meskipun belum di terapkan di Indonesia. beliau menyebutkan adanya perbedaan tarif yang di keluarkan oleh Rumah Sakit untuk kasus yang sama dengan kriteria yang sama karena ada perbedaan tindakan yang di lakukan dan diagnostik yang di kerjakan sehingga terdapat kecenderungan peningkatan tarif yang di bebaskan kepada pasien.

Mekanisme Pembayaran berdasarkan DRG

Mekanisme untuk penyusunan pembayaran berdasarkan DRG adalah :

1. Melengkapi data pasien

DRG membutuhkan data-data yang dikumpulkan secara rutin oleh rumah sakit seperti : Identitas pasien, tanggal masuk dan keluar rumah sakit, lama hari rawat, umur, jenis kelamin, status keluar rumah sakit, BB baru lahir(jika neonatal), Diagnosis utama, Diagnosis sekunder dan prosedur pembedahan.

2. Analisis pengkelasan dan hasil grouping DRG sesuai dengan ICD 10 yang diterbitkan oleh WHO

Kewajiban rumah sakit untuk memberikan kode sesuai dengan ICD 10

(Klasifikasi internasional untuk penyakit). Tahap-tahap penentuan DRG sebagai berikut :

- Penentuan diagnosis
- Pengelompokkan menjadi diagnosis mayor
- Prosedur tindakan yang dilakukan(diagnosis yang membutuhkan tindakan pembedahan atau tidak)
- Diagnosis di kelompokkan juga dengan mempertimbangkan komplikasi yang menyertainya baik akut atau kronis
- TentukanDRG (Direktorat jenderal bina pelayanan Medik : 2006)

3. Analisis biaya pasien (DRG Cost)

Dalam laporan pertama proyek nasional, “ Case Costing in Swedish Health and Medical Care” mendeskripsikan proses pembiayaan kasus dalam empat langkah :

- Mengidentifikasi total biaya secara akurat
- Mengalokasikan biaya-biaya tak langsung ke dalam pusat-pusat penyerapan dana.
- Mengidentifikasi produk-produk intermediate dan menghitung biaya-biayanya.
- Membagi biaya-biaya tersebut kepada pasien.

Pelayanan keperawatan beberapa rumah sakit Swedia menggunakan Patient Classification System (Sistem Klasifikasi Pasien) /PCS bagi keperawatan. Patient Classification System bagi keperawatan bisa di definisikan sebagai metode-metode dalam menentukan , memvalidasi, dan memonitor perawatan pasien individual selama terus menerus.

Terdapat banyak alasan mengapa rumah sakit-rumah sakit menggunakan PCS untuk keperawatan. Hasil dari klasifikasi dapat di gunakan untuk :

- Memonitor kebutuhan pasien
- Pengelompokan staf dan perencanaan
- Memonitor dan menghitung biaya-biaya keperawatan
- Memonitor dan menganalisa kinerja unit

Dengan penghitungan unit cost, efisiensi dan kinerja suatu entitas dapat dimonitor dengan baik. Selain itu dengan penghitungan unit cost akan dihasilkan informasi mengenai biaya per item, sehingga akan lebih memudahkan dalam membuat strategi, penganggaran maupun berbagai keputusan penting lainnya. Dengan kata lain informasi mengenai unit cost dapat dijadikan sebagai dasar untuk pengambilan keputusan bagi suatu entitas.

Apabila dihubungkan dengan sesuatu yang dibiayai, biaya dapat di kelompokkan menjadi :

1. Biaya langsung,

Biaya langsung adalah biaya yang terjadi karena adanya sesuatu yang dibiayai. Biaya langsung di tiap-tiap ruang pelayanan adalah semua biaya yang terjadi dalam ruang tersebut dalam hubungannya dengan pelayanan pengguna jasa.

2. Biaya tidak langsung

Biaya tidak langsung adalah biaya yang terjadinya tidak harus disebabkan oleh sesuatu yang dibiayai. Biaya tidak langsung dalam hubungannya dengan pelayanan jasa yang diberikan adalah biaya produksi tidak langsung atau biaya *overhead*.

Langkah-langkah Penghitungan Unit Cost

Sebagai acuan dalam menghitung *unit cost* dalam suatu unit kerja ataupun bagian, berikut adalah langkah-langkah perhitungannya:

1. Tentukan unit kerja yang akan menjadi unit analisis,
2. Identifikasi semua produk/jasa yang dihasilkan oleh unit kerja, dan tentukan produk/jasa yang akan dianalisis,
3. Identifikasi semua biaya yang timbul di unit kerja karena melakukan pelayanan kepada pengguna jasa, berupa biaya langsung dan biaya tidak langsung,
4. Tentukan dasar alokasi biaya bersama. Biaya bersama adalah biaya yang digunakan untuk menghasilkan 2 produk/layanan atau lebih,
5. Telusuri dan hitung semua biaya langsung yang terjadi,
6. Analisis unit atau bagian lain yang secara logika biayanya timbul akibat peningkatan aktivitas di unit kerja,
7. Telusuri biaya tidak langsung dan hitung alokasi biaya tidak langsung untuk unit kerja,
8. Hitung unit cost per pelayanan dengan cara mengalokasikan total biaya (biaya langsung maupun biaya tidak langsung) ke setiap jasa pelayanan.

Berbagai Metode Analisis Biaya dalam akuntansi, khususnya dalam bidang analisis biaya ada berbagai metode yang saat ini berkembang. Aplikasi metode akuntansi biaya yang sering digunakan seperti metode satu langkah, metode dua langkah, metode reciprocal, metode DRG, metode *Activity Based Costing*, dan metode *Real Cost*. Perbedaan metode analisis biaya tersebut pada intinya terletak pada bagaimana cara menentukan alokasi terhadap biaya yang terjadi.

Dalam metode satu langkah, setiap biaya pusat pelayanan pendukung dialokasikan pada beberapa pusat layanan utama yang menggunakan pelayanannya, tetapi tidak untuk pusat pelayanan yang lain. Akan tetapi metode ini gagal untuk mengenali bahwa beberapa pusat layanan

menyediakan layanan untuk pusat layanan lain: misalnya, *housekeeping* membersihkan departemen *medical record*, pusat layanan yang lain. Kegagalan metode satu langkah ini kemudian memunculkan metode dua langkah.

Metode “dua langkah” memperbaiki kekurangan metode 'satu langkah'. Dengan metode ini, biaya pusat layanan 'dialirkan' ke pusat layanan pendukung lain dan ke pusat layanan utama yang menggunakan basis pengalokasian tertentu. Biasanya tahap ini dimulai dengan pusat pelayanan pendukung yang melayani beberapa pusat pelayanan lain di dalam organisasi dan membagikan biaya ke pusat-pusat biaya sisanya. Kemudian diteruskan dengan pusat-pusat layanan lain dengan menggunakan model seperti metode satu langkah.

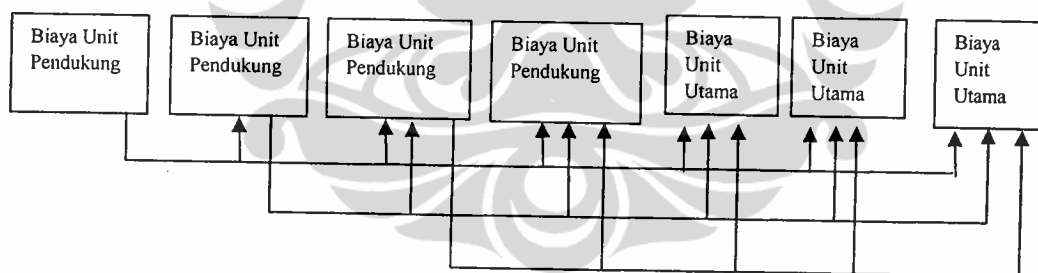
Metode lainnya yang juga mencoba memperbaiki metode *step down* adalah metode *Resiprocal*. Dalam metode ini, biaya pusat layanan tidak 'diturunkan'. Tetapi, akuntan mengembangkan persamaan simultan yang menghitung dan mengalokasikan setiap biaya pusat layanan pendukung atas dasar penggunaan layanan tersebut oleh semua pusat layanan lainnya, tidak hanya oleh pusat layanan yang ada di bawahnya. Singkatnya, dalam metode ini akuntan melakukan 3 aktifitas yang berbeda dalam usaha akuntansi biaya. Pertama, mendefinisikan pusat biaya. Kedua, memasukkan setiap biaya ke dalam pusat biaya-pusat layanan utama dan pusat layanan pendukung. Dengan biaya langsung, maka hal ini mudah dilakukan, tetapi lebih rumit jika dilakukan dengan pembiayaan tidak langsung. Dan yang ketiga, mengalokasikan biaya pusat layanan pendukung ke pusat layanan utama.

Untuk melaksanakan proses alokasi, dilakukan dengan 2 langkah. Pertama, memilih dasar pengalokasian (seperti luas ruangan) untuk setiap pusat biaya layanan pendukung; dasar-dasar ini digunakan untuk menghitung penggunaan layanan-layanan suatu pusat oleh pusat biaya lainnya. Kedua, memilih metode pengalokasian (seperti metode *step down*) untuk mendistribusikan biaya pusat layanan pendukung di antara pusat layanan utama. Kadang-kadang biaya ini menjadi cukup rumit.

Dari ketiga metode ini akan menyebabkan hasil analisis biaya kurang tepat karena banyaknya asumsi. Aplikasi berbagai metode ini tidak didasari pada ide untuk membangun sistem akuntansi biaya tetapi hanya bertujuan untuk menghasilkan informasi biaya. Karena itu hasil analisisnya akan bias dan tidak ada usaha untuk mengembangkan sistem akuntansi biaya di masa datang.

2. Metode Double Distribution

Metode ini pada dasarnya hampir sama dengan metode dua langkah. Pada metode ini analisis diawali dengan membagi unit-unit kerja kedalam unit pendukung dan unit utama. Alokasi biaya dimulai dengan membagi biaya-biaya di unit pendukung ke unit pendukung lainnya, dan pada akhirnya ke unit utama. Alokasi dilakukan hingga semua biaya di unit pendukung habis. Secara umum alokasi biaya dengan metode ini dapat dilihat pada peraga berikut :



Gambar 4.1 Peraga 1

Setelah memperoleh alokasi biaya dari unit pendukung kemudian dilakukan analisis biaya di unit utama tersebut. Namun dasar biaya yang akan dianalisis di unit utama adalah kas yang keluar dalam membeli berbagai kebutuhan di suatu entitas.

3. Metode Analisis Biaya Berdasarkan Aktivitas (ABC)

Metode ini sebenarnya merupakan metode terbaik dari berbagai metode analisis biaya yang ada. Namun prasyarat metode ini yang mengharuskan sistem yang sangat baik dan terkomputerisasi menyebabkan metode ini sulit dilakukan di BLUD saat ini tanpa adanya perubahan sistem akuntansi dan keuangan. Walaupun demikian metode ini bisa digunakan pada beberapa aktivitas BLUD.

Activity-based cost system (ABC systems) merupakan suatu alternatif penentuan harga pokok produk atau jasa yang saat ini cukup dikenal dan sangat relevan. ABC Sistem, merupakan sistem informasi tentang pekerjaan (atau aktivitas) yang mengkonsumsi sumber daya dan menghasilkan nilai bagi konsumen. (Johnson, Thomas H., *“Activity-based Information: A Blueprint for World-Class Management Accounting,”* Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1991, hal. 257)

Ada dua anggapan penting yang mendasari sistem ABC, yaitu:

1. Aktivitas menyebabkan timbulnya biaya.

Sistem ABC berawal dengan anggapan bahwa sumber daya pembantu atau sumber daya tidak langsung menyediakan kemampuan untuk melaksanakan aktivitas, bukan sekedar menyebabkan timbulnya biaya yang harus dialokasikan.

2. Produk (pelanggan) menyebabkan timbulnya permintaan atas aktivitas.

Untuk membuat produk diperlukan berbagai aktivitas, dan setiap aktivitas memerlukan sumber daya untuk pelaksanaan aktivitas tersebut. Biaya berdasar aktivitas membebankan biaya ke produk dan jasa berdasar sumber daya yang dikonsumsi. Sistem ini mengidentifikasi biaya aktivitas dan melacak aktivitas-aktivitas ke produk atau jasa tertentu yang memotivasi terjadinya aktivitas.

(Cooper, Robin dan Robert S. Kaplan, *“The Design of Cost Management Systems: Text, Cases, and Readings,”* Prentice-Hall International Editions, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc. 1991, hal. 269)

Biaya tidak langsung atau biaya *overhead* dilacak ke suatu produk dan jasa tertentu daripada disebarkan ke seluruh produk dan jasa secara arbitrer. Sistem ABC membuat pihak manajemen dapat belajar untuk mengendalikan timbulnya aktivitas dan mengendalikan biaya.

Sumber daya mengalir ke aktivitas melalui *resources drivers*, kemudian aktivitas mengalir ke obyek biaya melalui *activity drivers*. *Resources drivers* digunakan untuk membebankan biaya yang gunanya untuk memperkirakan konsumsi sumber daya oleh aktivitas. Setiap sumber daya dilacak ke aktivitas menjadi suatu elemen biaya (*cost element*). Kemudian elemen-elemen biaya tersebut berkumpul menjadi suatu *activity cost pool* (biaya total yang dihubungkan dengan suatu aktivitas). *Activity cost pool* selanjutnya dilacak ke obyek biaya melalui *activity drivers*.

4. Metode Modifikasi

Metode ini didasarkan pada pertimbangan mengenai adanya kelemahan metode yang ada selama ini disatu sisi, dan keberadaan sistem yang tidak memungkinkan untuk aplikasi metode ABC disisi lain.

Metode ini sebenarnya mengacu pada konsep ABC dengan berbagai menghasilkan *output* hasil analisis tetapi juga akan menghasilkan identifikasi sistem akuntansi biaya yang perlu segera dibenahi.

Disamping mengacu pada tujuan akuntansi biaya, hasil akhir metode ini juga berupa saran pengembangan sistem. Karena itu, secara umum hasil analisis metode modifikasi adalah:

1. Informasi harga pokok (*unit cost*) untuk setiap produk atau jasa;
2. Informasi biaya untuk tujuan pencapaian efisiensi,
3. Informasi biaya untuk tujuan pengendalian biaya (berhubungan dengan anggaran),
4. Informasi manajemen untuk untuk pengambilan keputusan khusus,

5. Informasi mengenai kesiapan sistem sistem akuntansi biaya.

Informasi biaya yang sesungguhnya yang diperoleh dari hasil analisis biaya sangat bermanfaat dalam menyusun anggaran komprehensif suatu organisasi. Bagi BLUD, konsep seperti ini tentunya juga berlaku. Informasi *cost* yang disertai dengan informasi penggunaan *material*, *labor*, dan *overhead* bagi tiap-tiap unit kerja di BLUD akan digunakan oleh komisi/bagian anggaran dalam membuat anggaran komprehensif. Namun, efisiensi perencanaan dan pengendalian biaya sukar atau mungkin tidak dapat dilakukan tanpa mengetahui perilaku biaya yang akan direncanakan maupun dikendalikan. (Unit Cost Hansen) <http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

Kelemahan dan keuntungan mekanisme pembayaran berdasarkan DRG 'S

Dari hasil evaluasi terhadap pelaksanaan system pembayaran DRG'S menunjukkan kelemahan dan keuntungan system ini.

Kelemahan dari sistem ini adalah :

1. Rumah sakit mengalihkan pengobatan dari rawat inap menjadi rawat jalan. Oleh karena DRG'S tidak di terapkan pada rawat jalan
2. Rumah sakit menurunkan rata-rata lama hari rawat (LOS) Rumah sakit akan mempercepat pemulangan pasien. Penurunan LOS merupakan implikasi tidak adekuatnya pelayanan Rumah sakit dan perkembangan kedepan dapat mengganggu infrastruktur home care karena kondisi pasien belum stabil
3. Terdapat kecendrungan untuk mengklasifikasikan kembali pasien ke diagnosis yang lebih mahal yang di sebut DRG Creep (Penjilat DRG)
4. Sistem pembayaran ini mengurangi ketajaman focus diagnosis, sehingga sering kali timbul kesalahan atau kelalaian dalam pemberian pengobatan kerana pengurangan penunjang diagnostik pada pelayanan yang belum terstandar
5. Pembayaran pelayanan perawatan menjadi tidak jelas, bila kemandirian perawatan dalam intervensinya tidak jelas karena sistem ini menyatu dalam pembayaran diagnosis

6. Sistem pembayaran ini tidak dapat membedakan antara kasus yang tingkat kesulitan tinggi/ komplikasi dengan tingkat kesulitan rendah
7. Sistem pembayaran ini bersifat umum dan sulit untuk kasus-kasus kronik dan berulang(WHO & <http://www.icn.ch/matters.drg.htm> : 3/25/2007)

Keuntungan atau manfaat dari sistem pembayaran melalui DRG'S adalah :

1. DRG'S dapat di berlakukan dengan cepat
 2. Bagi pemerintah federal dan Rumah Sakit, DRG'S dapat memberikan kepastian perkiraan biaya yang berasal dari program ini
 3. Mengurangi beban administrasi Rumah Sakit dan mendorong upaya efisiensi. Berdasarkan survey yang dilakukan oleh The President'S Private Sector Survey On Cost Control, DRG'S di proyeksikan berhasil menghemat anggaran pemerintah federal sebesar 13 milyar dolar AS antara tahun 1984-1986
 4. DRG'S dapat meningkatkan mutu pelayanan Rumah Sakit
 5. DRG'S memberikan transparansi sistem management Rumah Sakit dan pembayaran
 6. Menguntungkan peserta medicare program, di mana perkiraan iuran biaya (Cost Sharing) akan menurun
 7. DRG'S mengizinkan pembayaran upah / gaji pada agensi (Home Care) dan di kontrol oleh sistem pembayaran Rumah Sakit
 8. DRG membantu agensi memperkirakan dan memprediksi secara tepat financial yang di terima oleh rumah sakit
- (ICN, <http://www.icn.ch/matters.drg.htm> : 3/25/2007)

Demam tifoid adalah penyakit infeksi sistemik yang disebabkan oleh kuman *Salmonella enterica* serotipe typhi dan dikenal dengan nama *Salmonella typhi* (*S. typhi*). Merupakan penyakit endemis pada beberapa negara seperti India, Amerika Tengah, Asia Selatan termasuk Indonesia. Hal ini juga dikaitkan dengan kepadatan penduduk, urbanisasi, higiene dan juga sanitasi lingkungan yang kurang baik seta mudahnya transportasi saat ini yang mempermudah penyebaran penyakit. (WHO/V&B/03.07.Geneva;2003)

Demam tifoid atau tifus abdominalis banyak ditemukan dalam kehidupan masyarakat kita, baik diperkotaan maupun di pedesaan. Penyakit ini sangat erat kaitannya dengan kualitas yang mendalam dari higiene pribadi dan sanitasi lingkungan seperti higiene perorangan dan higiene penjamah makan yang rendah, lingkungan kumuh, kenersihan tempat-tempat umum (rumah makan, restoran) yang kurang serta perilaku masyarakat yang tidak mendukung untuk hidup sehat. Seiring dengan terjadinya krisis ekonomi yang berkepanjangan akan menimbulkan peningkatan kasus-kasus penyakit menular, termasuk tifoid ini.

Di Indonesia penyakit ini bersifat endemik dan merupakan masalah kesehatan masyarakat. Dari telaah kasus di rumah sakit besar di Indonesia, kasus tersangka tifoid menunjukkan kecenderungan meningkat dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dengan kematian antara 0,6 - 5 %. (KMK 365/Menkes/SK/v/2006)

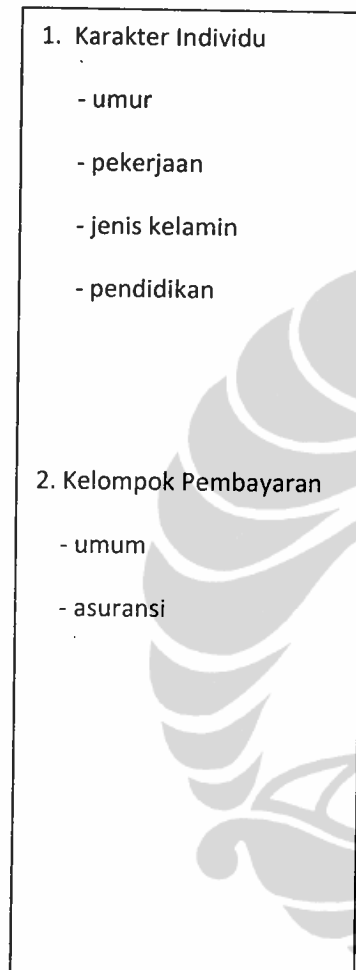
Diagnosis pasti demam tifoid ditegakkan berdasarkan hasil biakan empedu (kultur Gaal). Saat ini masih merupakan standar baku diagnosis , namun pada kenyataan sehari-hari sering memberikan hasil negatif. Hal ini disebabkan beberapa faktor antara lain pemakaian antibiotik sebelum pengambilan spesimen, waktu pengambilan sampel serta transportasi yang lama sehingga sensitivitas pemeriksaan juga menurun. Biakan empedu dari darah dapat mendeteksi sampai 70% kasus demam tifoid pada minggu pertama sakit tanpa pemakaian antibiotik sebelumnya. Biakan dari urin maupun feses menyokong diagnosis klinik, namun hasil positif jarang ditemukan dan memerlukan pemeriksaan berulang. (Surya Haryanto, Setiawan Budi, Shatri Hamzah, Sudoyo Aru W., Loho Toni, Perbandingan Pemeiksaan Uji Tubex TF deng Uji Widal dalam mendiagnosis Demam Tifoid.Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, hal 1)

Pemeriksaan lain yaitu PCR (polymerase chain reaction) berdasarkan penggandaan segmen DNA mikroorganisme, merupakan tehnik biomolekuler yang sangat sensitif. Tehnik ini telah digunakan pada berbagai infeksi seperti hepatitis, HIV, sitomegalovirus, tuberkulosis, gonore, klamidia, mikoplasma dan parasit seperti malaria dan toksoplasma. Pemeriksaan serologi Widal paling banyak digunakan sampai saat ini karena cukup sensitif dan hasil dapat diperoleh

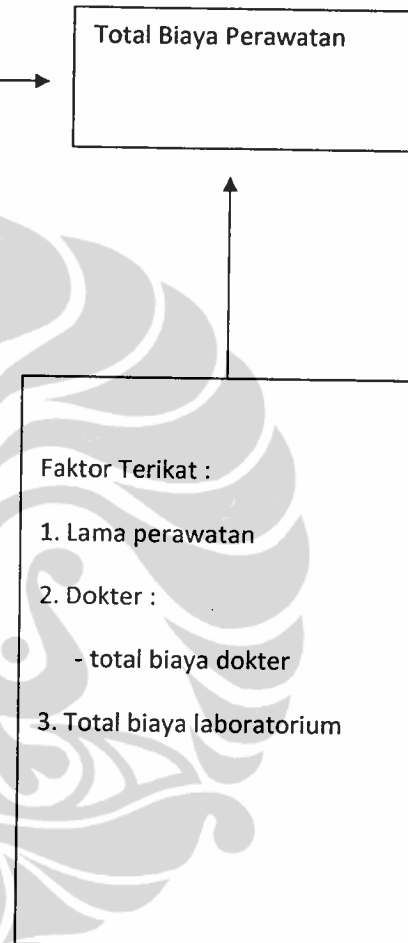
dalam waktu singkat, tetapi tidak spesifik karena hasil dapat juga positif pada infeksi *Salmonella non typhi* atau pada mereka dengan riwayat pernah terinfeksi kuman *Salmonella* atau pernah mendapat vaksinasi tifus. Pemeriksaan diagnostik serologi lain adalah dengan pemeriksaan Tubex TF, suatu pemeriksaan semi kuantitatif *in vitro* dengan prinsip mendeteksi adanya antibody IgM terhadap antigen lipopolisakarida O9 pada kuman *S. typhi*. Antigen ini sangat spesifik terhadap *S. typhi* serogroup D. Lim mendapatkan sensitifitas pemeriksaan TUBEX TF sebesar 100 % dan spesifitas 100 %. (Lim PL. One step 2-minute test to detect typhoid specific antibodies based on particel separation in tubes. *J Clin Microbiol.* 1998;36;2271-81). Oracz melaporkan sensitifitas dan spesifisitas TUBEX TF sebesar 92,6% dan 94,8%. (Oracz G, Feleszko W, Golicka D. Rapid Diagnosis of Acute *Salmonella* Gastrointestinal Infection. *Clin Infect Dis.* 2003;36:112-5). Olsen melaporkan sensitifitas dan spesifisitas Tubex TF sebesar 78% dan 94%. (Olsen SJ. Evaluation of Rapid Diagnosis Tests for Typhoid Fever, *J Clin Microbiol.* 2004:1885-9. Razel melaporkan sensitifitas dan spesifisitas TUBEX TF sebesar 94,7% dan 80,4%. (Razel K.. Comparative Performance Analysis of Four Serological Tests for The Diagnosis of *Salmnella typhi* among SAN LAZARO HOSPITAL) patients, PHILIPPINES. 6th International Conference on thphoid fever & other *Salmonelloses*, China. Guillin;2005).

4.2. Kerangka konsep

VARIABEL INDEPENDEN



VARIABEL DEPENDEN



No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
1.	Umur	Masa hidup pasien dihitung saat pasien di rawat (dalam tahun)	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. anak < 12 tahun 2. remaja 13 - 21 tahun 3. dewasa muda 22 – 30 tahun 4. dewasa > 31 tahun	Interval
2.	Jenis Kelamin	Pengelompokan pasien berdasarkan jenis kelamin	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
3.	Pekerjaan	Jenis aktivitas rutin yang dilakukan oleh pasien yang menghasilkan pendapatan secara ekonomi	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. Tidak bekerja 2. IRT 3. PNS 4. Swasta	Ordinal
4.	Pendidikan	Pencapaian tingkat belajar secara formal yang telah diselesaikan pasien	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. < SLTP 2. SLTA 3. Diploma 4. Sarjana	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
5.	Jenis Pembiayaan	Kelompok Penanggung Biaya selama pasien di rawat inap	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. Umum 2. Asuransi	Nominal
6	Lama Hari rawat	Mulai tanggal hari pertama pasien di rawat sampai pasien keluar dari rumah sakit	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dikelompokkan : 1. \leq 6 hari 2. $>$ 6 hari	Interval
7.	Total Biaya Perawatan	Jumlah rupiah yang harus dibayar mulai pasien masuk rumah sakit sampai pasien keluar dari rumah sakit	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dalam rupiah	Interval
8.	Total Biaya dokter	Jumlah rupiah yang harus dibayar kepada dokter yang merawat	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dalam rupiah	Interval
9.	Total Biaya Laboratorium	Jumlah rupiah yang harus dibayar untuk pemeriksaan laboratorium	Daftar tilik	Telaah dokumen	Dalam rupiah	Interval

BAB V

METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Disain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan desain penelitian retrospektif berdasarkan data sekunder atau telaah dokumen atau rekam medik pasien demam tipoid di rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011 di Pelayanan Kesehatan St. Carolus

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di unit rekam medik, unit keuangan dan akuntansi dan unit pelayanan administrasi dan rekening pasien di Pelayanan Kesehatan St. Carolus. Waktu penelitian dilaksanakan selama bulan Desember 2011.

5.3. Sumber Data Penelitian

Berdasarkan data sekunder dari telaah dokumen di unit rekam medik, unit keuangan dan akuntansi dan unit pelayanan dan administrasi pasien di Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada pasien demam tifoid di rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011 sebanyak 139 pasien. Jumlah sampel yang diambil dihitung dengan rumus dasar perhitungan sampel estimasi proporsi (Levy & Lameshow, 1999) yaitu :

$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{d^2}$$

Keterangan :

d = estimasi kesalahan yang ditoleransi, dalam hal ini dipakai 10 %

Z = 1,96

p = estimasi proporsi = 0,5

n = jumlah sampel minimal yang diperlukan

Dari hasil perhitungan didapatkan bahwa jumlah pasien demam tifoid yang dirawat inap akan diambil sebanyak 96 sampel. Untuk menjaga kemungkinan terjadinya kesalahan atau data yang tidak lengkap maka jumlah sampel yang akan diikutiakan dilebihkan sebanyak 110 sampel pasien demam tifoid yang dirawat dari Januari sampai dengan Mei 2011

5.4. Metode Pengumpulan Data

Data didapat dari data sekunder dengan telaah dokumen yang ada di unit rekam medis, unit keuangan dan akuntansi dan unit pelayanan dan administrasi pasien di Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

5.5. Alat Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan di bulan Desember 2011 dengan cara telaah dokumen di unit rekam medis terhadap pasien demam tifoid yang dirawat pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011.

5.6. Validasi Data

Data yang didapat dari telaah dokumen di kumpulkan dan dilakukan cross check ulang oleh petugas rekam medis terlatih dan peneliti, data keuangan yang didapat dari unit keuangan dan akuntansi di cross check dengan data keuangan yang ada di unit pelayanan dan administrasi pasien.

5.7. Pengolahan data

Proses pengolahan data dilakukan dengan cara :

1. Mengumpulkan semua data yang dibutuhkan dari data rekam medik pasien serta data keuangan dari unit keuangan dan akuntansi dan unit pelayanan dan administrasi pasien.
2. Menginput data ke dalam kolom transkrip berdasarkan karakteristik pasien (umur, pekerjaan, jenis kelamin, pendidikan), kelompok pembayaran (pasien umum atau pasien asuransi), lama hari rawat, total biaya perawatan, total biaya dokter, total biaya laboratorium.

3. Memeriksa dan melakukan cek ulang data untuk mendapatkan gambaran data yang lebih akurat dan meningkatkan reabilitas data.
4. Mengelompokkan data tersebut berdasarkan kategori yang telah ditentukan.
5. Jika ada data yang tidak lengkap misalnya tidak ada data pendidikan atau pekerjaannya maka data pasien tersebut dikeluarkan dari data sampel.
6. Menyajikan data berdasarkan semua hasil yang telah diorganisir dan dapat memberikan gambaran hasil penelitian. Analisa data dituangkan dalam bentuk narasi berdasarkan hasil telaah dokumen dari unit rekam medis Pelayanan Kesehatan St. Carolus.

5.8. Analisa Data

Jenis analisa yang dilakukan pada penelitian ini :

a. Analisa Univariat

Untuk menjelaskan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti

b. Analisa Bivariat

Untuk mengetahui ada atau tidaknya hubungan antara variabel independen dengan variabel dependen. Uji statistik ini dilakukan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna atau tidak bermakna. Analisa pada penelitian ini menggunakan T test dan Anova.

c. Analisa Multivariat

Untuk menghubungkan beberapa variabel sekaligus dengan satu variabel tertentu dimana hasilnya akan diperoleh, faktor-faktor variabel independen mana yang lebih dominan yang mempengaruhi variabel dependen. Pada penelitian ini analisa yang akan digunakan adalah uji regresi linier karena variabel dependennya numerik.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

Pengumpulan data dalam penelitian ini diperoleh dari data sekunder atau telaah dokumen selama bulan Desember 2011 dari data sekunder atau rekam medik pasien demam tifoid yang di rawat inap di Pelayanan Kesehatan St. Carolus pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011. Jumlah pasien yang dirawat inap dengan demam tifoid pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011 sebanyak 139 pasien. Semua data dari 139 pasien dikumpulkan kemudian peneliti mengambil sebanyak 110 sampel dengan mengeluarkan sampel penelitian dari data yang tidak lengkap karena tidak ada data pendidikan atau pekerjaannya. Dari 110 sampel ini dianalisa dengan menggunakan bantuan program SPSS. Jenis analisis yang dilakukan adalah Analisis Univariat, Analisis Bivariat dan Analisis Multivariat

6.1 Keterbatasan Penelitian

Data penelitian diambil dari data sekunder atau rekam medik pasien demam tifoid yang di rawat inap pada bulan Januari sampai Mei 2011 dilakukan pengambilan data pada bulan Desember 2011 selama satu bulan. Data rekam medik pasien ini jumlah sampelnya tidak terlalu besar dan pencarian data lebih mudah. Kelemahannya ada pada data keuangan karena data keuangan dipilah masih secara manual di Unit Akuntansi dan Keuangan dari buku besar dan data tagihan karena data pasien pada bulan Januari sampai Mei 2011 belum terkomputerisasi, setelah data keuangan didapat dilakukan cek ulang dengan data yang terkomputerisasi di Unit Pelayanan Administrasi dan Perawatan Pasien.

6.2 Hasil analisis Univariat

6.2.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden

Tabel 6.2.1 Distribusi Frekuensi Usia Responden

Usia	Jumlah	Persen(%)
Anak (<12 tahun)	28	25,5
Remaja (13-21 tahun)	20	18,2
Dewasa Muda (22-30 tahun)	23	20,9
Dewasa (> 30 tahun)	39	35,5
TOTAL	110	100

Sebagian besar penderita demam tifoid yang berobat ke RS St. Carolus berusia 31 tahun ke atas yaitu sebanyak 35,5%.

6.2.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Tabel 6.2.2 Distribusi Frekuensi Jenis Kelamin Responden

Jenis Kelamin	Jumlah	Persen(%)
Laki-laki	57	51,8
Perempuan	53	48,2
TOTAL	110	100

Sebagian besar penderita demam tifoid adalah laki-laki sebanyak 51,8%.

6.2.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan

Tabel 6.2.3 Distribusi Frekuensi Tingkat Pendidikan Responden

Pendidikan	Jumlah	Persen(%)
<= SLTP	38	34,5
SLTA	32	29,1
Diploma	14	12,7
Sarjana	26	23,6
TOTAL	110	100

Sebagian besar penderita demam tifoid pada kelompok pendidikan di bawah SLTP yaitu sebanyak 34,5%.

6.2.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

Tabel 6.2.4 Distribusi Frekuensi Pekerjaan Responden

Pekerjaan	Jumlah	Persen(%)
Tidak Bekerja	43	39,1
IRT	11	10
PNS	13	11,8
Swasta	43	39,1
TOTAL	110	100

Hasil analisis menunjukkan sebagian besar responden tidak bekerja (usia anak sekolah) dan swasta yaitu masing-masing sebanyak 39,1%.

6.2.5 Distribusi Frekuensi Penanggung Biaya Responden

Tabel 6.2.5 Distribusi Frekuensi Penanggung Biaya Responden

Penanggung Biaya	Jumlah	Persen(%)
Umum	50	45,5
Asuransi	60	55,5
TOTAL	110	100

Hasil analisis menunjukkan sebagian besar responden penderita demam tifoid menggunakan asuransi untuk pembayaran pengobatannya yaitu 55,5%.

6.2.6 Deskripsi Total Biaya Pengobatan

Tabel 6.2.6 Deskripsi Total Biaya Pengobatan

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean	Median
Total Biaya (rupiah)	1.388.558	9.814.468	4.733.215	4.255.308

Berdasarkan analisis total biaya pengobatan pada responden penderita demam tifoid di RS. St. Carolus, rata-rata biaya pengobatan yaitu Rp 4.733.215,- dengan biaya terendah Rp 1.388.588,- dan tertinggi Rp.9.814.468,-

6.3 Hubungan Variabel Independent dengan Variabel Dependent

6.3.1 Hubungan Penanggung Biaya dengan Total Biaya Pengobatan

Tabel 6.3.1 Hubungan Penanggung Biaya dengan Total Biaya Pengobatan

Variabel Penanggung Biaya	Total biaya Responden		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
Umum	4.130.696	1.922.026	0,007	50
Asuransi	5.235.314	2.251.379		60

Rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada responden yang dibiayai oleh asuransi yaitu sebesar Rp 5.235.314,-. Hasil uji statistik diperoleh p-value=0,007 ($p < \alpha$ 5%) artinya H_0 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada responden yang membiayai sendiri pengobatannya dengan responden yang dibiayai Asuransi.

6.3.2 Hubungan Usia dengan Total Biaya Pengobatan

Tabel.6.3.2 Hubungan Usia dengan Total biaya Responden

Variabel Usia	Total biaya Responden			p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi	95% CI		
Anak Sekolah	5.151.591	2.114.275	4.331.760 – 5.971.422	0,178	28
Remaja	3.960.696	2.092.430	2.981.408 – 4.939.983		20
Dewasa Muda	4.385.712	2.080.905	3.485.861 – 5.285.563		23
Dewasa	5.033.943	2.242.297	4.307.074 – 5.760.811		39

Rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada kelompok responden yang berusia 12 tahun ke bawah yaitu sebesar Rp 5.151.591,-. Secara keseluruhan rata-rata total biaya responden pada kelompok anak, remaja,

dewasa muda, dan dewasa tidak jauh berbeda. Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value}=0,178$ ($p>\alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada kelompok anak dan remaja dengan dewasa.

6.3.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Total biaya Responden

Tabel.6.3.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Total biaya Responden

Variabel Jenis Kelamin	Total biaya Responden		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
Laki-laki	4.899.246	2.167.107	0,408	57
Perempuan	4.554.652	2.179.844		53

Rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada responden laki-laki yaitu sebesar Rp 4.899.246,-. Secara keseluruhan rata-rata total biaya responden pada responden laki-laki dan perempuan tidak jauh berbeda. Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value}=0,408$ ($p>\alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada responden laki-laki dan perempuan.

6.3.4 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Total biaya Responden

Tabel.6.3.4 Hubungan Tingkat Pendidikan dengan Total biaya Responden

Variabel Tingkat Pendidikan	Total biaya Responden			p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi	95% CI		
<= SLTP	4.664.916	2.137.477	3.962.345 – 5.367.487	0,811	38
SLTA	4.583.515	2.079.641	3.833.725 – 5.333.306		32
Diploma	4.587.606	2.453.891	3.170.772 – 6.004.441		14
Sarjana	5.095.685	2.256.906	4.323.112 – 5.143.317		26

Rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada kelompok responden yang pendidikan terakhirnya adalah sarjana yaitu sebesar Rp 5.095.685,-. Secara keseluruhan rata-rata total biaya responden pada setiap kelompok pendidikan responden tidak jauh berbeda. Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value}=0,811$ ($p>\alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada setiap jenjang pendidikan responden.

6.3.5 Hubungan Pekerjaan dengan Total biaya Responden

Tabel.6.3.5 Hubungan Pekerjaan dengan Total biaya Responden

Variabel Pekerjaan	Total biaya Responden			p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi	95% CI		
Tidak Bekerja	4.771.095	2.319.380	3.997.295 – 5.424.895	0,741	43
IRT	5.319.964	2.090.302	3.922.398 – 6.717.530		11
PNS	4.946.238	1.941.975	3.772.714 – 6.119.762		13
Swasta	4.540.834	2.143.013	3.881.311 – 5.200.356		43

Rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada kelompok responden yang ibu rumah tangga yaitu sebesar Rp 5.319.964,-. Hasil uji statistik diperoleh $p\text{-value}=0,741$ ($p>\alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada setiap jenis pekerjaan.

6.3.6 Hubungan Pekerjaan PNS dan Swasta dengan Total Biaya Responden

Tabel.6.3.6 Hubungan Pekerjaan PNS dan Swasta dengan Total Biaya Responden

Variabel Pekerjaan	Total biaya Responden		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
PNS	4.946.238	1.941.975	0,544	13
Swasta	4.540.834	2.143.013		43

Analisis lebih lanjut pada kelompok responden yang bekerja sebagai PNS dan Swasta diketahui rata-rata total biaya responden tertinggi yaitu pada kelompok responden yang PNS yaitu sebesar Rp 4.946.238,-. Hasil uji statistik diperoleh p-value=0,544 ($p > \alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada yang bekerja sebagai PNS dan swasta. Seperti terlihat pada tabel diatas.

6.3.7 Perbandingan Rata-rata Lama Rawat pada Pasien Umum dan Asuransi

Tabel 6.3.7 Perbandingan Rata-Rata Lama Rawat pada Pasien Umum dan Asuransi

Variabel Lama Rawat	Total Lama Rawat		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
Umum	4,44	2,1	0,907	50
Asuransi	4,4	1,5		60

Rata-rata lama rawat tertinggi yaitu pada responden yang biaya sendiri yaitu sebesar 4 samapi 5 hari. Meskipun lama rawat antara pasien umum dan asuransi tidak berbeda jauh. Hasil uji statistik diperoleh p-value=0,907 ($p > \alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata

lama rawat pada responden yang membiayai sendiri pengobatannya dengan responden yang dibiayai Asuransi.

6.3.8 Perbandingan rata-rata total biaya dokter pada pasien umum dan asuransi

Tabel 6.3.8 Perbandingan Rata-rata Biaya Dokter pada Pasien Umum dan Asuransi

Variabel Biaya Dokter	Total Biaya Dokter		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
Umum	313.160	173.306	0,008	50
Asuransi	416.583	226.195		60

Rata-rata total biaya dokter tertinggi yaitu pada responden yang dibiayai oleh asuransi yaitu sebesar Rp 416.583,-. Hasil uji statistik diperoleh p-value=0,008 ($p < \alpha$ 5%) artinya H_0 ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata biaya dokter pada responden yang membiayai sendiri pengobatannya dengan responden yang dibiayai Asuransi.

6.3.9 Perbandingan rata-rata biaya Laboratorium pada pasien umum dan asuransi

Tabel 6.3.9 Perbandingan Rata-rata Biaya Laboratorium pada Pasien Umum dan Asuransi

Variabel Biaya Laboratorium	Total Biaya Laboratorium		p-Value	N
	Mean	Std. Deviasi		
Umum	729.760	371.282	0,451	50
Asuransi	792.133	474.268		60

Rata-rata total biaya laboratorium tertinggi yaitu pada responden yang dibiayai oleh asuransi yaitu sebesar Rp 792.133,-. Hasil uji statistik

diperoleh $p\text{-value}=0,451$ ($p > \alpha$ 5%) artinya H_0 gagal ditolak. Maka dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata biaya laboratorium pada responden yang membiayai sendiri pengobatannya dengan responden yang dibiayai Asuransi.

6.3.10 Perbandingan Lama rawat berdasarkan standar DRG

Tabel 6.3.10 Lama Rawat Berdasarkan Standar DRG

Lama Rawat	Frekuensi	Persentase
Dalam standar DRG (≤ 6 hari)	29	70,7
> Standar DRG (> 6 hari)	12	29,3
Total	41	100

Responden pada kelas rawat inap kelas 3, sebagian besar lama rawatnya dalam range LOS standar DRG yaitu sebesar 70,7%.

6.4 Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas III

Tabel. 6.4.1 Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas III

No.	Total biaya	Frekuensi	Persentase (%)
1	Di bawah standar	4	9,8
2	Di atas standar	32	78
3	Mendekati standar	5	12,2
	Total	41	100

Sebagian besar total biaya responden di atas standar dari Kemenkes RI yaitu sebanyak 78% dengan total biaya rata-rata sebesar Rp 3.824.350,- dengan biaya terendah Rp 1.388.588,- dan tertinggi Rp 8.617.189,-.

Tabel 6.4.2 Deskripsi Total Biaya Pengobatan

Variabel	Minimum	Maksimum	Mean	Median
Total Biaya (rupiah)	1.388.558	8.617.189	3.824.350	3.358.875

Dari total 41 pasien yang dirawat di kelas III ada 8 pasien dengan komplikasi. Dengan adanya komplikasi ini tentu akan mempengaruhi total biaya pengobatan. Total pasien yang dirawat inap dengan komplikasi yaitu sebesar 19,5 %.

6.5 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Total biaya Responden

6.5.1 Pemilihan Kandidat Model Multivariat

Hasil seleksi bivariat pada variabel independent yang memiliki p-value < 0,25 maka variabel yang masuk dalam pemodelan multivariat adalah Penanggung Biaya dan Usia.

Tabel 6.5.1 Pemodelan Awal Multivariat

Variabel	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	R	R-square	Sig.
	B	Std. Error	Beta					
(Constant)	2585070	963420		2,683	,008	0,261	0,068	0,023
Usia	255904	408692	,059	,626	,533			
Penanggung Biaya	1131061	407053	,261	2,779	,006			

Hasil analisis menunjukkan nilai R sebesar 0,261 (26,1%) artinya persamaan garis linier yang diperoleh kurang baik. Selain itu diketahui nilai R-Square sebesar 0,068, artinya semua variabel independen (persamaan garis linier) dapat menjelaskan variasi total biaya responden sebesar 6,8% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik didapatkan p value = 0,023 berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah signifikan. Namun demikian prinsip pemodelan harus yang sederhana variabelnya sehingga masing-

masing variabel independen perlu di cek nilai p valuenya, variabel yang p valuenya $> 0,05$ dikeluarkan dari model. Ternyata dari 2 variabel independen ada 2 variabel yang p valuenya $> 0,05$ yaitu usia . Tahap berikutnya mengeluarkan variabel yang p valuenya $> 0,05$ kemudian dilihat perubahan nilai R-square dan Coeff.B jika perubahan lebih dari 10% maka variabel tersebut merupakan konfounding dan dimasukkan kembali dalam pemodelan multivariat dan begitu seterusnya.

Setelah proses pengeluaran variabel yang p-value $> 0,05$ dan dilihat perubahan nilai R-square dan Coeff.B-nya, maka diperoleh model berikut:

Tabel 6.5.2 Pemodelan Akhir Multivariat

Variabel	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	R	R-square	Sig.
	B	Std. Error	Beta					
(Constant)	3026078	655508		4,616	,000	0,255	0,065	0,007
Penanggung Biaya	1104618	403716	,255	2,736	,007			

Hasil analisis menunjukkan variabel independent yang berhubungan langsung dengan total biaya responden dan berperan sebagai faktor dominan dan utama adalah Penanggung Biaya dan tidak faktor konfounding. Diketahui nilai R sebesar 0,255 artinya persamaan garis linier yang diperoleh kurang baik. Selain itu diketahui nilai R-Square sebesar 0,065, artinya semua variabel independen (persamaan garis linier) dapat menjelaskan variasi total biaya responden sebesar 6,5% sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. Dari hasil uji statistik didapatkan p value = 0,007 berarti persamaan garis regresi secara keseluruhan sudah signifikan.

Uji Asumsi Linier Ganda sudah yang meliputi asumsi eksistensi, asumsi independensi, asumsi linearitas, asumsi kolinieritas, dan asumsi multikolinieritas sudah terpenuhi kecuali asumsi homocedasticity dan asumsi normalitas (terlampir).

BAB 7

PEMBAHASAN

Sesuai dengan Surat Edaran Menteri Kesehatan RI Nomor 586/Menkes/VII/2008 tanggal 3 Juli 2008 dan Nomor 807/Menkes/E/VIII/2008 tanggal 29 Agustus 2008 tentang Pelaksanaan Penyelenggaraan Pelayanan Jamkesmas 2008 dimana sistem pembayaran didasarkan pada keadaan yang menggambarkan tipe ("mix") kondisi pasien atau penyakit ("cases") selama berobat /dirawat di rumah sakit. Sistem ini disebut *casemix*, yaitu sistem klasifikasi penyakit yang digabung dengan biaya perawatan di rumah sakit berdasarkan pada pengelompokan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan diagnosis akhir penyakit sejenis dan kompleksitas pengelolaan kasus (penyakit). Sistem *casemix* yang dikenal saat ini adalah *Diagnosis Related Group* (DRG), yaitu pengelompokan pelayanan medik kedalam suatu besaran pembiayaan tertentu berdasarkan diagnosis penyakit. Di Indonesia dikenal dengan *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). INA-DRG *casemix* berisi tarif paket pelayanan kesehatan yang meliputi diagnosis, jumlah hari rawat dan besar biaya perdiagnosis penyakit. Keuntungan menggunakan INA-DRG adalah transparansi atas biaya pelayanan yang diberikan serta adanya perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik.

Pelaksanaan sistem jaminan sosial nasional di rumah sakit swasta khususnya di Pelayanan Kesehatan St. Carolus belum berjalan sebagaimana yang diharapkan karena adanya perbedaan tarif antara rumah sakit swasta dan pemerintah. Dari data sepuluh penyakit terbanyak di Pelayanan Kesehatan St. Carolus salah satunya adalah demam tifoid. Pemilihan diagnosa penyakit demam tifoid ini dikarenakan kasusnya sederhana dan uniform sehingga distribusi biaya tidak terlalu besar.

7.1. Keterbatasan Penelitian

7.1.1 Kualitas data

Data penelitian diambil dari data sekunder atau telaah dokumen rekam medik pasien demam tifoid yang di rawat inap pada bulan Januari sampai Mei 2011 dilakukan pada bulan Desember 2011 selama satu bulan. Data rekam medik pasien ini jumlah sampelnya tidak terlalu besar dan pencarian data lebih mudah. Kelemahannya ada pada data keuangan karena data keuangan dipilah secara manual dari buku besar dan data tagihan di Unit Keuangan dan Akuntansi karena data pasien pada bulan Januari dan Mei ini belum terkomputerisasi setelah data keuangan didapat dilakukan cek ulang dengan data yang terkomputerisasi di Unit Pelayanan Administrasi dan Rekening Pasien.

7.1.2 Desain penelitian

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan desain penelitian retrospektif berdasarkan data sekunder atau telaah dokumen atau rekam medik pasien demam tifoid yang di rawat inap pada bulan Januari sampai dengan Mei 2011 di Pelayanan Kesehatan St. Carolus

7.2 Hubungan karakter Individu dengan total biaya perawatan

Karakter individu terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan. Dari beberapa karakter individu diatas dari hasil uji analisa statistik didapatkan $p > \alpha 5\% = H_0$ gagal ditolak yang artinya dari beberapa karakter individu tersebut, tidak ada yang mempunyai perbedaan bermakna dengan total biaya perawatan. Dari karakter pekerjaan sendiri dibandingkan lagi antara PNS dan swasta dengan total biaya perawatan didapatkan P. Value 0,544 ($p > \alpha 5\%$) berarti H_0 gagal ditolak, dan tidak ada perbedaan bermakna antara PNS dan Swasta.

7.3 Hubungan penanggung biaya dengan total biaya perawatan

Dari hasil uji analisa statistik didapatkan P.Value = 0,07 ($p < \alpha 5\%$) = H_0 ditolak yang berarti ada perbedaan bermakna terhadap total biaya perawatan antara pasien asuransi dengan pasien umum.

7.4 Hubungan antara lama rawat dengan pasien umum dan asuransi

Dari hasil uji statistik didapatkan P Value 0,909 ($p > \alpha 5\%$) = H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada perbedaan lama rawat antara pasien umum dengan pasien asuransi.

7.5 Hubungan antara total biaya dokter dengan pasien umum dan asuransi

Dari hasil uji statistik didapatkan P Value 0,008 ($p < \alpha 5\%$) = H_0 ditolak, berarti ada perbedaan bermakna terhadap total biaya pasien umum dengan pasien asuransi. Dimana total biaya dokter pada pasien asuransi lebih mahal dibandingkan dengan pasien umum.

7.6 Hubungan antara total biaya laboratorium dengan pasien umum dan asuransi

Dari hasil uji statistik didapatkan P Value 0,451 ($p > \alpha 5\%$) = H_0 gagal ditolak, berarti tidak ada perbedaan bermakna terhadap total biaya laboratorium pada pasien umum dan asuransi.

7.7 Perbandingan lama rawat pasien terdiagnosis Typhoid fever di Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap standar DRG didapatkan Responden pada kelas rawat inap kelas 3, sebagian besar lama rawatnya dalam range LOS standar DRG yaitu sebesar 70,7%.

7.8. Perbandingan total biaya Perawatan/pengobatan pada Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas III sebagian besar total biaya responden di atas standar dari Kemenkes RI yaitu sebanyak 78% dengan total biaya rata-rata sebesar Rp 3.824.350,- dengan biaya terendah Rp 1.388.588,- dan tertinggi Rp 8.617.189,-.

Dari total 41 pasien yang dirawat di kelas III ada 8 pasien dengan komplikasi. Dengan adanya komplikasi ini tentu akan mempengaruhi total biaya pengobatan. Total pasien yang dirawat inap dengan komplikasi yaitu sebesar 19,5 %.

Dengan adanya range total biaya perawatan ini maka Pelayanan Kesehatan St.Carolus perlu untuk membuat standar terhadap total biaya perawatan dengan melibatkan semua pihak yang terkait sehingga bisa terlaksana penerapan sistem jaminan kesehatan sosial nasional terhadap kelayakan pembayaran DRG di Pelayanan Kesehatan St. Carolus secara khususnya dalam perawatan pasien demam tifoid dan kemudian terhadap penyakit-penyakit lainnya.

BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1 Kesimpulan

Dari hasil analisa uji statistik karakter individu yang terdiri dari faktor usia, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan bukanlah faktor yang menentukan total biaya perawatan. Yang berpengaruh bermakna dengan total biaya perawatan adalah penanggung biaya dalam hal ini antara pasien asuransi dengan pasien umum dimana total biaya perawatan terhadap pasien asuransi lebih mahal dari pasien umum. Total biaya dokter terhadap pasien asuransi dan umum juga berbeda bermakna.

Dari analisis lebih lanjut pada kelompok responden yang bekerja sebagai PNS dan Swasta dapat disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna secara statistik untuk rata-rata total biaya responden pada yang bekerja sebagai PNS dan swasta.

Pada perbandingan lama rawat pasien terdiagnosis demam tifoid di Pelayanan Kesehatan St. Carolus terhadap standar DRG didapatkan Responden pada kelas rawat inap kelas 3, sebagian besar lama rawatnya dalam range LOS standar DRG. Sedangkan untuk Perbandingan total biaya Perawatan/pengobatan pada Distribusi Frekuensi Total Biaya di Kelas 3 sebagian besar total biaya responden masih di atas standar dari Kemenkes RI. Diambil hanya kelas 3 saja karena jaminan kesehatan yang dijamin sada saat ini hanya untuk pasien kelas 3 saja.

Dari total 41 pasien yang dirawat di kelas III ada 8 pasien dengan komplikasi. Dengan adanya komplikasi ini tentu akan mempengaruhi total biaya pengobatan.

Dengan adanya range total biaya perawatan ini maka Pelayanan Kesehatan St.Carolus perlu untuk membuat standar terhadap total biaya perawatan dengan melibatkan semua pihak yang terkait sehingga bisa terlaksana penerapan sistem jaminan kesehatan sosial nasional terhadap kelayakan pembayaran DRG di

Pelayanan Kesehatan St. Carolus secara khususnya dalam perawatan pasien demam tifoid dan kemudian terhadap penyakit-penyakit lainnya.

8.2 . Saran-saran

1. Perlu ada standar total biaya perawatan terhadap pasien yang dirawat inap yang ada di Pelayanan Kesehatan St. Carolus.
2. Dibentuk tim khusus di rumah sakit yang bertugas untuk mengkaji kelayakan dan mengevaluasi total biaya perawatan pasien di rumah sakit sehingga mempermudah pasien untuk mengetahui perkiraan biaya perawatannya.
3. Dibuat clinical pathway oleh masing-masing peer group dokter ahli bagi tiap diagnosis penyakit sehingga tidak ada perbedaan perlakuan dan total biaya pengobatan terhadap pasien umum maupun pasien asuransi.
4. Tidak boleh ada perbedaan perilaku dari dokter yang mempengaruhi total biaya perawatan antara pasien umum dan pasien asuransi
5. Rumah sakit atau manajemen rumah sakit membuat aturan sehingga perlakuan terhadap penanganan antara pasien umum dan asuransi sama.

DAFTAR REFERENSI

Analisis efektifitas biaya kesehatan diunduh Tgl 09/10/2011 pk. 22.54 WIB

<http://repository.ui.ac.id/contents/koleksi/2/690964015f4158795f94bb780e974b746682a050.pdf>

Andi Prastowo,2011,*Memahami Metode-Metode Penelitian Suatu Tinjauan Teoritis & Praktis*,Yogyakarta:AR-RUZZ MEDIA)

Buletin of WHO

<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/4/06-039818/en/index.html>

(Bustami Bastian & Nurlela,2006,*Akuntansi biaya, teori dan aplikasi*.Yogyakarta:Graha Ilmu)

Contributed by Administrator, *Pilar Jaminan Sosial*, Monday, 17 March 2008, diunduh Tgl 24/06/2011 pk 23.29

[http://www. Pembiayaan dan jaminan kesehatan online](http://www.Pembiayaan dan jaminan kesehatan online)

Contributed by Administrator , *Program Jaminan Sosial Dalam SJSN*, Friday, 05 October 2007, Last Updated Monday, 17 March 2008. Diunduh Tgl 24/06/2011 pk 23.30 WIB

<http://www.ppj.k.depkes.go.id> Powered by Joomla!

Danang Sunyoto,2011,*Metodologi Penelitian Ekonomi (Alat statistik dan Analisis Output Komputer)*,Yogyakarta:CAPS)

DRG book, diunduh Tgl 25/09/2011 pk. 20.12 WIB

<http://www.fas.org/ota/reports/8306.pdf>

Gay, James, M.D. *All Patient Refined (APR DRGs) Version 20.0*, diunduh Tgl 25/09/2011 pk 20.12 WIB

<http://www.hcup-us.ahrq.gov/db/nation/nis/APR-DRGsV20MethodologyOverviewandBibliography.pdf>

Hansen&Mowen (2005), *Unit cost*, diunduh Tgl 25/09/2011 pk 20.11 WIB

<http://manajemen-rs.net/dmdocuments/unit%20cost.pdf>

INA DRG *Bab 1*, pdf, diunduh Tgl 09/10/2011 pk 23.01 WIB

http://etd.eprints.ums.ac.id/14820/2/BAB_1.pdf

Jonathan Sarwono, 2006, *Metodologi Penelitian Kuantitatif & Kualitatif*, Yogyakarta: Graha Ilmu)

Juliansyah Noor, 2011, *Metodologi Penelitian: Skripsi, Tesis, Disertasi dan Karya Ilmiah*, Jakarta, Kencana Prenada Media Group.

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 364/MENKES/SK/V/2006 *Tentang Pedoman Pengendalian Demam Tifoid*

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1161/MENKES/SK/X/2007 *Tentang Penetapan Tarif Rumah Sakit Berdasarkan Indonesia Diagnosis Related Group (INA-DRG)*

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
379/MENKES/SK/IV/2008 *Tentang Petunjuk Teknis Administrasi Klaim
Verifikasi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) Tahun
2008*

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
316/MENKES/SK/V/2009 *Tentang Pedoman Pelaksanaan Program
Jaminan Kesehatan Masyarakat Tahun 2009*

Mikail, Bramirus & Chandra, Asep, Kompas.com, | Senin, 18 April 2011 | 12:18
WIB *Tarif Dokter Liberal, Biaya Berobat Mahal*

[http://health.kompas.com/read/2011/04/18/12182350/Tarif.Dokter.Liberal.
Biaya.Berobat.Mahal](http://health.kompas.com/read/2011/04/18/12182350/Tarif.Dokter.Liberal.Biaya.Berobat.Mahal)

Mohamad, Kartono, *Mencari Badan Pelaksana SJSN*, diunduh Tgl 24/06/2011
pk 23.31 WIB Hartono D : [http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/
fullnews.Cgi? : 3/14/2007](http://www.gizi.net/cgi-bin/berita/fullnews.Cgi? : 3/14/2007)

Perhitungan unit cost di pelayanan kesehatan primer (UGM)

[http://resources.unpad.ac.id/unpad-
content/uploads/publikasi_dosen/Pernghitungan%20unit%20cost.PDF](http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/Pernghitungan%20unit%20cost.PDF)

Prijono Tjiptoherijanto, Budhi Soesetyo, 2008, *Ekonomi Kesehatan*, Jakarta, Rineka
Cipta

Rancangan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor
374/MENKES/SK/V/2009 *Tentang Sistem Kesehatan Nasional*

Thabrany, Hasbullah. *Strategi Pendanaan Jaminan Kesehatan Indonesia dalam SJSN*. Diunduh Tgl 24/06/2011 pk 23.11 WIB
<http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/StrategiPendanaanJaminanKesehatanIndonesia-Bappenas08.pdf>

Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 *Tentang Usaha Perasuransian*

VIVA news , 13 Juli 2011, *Pengadilan Minta Pemerintah Berlakukan SJSN, Pemerintah dianggap lalai karena tidak melaksanakan Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Diunduh Tgl 16/09/2011 pk 09.16 WIB
<http://nasional.vivanews.com/news/read/232960-pengadilan-minta-pemerintah-berlakukan-sjsn>

Written by Administrator, *Tentang SJSN 05 Okt 2007*, diunduh 24/06/2011 pk 23.28 WIB
http://www.ppjk.depkes.go.id/index.php?option=com_content&task=view&id=56&Itemid=93

LAMPIRAN OUTPUT

UNIVARIAT

Statistics

Totalbiaya

N	Valid	110
	Missing	0
Mean		4733215,03
Median		4255308,50
Mode		1388558 ^a
Minimum		1388558
Maximum		9814468

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Kategori pembayaran

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Umum	50	45,5	45,5	45,5
	Asuransi	60	54,5	54,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<= SLTP	38	34,5	34,5	34,5
	SLTA	32	29,1	29,1	63,6
	Diploma	14	12,7	12,7	76,4
	Sarjana	26	23,6	23,6	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

usia

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Anak Sekolah	28	25,5	25,5	25,5
	Remaja	20	18,2	18,2	43,6
	Dewasa Muda	23	20,9	20,9	64,5
	Dewasa	39	35,5	35,5	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

jenis kelamin

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	laki-laki	57	51,8	51,8	51,8
	Perempuan	53	48,2	48,2	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

pekerjaan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Tidak Bekerja	43	39,1	39,1	39,1
	IRT	11	10,0	10,0	49,1
	PNS	13	11,8	11,8	60,9
	Swasta	43	39,1	39,1	100,0
	Total	110	100,0	100,0	

BIVARIAT

Kategori pembayaran

Group Statistics

Kategori pembayaran		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Totalbiaya	Umum	50	4130696,18	1922026,767	271815,632
	Asuransi	60	5235314,07	2251379,042	290651,785

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Totalbiaya	Equal variances assumed	1,711	,194	-2,736	108	,007	-1104617,887	403715,688	-1904852,419	-304383,355
	Equal variances not assumed			-2,776	107,928	,006	-1104617,887	397947,481	-1893424,781	-315810,993

Jenis kelamin

Group Statistics

jenis_kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Totalbiaya laki-laki	57	4899246,79	2167107,331	287040,378
Perempuan	53	4554652,57	2179844,525	299424,673

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means								
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
Totalbiaya	Equal variances assumed	,122	,728	,831	108	,408	344594,223	414696,665	-477406,510	1166594,957
	Equal variances not assumed			,831	107,325	,408	344594,223	414785,865	-477641,905	1166830,352

Pendidikan

Descriptives

Totalbiaya

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<= SLTP	38	4664916,05	2137477,026	346744,561	3962344,84	5367487,27	1489710	9563325
SLTA	32	4583515,97	2079641,833	367632,211	3833725,13	5333306,81	1804946	9814468
Diploma	14	4587606,93	2453891,298	655830,036	3170772,28	6004441,58	1388558	9222797
Sarjana	26	5095685,96	2256906,404	442615,761	4184101,74	6007270,19	1985873	9558504
Total	110	4733215,03	2170161,624	206916,792	4323112,67	5143317,38	1388558	9814468

ANOVA

Totalbiaya

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	4,607E12	3	1,536E12	,320	,811
Within Groups	5,087E14	106	4,799E12		
Total	5,133E14	109			

Pekerjaan

Descriptives

Totalbiaya

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
					Tidak Bekerja	43		
IRT	11	5319964,00	2080301,986	627234,649	3922398,11	6717529,89	2516745	8807157
PNS	13	4946238,38	1941975,787	538607,175	3772714,16	6119762,61	2751009	8617189
Swasta	43	4540834,02	2143013,528	326806,499	3881311,81	5200356,24	1388558	9558504
Total	110	4733215,03	2170161,624	206916,792	4323112,67	5143317,38	1388558	9814468

ANOVA

Totalbiaya

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	5,989E12	3	1,996E12	,417	,741
Within Groups	5,074E14	106	4,786E12		
Total	5,133E14	109			

Usia

MULTIVARIAT

Pemodelan awal

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,261 ^a	,068	,051	2114295,489

a. Predictors: (Constant), Kategori pembayaran, usia1

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,503E13	2	1,752E13	3,918	,023 ^a
	Residual	4,783E14	107	4,470E12		
	Total	5,133E14	109			

a. Predictors: (Constant), Kategori pembayaran, usia1

b. Dependent Variable: Totalbiaya

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
1	(Constant)	2585070,445	963420,271		2,683	,008	675202,121	4494938,769
	usia1	255903,974	408691,478	,059	,626	,533	-554279,215	1066087,163
	Kategori pembayaran	1131061,297	407053,429	,261	2,779	,006	324125,349	1937997,246

a. Dependent Variable: Totalbiaya

Pemodelan akhir

Model Summary

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,255 ^a	,065	,056	2108336,420

a. Predictors: (Constant), Kategori pembayaran

ANOVA^b

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,328E13	1	3,328E13	7,486	,007 ^a
	Residual	4,801E14	108	4,445E12		
	Total	5,133E14	109			

a. Predictors: (Constant), Kategori pembayaran

b. Dependent Variable: Totalbiaya

Coefficients^a

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound
		1	(Constant)	3026078,293			655508,432	
	Kategori pembayaran	1104617,887	403715,688	,255	2,736	,007	304383,355	1904852,419

a. Dependent Variable: Totalbiaya

Kelas III

biaya

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Di bawah standar	4	9,8	9,8	9,8
	Di atas standar	32	78,0	78,0	87,8
	Mendekati standar	5	12,2	12,2	100,0
	Total	41	100,0	100,0	

Statistics

Totalbiaya

N	Valid	41
	Missing	0
Mean		3824350,46
Median		3358875,00
Mode		1388558 ^a
Minimum		1388558
Maximum		8617189

a. Multiple modes exist. The smallest value is shown

Tambahan

Group Statistics

Kategori pembayaran		N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
hari_rawat	Umum	50	4,44	2,120	,300
	Asuransi	60	4,40	1,464	,189
Biayadokter	Umum	50	313160,00	173305,953	24509,163
	Asuransi	60	416583,33	226194,553	29201,591
Biayalab	Umum	50	729760,00	371282,035	52507,209
	Asuransi	60	792133,33	474268,624	61227,816

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
hari_rawat	Equal variances assumed	3,885	,051	,117	108	,907	,040	,343	-,640	,720
	Equal variances not assumed			,113	84,565	,910	,040	,354	-,665	,745
biayadokter	Equal variances assumed	6,354	,013	-2,649	108	,009	-103423,333	39045,028	-180817,352	-26029,314
	Equal variances not assumed			-2,713	107,293	,008	-103423,333	38123,903	-178997,163	-27849,503
biyalab	Equal variances assumed	,617	,434	-,756	108	,451	-62373,333	82454,885	-225813,220	101066,553
	Equal variances not assumed			-,773	107,611	,441	-62373,333	80658,865	-222259,743	97513,076

Lama hari rawat

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Di bawah standar	29	70,7	70,7	70,7
	Sama atau lebih dr standar	12	29,3	29,3	100,0
Total		41	100,0	100,0	