



UNIVERSITAS INDONESIA

**PERBANDINGAN TAGIHAN RAWAT INAP KELAS III
TAHUN 2007 DENGAN TARIF KELAS III INA-DRG UNTUK
KASUS APENDISITIS PADA 3 RUMAH SAKIT
DI KOTA BUKITTINGGI**

TESIS

**OLEH :
SATYA HANIFA
NPM : 0606020833**

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

DEPOK, 2008

**PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
EKONOMI KESEHATAN
Tesis, 19 Juli 2008**

Satya Hanifa, NPM. 0606020833

Perbandingan Tagihan Rawat Inap Kelas III Tahun 2007 dengan Tarif Kelas III INA-DRG Untuk Kasus Apendisitis Pada 3 Rumah Sakit di Kota Bukittinggi

viii + 77 halaman, 19 tabel, 6 grafik, 4 gambar

ABSTRAK

Salah satu upaya untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan (*cost containment*) adalah dari bentuk *fee for service* ke bentuk *Prospective Payment System (PPS)*. *Prospective Payment System (PPS)* adalah sistem pembayaran yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan yang besarnya ditetapkan sebelum suatu pelayanan dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Salah satu cara dalam sistem pembayaran ini adalah dengan "*Diagnostic Related Group's (DRG's)*".

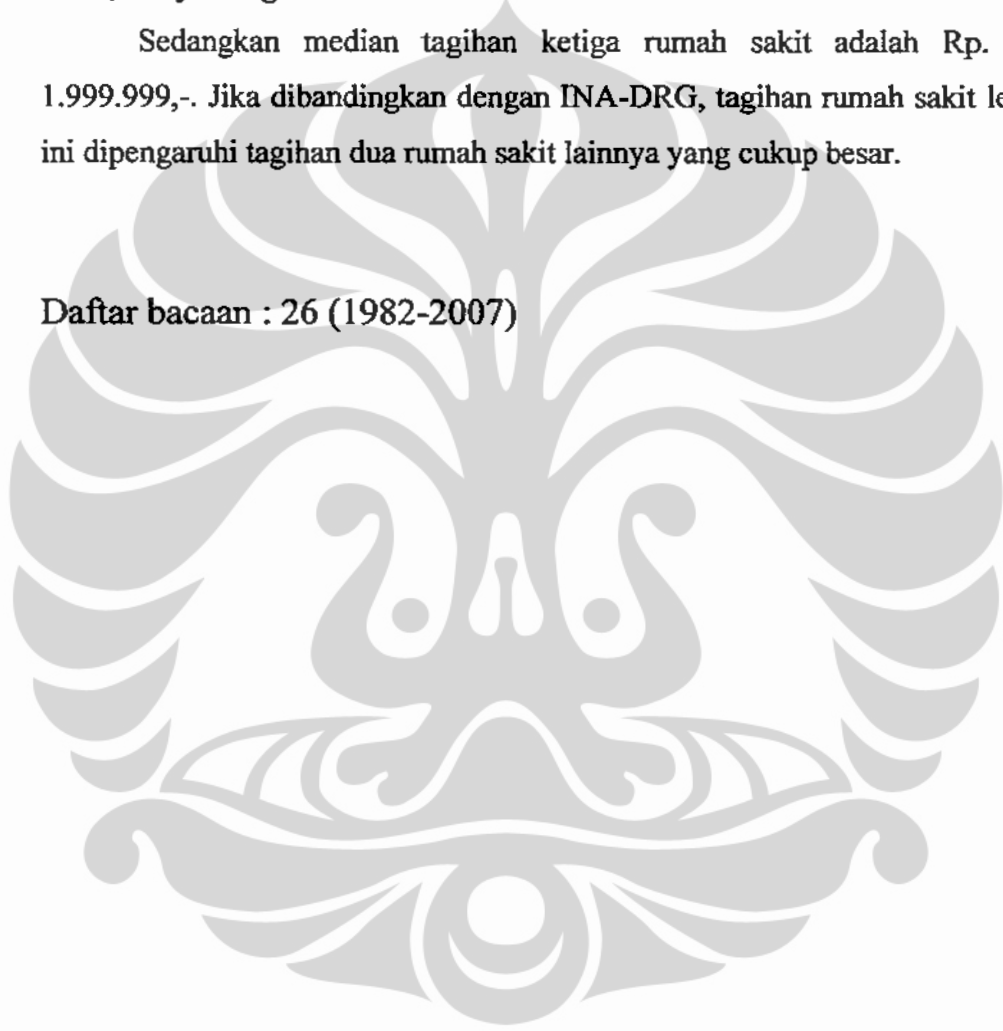
Penelitian ini adalah penelitian desain survey tagihan pelayanan dimana hasil yang diharapkan adalah untuk mengetahui gambaran perbandingan tagihan rawat inap kelas III (Askeskin dan umum) tahun 2007 dengan tarif kelas III INA-DRG di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, yaitu RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi dan RS Ibnu Sina Bukittinggi

Dari hasil penelitian menunjukkan bahwa median hari rawat adalah 4 hari. Jika dibandingkan dengan INA-DRG, ternyata rata-rata hari rawat masing-masing rumah sakit lebih pendek. Untuk apendisitis tanpa komplikasi selisih hari rawat adalah 1,1 hari.

Median tagihan pasien apendisitis di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah pada kisaran Rp.1.600.000,- - Rp. 1.799.999,-. Jika dibandingkan dengan INA-DRG, ternyata tagihan INA-DRG lebih besar.

Sedangkan median tagihan ketiga rumah sakit adalah Rp. 1.800.000,- - 1.999.999,-. Jika dibandingkan dengan INA-DRG, tagihan rumah sakit lebih besar. Hal ini dipengaruhi tagihan dua rumah sakit lainnya yang cukup besar.

Daftar bacaan : 26 (1982-2007)





UNIVERSITAS INDONESIA

**PERBANDINGAN TAGIHAN RAWAT INAP KELAS III
TAHUN 2007 DENGAN TARIF KELAS III INA-DRG UNTUK
KASUS APENDISITIS PADA 3 RUMAH SAKIT
DI KOTA BUKITTINGGI**

**Tesis ini diajukan sebagai
salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**Oleh :
SATYA HANIFA
NPM : 0606020833**

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

DEPOK, 2008

PERNYATAAN PERSETUJUAN

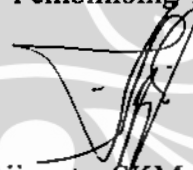
Tesis dengan judul

PERBANDINGAN TAGIHAN RAWAT INAP KELAS III TAHUN 2007 DENGAN TARIF KELAS III INA-DRG UNTUK KASUS APENDISITIS PADA 3 RUMAH SAKIT DI KOTA BUKITTINGGI

Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan dihadapan Tim Penguji Tesis Program
Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Depok, 19 Juli 2008

Pembimbing Tesis



(Pujiyanto, SKM, M.Kes.)

**PANITIA SIDANG UJIAN TESIS
PROGRAM STUDI ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS INDONESIA**

Depok, 19 Juli 2008

Ketua

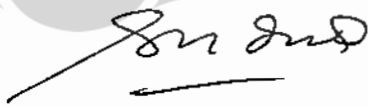


(Pujiyanto, SKM, M.Kes.)


Anggota



(Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D)



(dr. Noor Sardono, M.Kes)



(Ferry Yanuar, SKM, M.Kes)

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : SATYA HANIFA
NPM : 0606020833
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Ekonomi Kesehatan
Angkatan : 2006
Jenjang : Magister

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

**PERBANDINGAN TAGIHAN RAWAT INAP KELAS III TAHUN 2007
DENGAN TARIF KELAS III INA-DRG UNTUK KASUS APENDISITIS PADA 3
RUMAH SAKIT DI KOTA BUKITTINGGI**

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Depok, 19 Juli 2008


SATYA HANIFA

RIWAYAT HIDUP

Nama : SATYA HANIFA
Tempat/Tanggal Lahir : Padang/13 Maret 1970
Alamat : Jl. Merapi No. 15 Bukittinggi
Status Keluarga : Menikah
Alamat Instansi : Jl. Dr. A. Rivai Bukittinggi

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri 04 Olo Kecamatan Nanggalo, Padang, lulus tahun 1983
2. SMP Negeri 12 Padang, lulus tahun 1986
3. SMA Negeri 3 Padang, lulus tahun 1989
4. Akademi Akuntansi Indonesia (AAI) Padang, lulus tahun 1993
5. STIE Haji Agus Salim Bukittinggi, lulus tahun 1999

Riwayat Pekerjaan

1. Oktober 1991 – Juni 1992 : Kantor Gubernur KDH Tk.I Sumatera Barat di Padang
2. Juni 1992 – Juni 2001 : Kantor Pembantu Gubernur Sumatera Barat Wilayah I di Bukittinggi
3. Juni 2001 – Sekarang : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, puji dan syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat Rahmat dan Hidayah-Nya, penulis diberi kemudahan serta kelancaran sehingga akhirnya tesis yang merupakan salah satu persyaratan dalam meraih gelar Magister Kesehatan Masyarakat dari Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia ini bisa selesai.

Dalam proses penyusunan dan penyelesaian tesis ini, penulis mendapat banyak bantuan, bimbingan, dukungan serta do'a restu dari berbagai pihak. Untuk itu perkenankanlah pada kesempatan ini penulis menyampaikan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada :

1. Bapak Pujiyanto, SKM, M.Kes., selaku pembimbing yang telah meluangkan waktu ditengah-tengah kesibukannya sebagai dosen, namun dengan telaten dan tiada bosannya memberi arahan, bimbingan, dorongan dan semangat dengan penuh perhatian dan kesabaran, sehingga tersusunlah tesis ini.
2. Bapak dr. H. Azwir Dahlan, Sp.PD, M.Kes. selaku Direktur RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dan seluruh jajarannya yang telah mengizinkan penulis untuk melanjutkan pendidikan dan melaksanakan penelitian di RSUD dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.
3. Bapak dr. Erman Ramli, SPOG selaku Direktur RS Ibnu Sina Bukittinggi dan seluruh jajarannya yang telah mengizinkan penulis untuk melaksanakan penelitian di RS Ibnu Sina Bukittinggi.

4. Bapak Direktur RS TNI AD TK. IV Bukittinggi dan seluruh jajarannya yang telah mengizinkan penulis untuk melaksanakan penelitian di RS TNI AD TK. IV Bukittinggi.
5. Suami tercinta dan anakku tersayang Haikal Asyraf Kamil yang telah banyak kehilangan waktunya bersamaku. Terima kasih atas kesabaran dan pengertiannya.
6. Orang tua dan adik-adikku tercinta yang telah memberikan dukungan dan doa yang tulus selama penulis menyelesaikan pendidikan.
7. Teman-teman Ekokes yang banyak memberikan bantuan selama masa pendidikan dan penyelesaian penulisan tesis ini.
8. Teman-teman di pondokan "Pondok Dara" yang juga banyak membantu dan memberikan dorongan kelancaran penulisan tesis ini.
9. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu persatu.

Akhir kata, penulis menyadari bahwa tesis ini masih jauh dari sempurna. Segala kritik dan saran yang bersifat positif konstruktif yang membawa maslahat demi kesempurnaan dikemudian hari sangat diharapkan. Semoga tesis ini bermanfaat bagi kita semua.

Depok, Juli 2008

Penulis

DAFTAR ISI

Judul	Halaman
ABSTRAK	
HALAMAN JUDUL	
LEMBAR PERSETUJUAN PEMBIMBING	
LEMBAR PERSETUJUAN PENGUJI	
SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIAT	
RIWAYAT HIDUP	
KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
DAFTAR TABEL	v
DAFTAR GRAFIK	vii
DAFTAR GAMBAR	viii
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang	1
1.2. Perumusan Masalah	3
1.3. Pertanyaan Penelitian	3
1.4. Tujuan Penelitian	4
1.4.1. Tujuan Umum	4
1.4.2. Tujuan Khusus	4
1.5. Manfaat Penelitian	5
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1. Rumah Sakit	7
2.2. Pendanaan Kesehatan	8
2.3. Biaya Rawat Inap	10
2.4. Prospective Payment System	14
2.4.1. Perdiem Package Tariff	15
2.4.2. Budget Tariff Rumah Sakit	16
2.4.3. Capitation System	16
2.4.4. Diagnosis Related Groups (DRG's)	16
2.5. Indonesia Diagnostic Related Groups (INA-DRG)	19
2.5.1. Pengertian INA-DRG	19
2.5.5. Pembentukan Kelas Penyakit pada INA-DRG	21
2.5.3. Keuntungan/Manfaat INA-DRG	22
2.6. Apendisititis	23
2.6.1. Pengertian	23

	2.6.2. Klasifikasi	24
BAB 3	KERANGKA KONSEP, DEFENISI OPERASIONAL	28
	3.1. Kerangka Konsep	28
	3.2. Defenisi Operasional	30
BAB 4	METODE PENELITIAN	32
	4.1. Desain Penelitian	32
	4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian	32
	4.3. Populasi dan Sampel	33
	4.3.1. Populasi	33
	4.3.2. Sampel	33
	4.4. Pengumpulan Data	33
	4.5. Pengolahan Data	34
	4.6. Analisis Data	34
BAB 5	HASIL PENELITIAN	36
	5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian	36
	5.1.1. RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	36
	5.1.2. RS Ibnu Sina Bukittinggi	38
	5.1.3. RS TNI AD TK. IV Bukittinggi	40
	5.2. Sistematika Penyajian	41
	5.3. Kualitas Data	41
	5.4. Hasil Penelitian	47
	5.4.1. Hari Rawat	47
	5.4.2. Tagihan	53
BAB 6	PEMBAHASAN	68
	6.1. Kerangka Pembahasan	68
	6.2. Hasil Penelitian	69
BAB 7	KESIMPULAN DAN SARAN	76
	7.1. Kesimpulan	76
	7.2. Saran	76

DAFTAR PUSTAKA

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Halaman
2.1. Major Diagnosis Categories MDC).....	20
5.1. Jumlah Tempat Tidur dan Kelas Rawatan RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	37
5.2. Tarif Kelas Perawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	38
5.3. Jumlah Tempat Tidur dan Kelas Perawatan RS Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2007	39
5.4. Tarif Kelas Perawatan RS Ibnu Sina Bukittinggi Tahun 2007.....	40
5.5. Jumlah Tempat Tidur dan Tarif kelas Perawatan RS TNI AD TK. IV Bukittinggi Tahun 2007	40
5.6. Jumlah Kasus Apendisitis pada Rawat Inap Kelas III di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	47
5.7. Hari Rawat Pasien kasus Apendisitis di ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	51
5.8. Selisih Median Hari Rawat Pasien Umum dan pasien Askeskin kasus Apendisitis dengan INA-DRG di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	52
5.9. Rata-rata Tagihan Administrasi di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun	57
5.10. Rata-rata Tagihan Tindakan di ruang perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	58
5.11. Rata-rata Tagihan Akomodasi di ruangan perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	59
5.12. Rata-rata Tagihan Operasi di ruangan perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	60

5.13. Rata-rata Tagihan Laboratorium di ruangan perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007.....	61
5.14. Rata-rata Tagihan Radiologi di ruangan perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	62
5.15. Rata-rata Tagihan Obat di ruangan perawatan pasien Apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007.....	63
5.16. Persentase rata-rata tagihan pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007	64
5.17. Persentase rata-rata tagihan pasien Apendisitis tanpa Komplikasi pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007	65
5.18. Rata-rata tagihan pasien Apendisitis di ruang rawat inap kelas III pada 3 (tiga) rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	66

DAFTAR GRAFIK

Nomor Grafik	Halaman
5.1. Distribusi Hari Rawat Pasien Askeskin Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	48
5.2. Distribusi Hari Rawat Pasien Askeskin + Umum Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	49
5.3. Distribusi Hari Rawat Pasien Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	50
5.4. Distribusi Tagihan Pasien Askeskin Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	54
5.5. Distribusi Tagihan Pasien Askeskin + Umum Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007	55
5.6. Distribusi Tagihan Pasien Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi di ruang rawat inap Kelas III di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007	56

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar		Halaman
1.	Tata urutan pelayanan pasien umum Apendisitis RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	42
2.	Tata urutan pelayanan pasien Askeskin Apendisitis RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	43
3.	Tata urutan pelayanan pasien umum/Askeskin Apendisitis Akut RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	44
4.	Tata urutan pelayanan pasien umum Apendisitis RS Ibnu Sina Bukittinggi	46

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pelayanan rumah sakit di Indonesia pada umumnya mempunyai masalah yang kompleks. Salah satunya adalah tentang informasi biaya yang tidak jelas. Sistem pembayaran yang ditetapkan rumah sakit adalah sistem pembayaran per jasa pelayanan dengan cara pasien membayar setelah pelayanan diberikan (*fee for service*). Pembayaran langsung per jasa pelayanan ini banyak digunakan pada pelayanan kuratif, dimana pasien cenderung untuk meminta pelayanan yang berlebih untuk memperoleh “rasa aman” (*consumer ignorance*) dan *supply induce demand* yang mendorong dokter memberikan pelayanan yang berlebihan (*moral hazard*) dan dokter yang cenderung tidak sadar biaya (Gani, 1998, Sulastomo, 2000, Thabrany, 2005). Akibatnya terjadi kenaikan pada biaya pelayanan kesehatan.

Belum adanya harga standar yang berdasarkan unit cost untuk berbagai pelayanan kesehatan yang ditawarkan merupakan penyebab meningkatnya biaya pelayanan kesehatan. Menurut Pdpersi, seperti yang dikutip Laila, N, berdasarkan penelitian di DKI Jakarta terjadi perbedaan tagihan rawat inap demam tifoid antara rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta. Perbedaan tersebut mencapai 490%-657%. Selain itu perbedaan biaya rawat inap apendiktomi antara rumah sakit pemerintah dengan rumah sakit swasta mencapai 323%-575%.

Upaya untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan (*cost containment*) adalah dari bentuk *fee for service* ke bentuk *Prospective Payment System (PPS)*. *Prospective Payment System (PPS)* adalah sistem pembayaran yang diberikan kepada pemberi pelayanan kesehatan yang besarnya ditetapkan sebelum suatu pelayanan dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Salah satu cara dalam sistem pembayaran ini adalah dengan “*Diagnostic Related Group's (DRG's)*” (Suningsih, 2003).

Dalam upaya pengendalian terhadap tingginya biaya kesehatan, akhirnya Depkes dalam hal ini Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik telah menyusun sebuah inovasi baru berupa suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan khusus rumah sakit melalui implementasi Indonesia Diagnosis Related Group (*INA-DRG*) yang diharapkan akan memberikan keadilan dan transparansi bagi pihak pemberi jasa pelayanan kesehatan (*Health Care Provider*) maupun pihak pengguna jasa pelayanan kesehatan (*Payer*). Pemberlakuan Tarif INA-DRG ini adalah untuk ruang perawatan kelas III di RS Umum dan Khusus milik Pemerintah Pusat dan Daerah di Kelas A, B, C, D dan RS Jantung & Pembuluh Darah Harapan Kita & RS Kanker Dharmais (Depkes RI, 2007)

Bila dibandingkan dengan tarif rumah sakit dan tarif askeksin, akan terlihat perbedaan dalam menentukan jumlah tagihan kepada pasien khususnya pasien apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi. Di rumah sakit, jumlah tagihan dihitung berdasarkan tarif per pelayanan yang diterima pasien. Dari penghitungan tersebut diperoleh jumlah total tagihan yang harus dibayar oleh penerima pelayanan. Sedangkan

pada INA-DRG jumlah tagihan yang harus dibayar oleh penerima jasa pelayanan sudah ditetapkan menurut diagnosis penyakit.

Dari penghitungan tagihan berdasarkan tarif di rumah sakit terhadap semua pasien apendisitis yang dirawat di ruang rawat inap kelas III akan diketahui nilai median lama hari rawat dan nilai median tagihan untuk setiap pasien. Nilai median hari rawat dan nilai median tagihan per pasien ini akan dilakukan perbandingan dengan tarif kelas III INA-DRG.

1.2. Perumusan Masalah

Meningkatnya biaya pelayanan kesehatan di Indonesia mendorong Depkes dalam hal ini Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik menyusun suatu sistem pembiayaan pelayanan kesehatan INA-DRG yang efisien dan efektif dari pengobatan yang diberikan. Untuk mengetahui efisien dan efektif INA-DRG, dilakukan perbandingan dengan tarif 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007. Karena itu perlu dilakukan penghitungan rata-rata lama hari rawat dan rata-rata tagihan per pasien kasus apendisitis yang dirawat di ruang rawat inap kelas III.

1.3. Pertanyaan Penelitian

Adapun yang menjadi pertanyaan dalam penelitian ini adalah :

1. Berapa median lama hari rawat per pasien pada kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007 ?

2. Bagaimana perbandingan lama hari rawat rawat inap kelas III antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG untuk kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi ?
3. Berapa median tagihan per pasien pada kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007 ?
4. Bagaimana perbandingan tagihan rawat inap kelas III antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG untuk kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Diketuinya perbandingan antara tarif rawat inap kelas III dengan tarif kelas III INA-DRG.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Diketuinya lama hari rawat per pasien pada kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007 ?
2. Diketuinya perbandingan lama hari rawat rawat inap kelas III antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG untuk kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi ?
3. Diketuinya median tagihan per pasien pada kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi tahun 2007 ?

4. Diketuainya perbandingan tagihan rawat inap kelas III antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG untuk kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi?

1.5. Manfaat Penelitian

Pemerintah

Dapat mengetahui apakah kebijakan pemberlakuan tarif INA-DRG ini memang lebih efektif dan efisien dalam memberikan jasa pelayanan kesehatan khususnya pada pasien ruang perawatan kelas III.

Rumah Sakit

Merupakan masukan bagi 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi agar sistem pembiayaan jasa pelayanan kesehatan khususnya rumah sakit ini dapat memberikan keadilan dan transparansi bagi pihak pemberi jasa pelayanan kesehatan maupun pihak pengguna jasa pelayanan kesehatan.

Peneliti

Dapat menerapkan ilmu yang diperoleh serta meningkatkan kemampuan analitik, wawasan dan pengalaman dalam membuat kajian suatu masalah.

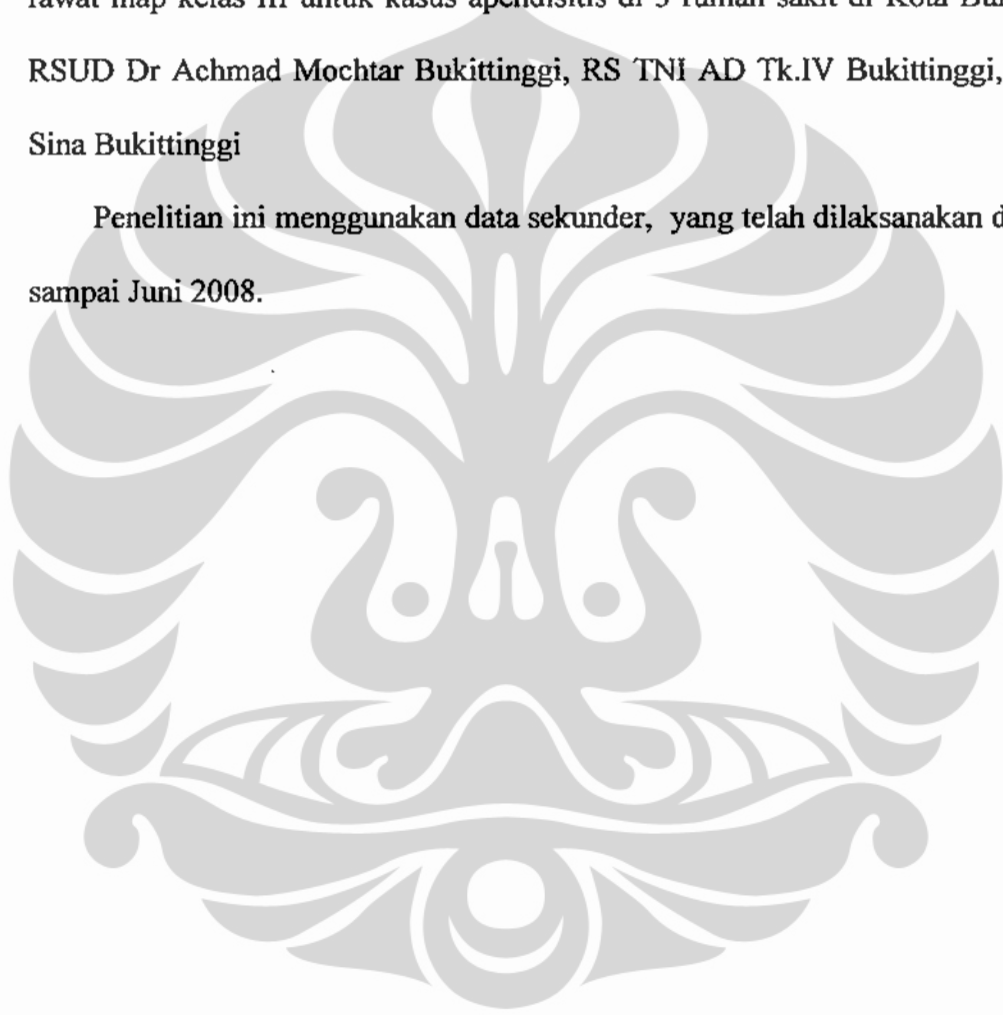
Pasien

Meningkatkan mutu pelayanan terhadap pasien dan menghindari terjadinya tindakan yang berlebihan

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini membahas tentang perbandingan tarif yang berlaku untuk pasien rawat inap kelas III untuk kasus apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi yaitu RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi, RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi, dan RS Ibnu Sina Bukittinggi

Penelitian ini menggunakan data sekunder, yang telah dilaksanakan dari bulan Mei sampai Juni 2008.



BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Rumah Sakit

Rumah sakit adalah suatu sarana kesehatan yang berfungsi untuk melakukan upaya kesehatan dasar atau upaya kesehatan rujukan dan atau upaya kesehatan penunjang, dengan tetap memperhatikan fungsi sosial, serta dapat juga dipergunakan untuk kepentingan pendidikan dan pelatihan serta penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dan teknologi.(UU Nomor 23 tahun 1992).

Menurut Affandi, R, 2001, berdasarkan sifat pelayanannya rumah sakit terdiri dari :

1. Rumah Sakit Umum (RSU) yaitu rumah sakit yang memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat dasar, spesialistik, dan sub spesialistik. (Kepmenkes Nomor 938 tahun 1992 pasal 1 ayat 1),
2. Rumah Sakit Khusus yaitu rumah sakit yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan pada satu bidang tertentu berdasarkan jenis penyakit atau disiplin ilmu tertentu. Misalnya : RS Mata, RS Bersalin, dan lain-lain. (UU Nomor 23 tahun 1992).

Rumah Sakit Umum dibedakan lagi menurut kelas yaitu :

1. RSU kelas A, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialistik luas dan sub spesialistik luas,

2. RSUD kelas B, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis sekurang-kurangnya 11 (sebelas) spesialisik dan sub spesialisik terbatas,
3. RSUD kelas C, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis spesialisik dasar,
4. RSUD kelas D, adalah rumah sakit yang mempunyai fasilitas dan kemampuan pelayanan medis dasar.

Sedangkan berdasarkan kepemilikan rumah sakit terdiri dari (1) Rumah Sakit Umum Pemerintah, (2) Rumah Sakit Swasta.

Di rumah sakit terdapat 2 (dua) jenis pelayanan yaitu rawat jalan dan rawat inap. Pasien rawat inap akan mendapatkan pelayanan rumah sakit secara berturut-turut mulai dari bagian penerimaan pasien, bagian perawatan (ruang perawatan), lingkungan fisik ruang perawatan, fasilitas medik dan penunjang lainnya, pelayanan administrasi dan keuangan (Sarmadi, M, 1996).

2.2. Pendanaan Kesehatan

Besarnya alokasi dana untuk kesehatan sangat tergantung dari besarnya perhatian pemerintah terhadap kesehatan dan bagaimana pemerintah menilai pembangunan kesehatan tersebut, apakah menjadi skala prioritas atau tidak bila dibandingkan dengan program pembangunan lainnya.

Rendahnya anggaran kesehatan di Indonesia yang hanya di bawah empat persen dari total APBN, menurut Thabrany (2002), mengakibatkan pembiayaan rumah sakit

umum dan fasilitas kesehatan lainnya sangat minim jumlahnya. Pelayanan pun tidak dapat diberikan secara maksimal. Oleh karena itu timbul kewiraswastaan dimana banyak dibangun rumah sakit swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan yang lebih baik dan memuaskan dibandingkan dengan rumah sakit milik pemerintah.

Namun demikian pemerintah berupaya untuk meningkatkan pelayanan di rumah sakit, khususnya bagi masyarakat miskin melalui Program Askeskin. Dalam teknis operasional di lapangan, terdapat perbedaan kebijakan antara pasien Askes (PNS) dengan Askeskin (masyarakat miskin) yang dananya sama-sama dikelola oleh PT Askes. Untuk pasien Askes yang dirawat di rumah sakit, apabila mendapatkan pelayanan yang berbeda dari yang telah ditetapkan, akan dikenakan urun biaya. Sebaliknya bagi pasien Askeskin tidak diperkenankan urun biaya (Depkes, 2005).

Selisih biaya yang terjadi pada pasien askeskin bisa saja ditanggung oleh rumah sakit atau daerah. Kebijakan tiap rumah sakit dan daerah tidak sama. Ada rumah sakit yang menggunakan dana APBD, dana operasional rumah sakit dan ada pula yang membebankan kepada pasien tersebut, meskipun hal tersebut tidak dibenarkan.

Kebijakan ini menimbulkan kontroversi di lapangan. PT Askes dan Depkes belum menerapkan masalah *sharing* yang baik, seperti menerapkan kapitasi 1000 rupiah kepada puskesmas, atau tarif rumah sakit yang memadai di suatu daerah, namun tidak memadai di daerah lain. Untuk itu beberapa kontraversi antara PT Askes dengan Depkes perlu diselesaikan secara bijak (Rubi, 2005)

2.3. Biaya rawat Inap

Biaya rawat inap adalah sejumlah biaya yang dikeluarkan sebagai akibat atas pelayanan rawat inap yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan yang harus dibayar oleh pasien atau pihak penanggung/asuransi (Susilawati, 2006)

Menurut Muramatsu (1992), seperti yang dikutip Suningsih (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi biaya rawat inap adalah faktor rumah sakit, faktor pasien, dan faktor kasus (*case mix*). Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya rumah sakit tersebut adalah :

1. Karakteristik Pasien (umur dan sex)

Umur pasien mempengaruhi lama hari rawat yang selanjutnya turut berpengaruh terhadap besarnya beban biaya rumah sakit. Meningkatnya proporsi penduduk usia lanjut dapat menyebabkan meningkatnya insidensi penyakit kronis, sehingga dapat meningkatkan beban biaya. (Rivany, dkk, 2001)

Karakteristik pasien menurut sex juga mempunyai pengaruh terhadap lamanya perawatan yang akhirnya akan mempengaruhi biaya perawatan. Menurut Bombardier, Dayce cs (1977) dan Knickman (1980) seperti yang dikutip oleh Suningsih (2003), pasien pria memiliki hari rawat yang lebih panjang dari pasien wanita. Tapi tidak ada penjelasan kenapa mereka berpendapat demikian. Sebaliknya Picci cs, (1991) menduga pasien wanita lebih panjang hari perawatannya dari pasien pria. Hal ini disebabkan sulitnya mendiagnosa penyakit pada pasien wanita yang sedang menstruasi.

2. Tindakan Medis (Bedah)

Tindakan Medis yang juga punya pengaruh besar terhadap besaran biaya rumah sakit adalah tindakan bedah (operasi). Tindakan ini diambil setelah serangkaian pemeriksaan penunjang dilakukan untuk mendukung diagnosa dan hal tersebut memang benar-benar pilihan terakhir

3. Obat, Alat Kesehatan dan Bahan Habis Pakai

Obat adalah sediaan farmasi yang digunakan untuk farmakoterapi dengan prosedur tertentu yang diberikan oleh farmasis atas permintaan dokter.

Alat kesehatan habis pakai adalah alat penunjang di bidang kesehatan yang diperlukan pasien selama dirawat untuk pengobatan dan penyembuhan dari penyakit yang dideritanya, seperti plat, korset, ventil dan sejenisnya

Bahan Habis Pakai adalah bahan-bahan yang digunakan oleh pasien selama dirawat untuk pengobatan dan penyembuhan dari penyakit yang sifatnya sekali pakai dan kemudian langsung dibuang, seperti benang, jarum, selang infuse dll.(Susilawaty, 2006)

Penggunaan obat generik adalah satu cara untuk meningkatkan efisiensi pembiayaan di rumah sakit yang disebabkan mahalnya harga obat. (Gani, 1996). Khusus untuk pasien Askes dan Askeskin, pemakaian obat-obatan harus mengacu pada DPHO yang merupakan obat esensial dengan harga paling murah.

4. Lama Hari Rawat

Rata-rata lama rawat atau *Average Length of Stay* (ALOS) adalah rata-rata lama rawat seorang pasien yang memberikan gambaran tingkat efisiensi dan mutu

pelayanan. Faktor-faktor yang mempengaruhi lama hari rawat pasien antara lain (Susilawati, 2006) :

- a. Diagnosa penyakit yang diderita pasien
 - b. Ketepatan dari diagnosa dan terapi
 - c. Ada tidaknya penyakit penyerta serta penyulit atau komplikasi yang dialami pasien selama perawatan
 - d. Ada tidaknya infeksi nosokomial
 - e. Kelengkapan sarana penunjang
5. *Case-mix* : Penyakit penyerta dan Penyakit penyulit

Bila pada diagnosa utama ditemukan penyakit lain yang menyertai maka pasien dikatakan mempunyai penyakit penyerta. Contohnya pasien dengan diagnosa utama apendisitis disertai tekanan darah tinggi maka tekanan darah tinggi adalah penyakit penyertanya. Sedangkan bila dalam perkembangan penyakit diagnosa utama ditemukan kondisi pasien yang lebih jelek dari diagnosa utama maka pasien dikatakan mempunyai penyakit penyulit (pemberat). Contohnya kasus apendisitis disertai anemia (Grou, 1991 dikutip dari Suningsih, 2003)

6. Penanggung Biaya

Pasien dengan sistem pembayaran tagihan (*reimbursement*), yakni perusahaan membayarkan seluruh biaya perawatan karyawannya, pada umumnya hari rawat akan lebih panjang. Misalnya pembayaran dengan asuransi. Sebaliknya bila pembayaran dari kantong pasien sendiri (*fee for service*), jumlah hari rawat akan lebih pendek.

7. Tingkat keahlian dokter

Penetapan jasa medik pada dokter spesialis pada umumnya lebih tinggi dari dokter umum. Dasar penetapan ini adalah berdasarkan tingkat keahlian yang dimiliki.

8. Kelas Perawatan

Biaya rawat inap akan tinggi jika pasien memilih kelas perawatan yang tinggi pula.

9. Utilisasi

Utilisasi adalah penggunaan fasilitas rumah sakit selama perawatan yang terdiri dari rawat inap, pemeriksaan penunjang dan pemakaian obat dan alat kesehatan. Utilisasi merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi besaran biaya. Untuk kasus apendisitis dengan tindakan apendektomi membutuhkan kamar operasi dan tindakan anestesi. Untuk kasus dengan tindakan non operasi meliputi laboratorium, radiologi dan pelayanan lainnya.

Menurut Thabrany (1998) pelayanan kesehatan mempunyai ciri khusus yaitu (1) *Uncertainty* (ketidakpastian), adalah ketidakpastian tentang kapan waktu yang dibutuhkan, besarnya biaya yang dibutuhkan, dan ketidakpastian tentang urgensi dalam pelayanan kesehatan tersebut. (2) *Asymetrik of information* (informasi asimetris, informasi tidak seimbang), yaitu keadaan tidak seimbang antara pengetahuan pemberi pelayanan kesehatan dengan pembeli jasa pelayanan yang meliputi ketidakseimbangan tentang butuh tidaknya seseorang akan informasi pelayanan kesehatan dan manfaat suatu pelayanan. (3) *Externality* (eksternalitas, dampak luar) yaitu pembeli dan bukan pembeli jasa dan pemeliharaan pelayanan kesehatan sama-sama dapat menikmati hasilnya.

Selain itu ciri lain dari pelayanan kesehatan menurut Gani, A (1994) adalah (1) Sehat, merupakan hak azasi, oleh karena itu distribusi pelayanan kesehatan harus berdasarkan kebutuhan (*need*) bukan berdasarkan permintaan (*demand*). (2) *Motif non Profit* dalam industri kesehatan bukan untuk mencari keuntungan semata tetapi harus memperhatikan aspek sosial. Tetapi yang terjadi saat ini adalah adanya perubahan dimana kesehatan dianggap sebagai peluang investasi. (3) Padat Karya, adanya kecenderungan spesialisasi dan superspesialisasi sehingga menyebabkan komponen pelayanan kesehatan menjadi besar. (4) *Mix outputs* yaitu banyaknya komoditi yang dihasilkan dalam pelayanan kesehatan menjadi kompleks. (5) Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi membuat sektor kesehatan dianggap sebagai sektor yang konsumtif dan tidak memberikan *return on investment* yang jelas. (6) Restriksi berkompetisi menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak pernah ada promosi, diskon, bonus atau banting harga.

2.4. Prospective Payment System

Menurut Sulastomo (1997) agar biaya pelayanan kesehatan yang terus meningkat dapat dikendalikan telah banyak diperkenalkan berbagai bentuk pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan (*health provider*). Pengendalian biaya tersebut dalam bentuk pembayaran *fee for service reimbursement* yang diberikan setelah pelayanan dilakukan. Ternyata sistem ini tidak efisien, karena pembayaran dilakukan oleh pihak ketiga sehingga terjadinya *moral hazard* akan lebih besar, akibatnya pelayanan kesehatan naik drastis.

Sistem pengendalian biaya kesehatan dikenal dengan bentuk pembayaran *Prospective Payment System* (PPS), yaitu suatu sistem pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan, baik rumah sakit maupun dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Sistem ini pertama kali dipakai di Amerika Serikat ketika biaya pelayanan kesehatan meningkat tajam. Melalui *Amandemet of 1993* yang ditandatangani oleh Presiden Ronald Reagan pada tanggal 20 April 1993, mewajibkan pembayaran peserta program "*Medicare*" berdasarkan jumlah yang tetap sesuai diagnosis yang besarnya telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan. Pendekatan seperti ini mendorong pemberi pelayanan kesehatan, untuk hanya melakukan tindakan medik yang memang diperlukan dan menurunkan LOS. Dengan demikian *over utilization* dapat dicegah.

Bentuk-bentuk dari *Prospective Payment System* menurut Sulastomo (2002) adalah *Perdiem Package Tariff* (tarif paket harian rumah sakit), *Budget Tariff* Rumah Sakit, *Capitation System* dan *Diagnostic Related Groups (DRG's)*

2.4.1. Perdiem Package Tariff

Merupakan tarif jasa pelayanan yang diberikan kepada rumah sakit yang dibayar sesuai dengan jumlah yang telah ditetapkan yang meliputi biaya penginapan dan sejumlah kelompok tindakan medik. Semakin besar pengelompokan tindakan medik akan semakin mendorong adanya efisiensi dan keuntungan penyederhanaan administrasi bagi rumah sakit.

2.4.2. Budget Tariff Rumah Sakit

Yaitu sistem pembayaran dengan jumlah yang tetap tanpa memperdulikan jenis tindakan, LOS (*Length of Stay*) serta jenis teknologi atas sejumlah pasien/peserta asuransi yang ditentukan. Semakin luas jenis pelayanan yang tercakup dari *budget tariff* akan semakin mendorong efisiensi dan penyederhanaan administrasi.

2.4.3. Capitation System

Yaitu sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan berdasarkan jumlah "*capita*" atau jiwa yang harus dilayani baik sakit ataupun tidak sakit pemberi pelayanan kesehatan akan memperoleh insentif apabila jumlah biaya yang ditetapkan tidak terpakai. Oleh karena itu pemberi pelayanan kesehatan diwajibkan untuk merencanakan pelayanan kesehatan dengan baik dan seefisien mungkin sehingga mendorong orientasi pelayanan kesehatan ke arah pencegahan dan promosi oleh karena lebih murah. Kapitasi akan memberi manfaat yang besar, apabila cakupan pelayanan dan biaya menunjukkan perbedaan yang sangat bermakna dengan introduksi kapitasi total, dimana seluruh pelayanan tercakup sehingga memberi peluang pengendalian biaya dimasa depan.

2.4.4. Diagnosis Related Groups (DRG's)

Diagnosis Related Groups (DRG's) merupakan pemberian imbal jasa pada provider yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosa, tanpa memperhatikan jumlah tindakan atau pelayanan yang diberikan. Dengan kata lain DRG's adalah suatu cara untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai kebutuhan dan keperluan sumber-sumber yang sama di rumah sakit, dan kemudian mengelompokkan semua

pasien itu ke dalam kelompok-kelompok yang mudah dapat ditangani dan dikelola kebutuhan perkelompok.

Tahun 1970 Robert Fetter dan Thomson mengembangkan konsep DRG's ini di Yale-New Haven Hospital. Awalnya dimaksudkan untuk mempelajari dan mengembangkan penilaian atas proses utilisasi (*utilization review proses*). Dengan *Yale Cost Model* berhasil mengembangkan DRG's pertama kali berdasarkan "*ICD-VIII-Clinical Modification*" berupa 83 "*Major Diagnostik Catagories*" (MDC) dan 383 DRG's.

Rumah sakit sebagai kelompok badan usaha (*business entity*) menghasilkan bauran produk (*produk mix*) yang dalam hal ini adalah bauran kasus (*case-mix*). Walaupun karakteristik masing-masing kasus berbeda tetapi punya keterkaitan untuk hal-hal tertentu, sehingga dalam penanggulangannya dapat memakai sumber yang tidak terlalu berbeda. Namun menurut Azwar, A (1997) tentang hal ini terdapat persepsi yang berbeda antara penyandang dana dengan penyelenggara pelayanan sehingga sulit untuk diterapkan. Untuk itu perlu dilakukan pengelompokan diagnosa penyakit terkait.

Penyusunan DRG's

Penyusunan DRG's pada prinsipnya menyangkut dua kegiatan yaitu (1) pengelompokan diagnosis-diagnosis ke dalam DRG's yang terpisah, dan (2) menentukan biaya bagi masing-masing DRG's untuk kepentingan pergantian. Komponen biaya untuk penyusunan DRG's mencakup (1) lama hari rawat (untuk masing-masing DRG's) baik untuk perawatan rutin maupun khusus, (2) biaya per-diem baik untuk perawatan rutin atau khusus, dan (3) perkiraan biaya pelayanan pendukung (laboratorium,

radiology, obat-obatan, bahan habis pakai, anestesi, dan pelayanan lainnya) untuk setiap kasus (Murti, B, 2000).

Generasi pertama yang menyusun DRG's adalah para peneliti di Yale University pada tahun 1970. Mereka menggunakan data medik (*medical record*) dari New Jersey, Connecticut dan South California. Pengelompokan diagnosis klinik disesuaikan dengan 3 (tiga) prinsip yang ditetapkan yaitu (1) Diagnosis disesuaikan dengan pengelompokan anatomi dan fisiologi, (2) Jumlah kasus cukup besar sehingga dapat mewakili kasus tersebut, (3) Dapat mencakup seluruh ICD-8 CM dengan tidak saling tumpang tindih. Hasilnya, berupa 83 *Major Diagnostic Categories* (MDC's).

Berikutnya terjadi perkembangan dimana untuk menghindari variasi yang sangat besar dalam angka rawat inap di rumah sakit, group yang telah ditetapkan perlu diperluas lagi menjadi 389 DRG's.

Sehubungan dengan terbitnya ICD-9-CM (*International Classification of Disease, Ninth Revision, Clinical Modification*), sejak tahun 1981 generasi kedua DRG's berkembang dan membagi ICD-9-CM menjadi 23 Diagnosa besar (*Major Diagnosis*) berdasarkan organ tubuh. Diagnosa ini diklasifikasikan kembali sesuai dengan tindakan operasi yang dilakukan, komplikasi yang dialami, umur pasien, jenis kelamin, status pasien pada saat keluar rumah sakit yang hasilnya menjadi 476 DRG's.

Pemberlakuan DRG's di Amerika adalah untuk mengendalikan kenaikan biaya program *medicare*. Ketika terjadi kenaikan biaya program *medicare*, sistem DRG's diberlakukan bagi kelompok usia lanjut di atas 65 tahun. Ternyata penggunaan sistem ini

mampu mengendalikan biaya, terbukti dengan penurunan lama hari rawat yang berdampak terhadap penurunan besaran biaya program *medicare*.

Manfaat DRG's menurut Cieverly (1986) sebagaimana yang dikutip Suningsih (2003) adalah (1) dapat mengurangi tarif yang dibayarkan untuk sumber rumah sakit, (2) dapat mengurangi lama hari rawat, (3) dapat mengurangi intensitas pelayanan yang diberikan, dan (4) menghasilkan efisiensi produk.

2.5. Indonesia Diagnostic Related Groups (INA-DRG)

2.5.1. Pengertian INA-DRG

INA-DRG merupakan suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan prosedur /tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dengan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektivitas pelayanan terhadap pasien. Sistem ini juga dapat digunakan sebagai salah satu standar penggunaan sumber daya yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit, dengan kata lain Sistem INA-DRG ini adalah sistem pemerataan, jangkauan yang berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembiayaan kesehatan atau lazim disebut sebagai mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran (Depkes RI, 2007)

Tarif dalam INA-DRG ini merupakan salah satu terobosan baru dari Departemen Kesehatan RI dalam rangka menekan biaya pelayanan kesehatan (*Health Care Cost*) yang semakin meningkat yang disebabkan antara lain oleh laju inflasi, perubahan pola penyakit, perubahan pola hubungan dokter dengan pasien serta adanya penemuan

teknologi baru dalam metodologi di bidang kedokteran. Sistem INA-DRG ini terdiri dari 23 *Major Diagnostic Category* (MDC) dan 1077 kode DRG dari rawat jalan dan rawat inap seperti terlihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2.1
Major Diagnosis Categories (MDC)

MDC	Keterangan MDC
01	Diseases & Disorders of the Nervous System
02	Diseases & Disorders of the Eye
03	Diseases & Disorders of the Ear, Nose, Mouth & Throat
04	Diseases & Disorders of the Respiratory System
05	Diseases & Disorders of the Circulatory System
06	Diseases & Disorders of the Digestive System
07	Diseases & Disorders of the Hepatobiliary System & Pancreas
08	Diseases & Disorders of the Musculoskeletal System & Conn Tissue
09	Diseases & Disorders of the Skin, Subcutaneous Tissue & Breast
10	Diseases & Disorders of the Endocrine, Nutritional & Metabolic System
11	Diseases & Disorders of the Urinary Tract
12	Diseases & Disorders of the Male Reproductive System
13	Diseases & Disorders of the Female Reproductive System
14	Childbirth
15	Newborns & Other Neonates
16	Diseases & Disorders of Blood, Blood Forming Organs, Immunolog Disord
17	Myeloproliferative Diseases & Disorders, Poorly, Differentiated Neopasm
18	Infectious Parasitic Diseases, Sistemic or Unspecified Sites
19	Mental Diseases & Disorders

20	Alcohol/Drug use & Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders
21	Injuries, Poisonings & Toxic Effects of Drugs
22	Factors Influencing Health Status & Other Contacts with Health Services
23	Medical Outpatient Visits

Sumber : Depkes RI, 2007

2.5.2. Pembentukan Kelas Penyakit Pada INA-DRG

Setiap kelas dalam sistem INA-DRG disebut *Diagnosis Related Groups (DRG's)*. Untuk setiap kelas didapat 14 variabel dengan mengisi data dari (Depkes RI, 2007) :

1. Identitas pasien (*Identification*). Contoh : No. Rekam Medik, Nama Pasien
2. Tanggal masuk RS (*Admit Date*)
3. Tanggal keluar RS (*Discharge Date*)
4. Lama Hari Rawatan (*Length of Stay*)
5. Tanggal Lahir (*Birth Date*)
6. Umur (thn) ketika masuk RS (*Admit Age in Years*)
7. Umur (thn) ketika masuk RS (*Admit Age in Days*)
8. Umur (thn) ketika keluar RS (*Discharge Age in Days*)
9. Jenis kelamin (*Gender*)
10. Status keluar RS (*Discharge Disposition*)
11. Berat Badan Baru Lahir (*Birth Weight in Grams*)
12. Diagnosis Utama (*Principal Diagnosis*)
13. Diagnosis Sekunder (*Secondary Diagnosis*) (Komplikasi & Ko-morbiditi)

14. Prosedur/Pembedahan Utama (*Surgical Procedures*)

2.5.3. Keuntungan/Manfaat INA-DRG

1. Bagi Rumah Sakit
 - a. Transparansi tarif atas biaya pelayanan rawat inap dan rawat jalan di RS
 - b. Sebagai salah satu cara untuk meningkatkan standar mutu pelayanan kesehatan
 - c. Secara obyektif memantau pelaksanaan Program "*Quality Assurance*"
 - d. Memudahkan mendapatkan informasi mengenai variasi pelayanan
 - e. Dapat mengevaluasi kualitas pelayanan
 - f. Dapat mempelajari proses pelayanan kesehatan pasien
 - g. Dapat membantu perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik dan tepat
 - h. Dapat dijadikan sebagai alat perencanaan anggaran rumah sakit
2. Bagi Pasien
 - a. Memberikan informasi prioritas pelayanan kesehatan berdasarkan tingkat keparahan penyakit
 - b. Pasien menerima kualitas pelayanan kesehatan yang lebih baik
 - c. Mengurangi/meminimalkan resiko yang akan dihadapi pasien
 - d. Mempercepat pemulihan dan meminimalkan kecacatan
3. Bagi Institusi Kesehatan
 - a. Dapat mengevaluasi dan membandingkan kinerja rumah sakit
 - b. *Benchmarking*
 - c. Area untuk audit klinis
 - d. Mengembangkan kerangka kerja klinis dan alur pelayanan (SOP)

- e. Menstandarisasi proses pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.6. Apendisitis

2.6.1. Pengertian

. Apendisitis adalah kondisi di mana infeksi terjadi di umbai cacing. Dalam kasus ringan dapat sembuh tanpa perawatan, tetapi banyak kasus memerlukan laparotomi dengan penyingkiran umbai cacing yang terinfeksi. Bila tidak terawat, angka kematian cukup tinggi, dikarenakan oleh peritonitis dan shock ketika umbai cacing yang terinfeksi hancur. (Smeltzer, Bare, 1996).

Apendisitis merupakan peradangan akibat infeksi pada usus buntu atau umbai cacing (apendiks). Infeksi ini bisa mengakibatkan pernanahan. Bila infeksi bertambah parah, usus buntu itu bisa pecah. Usus buntu merupakan saluran usus yang ujungnya buntu dan menonjol dari bagian awal usus besar atau sekum (cecum). Usus buntu (apendiks) besarnya sekitar kelingking tangan dan terletak di perut kanan bawah. Apendiks berisi makanan dan mengosongkan diri secara teratur ke dalam sekum. Karena pengosongannya tidak efektif, dan lumennya kecil, apendiks cenderung menjadi tersumbat dan terutama rentan terhadap infeksi (apendisitis).

Apendisitis, penyebab paling umum inflamasi akut pada kuadran bawah kanan dari rongga abdomen, adalah penyebab paling umum untuk bedah abdomen darurat. Apendiks terinflamasi dan mengalami edema sebagai akibat terlipat atau tersumbat (Smeltzer, Bare, 1996).

2.6.2. Klasifikasi

Berdasarkan klasifikasi Apendisitis terbagi 2 yakni :

1. Apendisitis akut, terdiri dari : (a) Apendisitis akut fokal atau segmentalis, yaitu setelah sembuh akan timbul striktur lokal, (b) Apendisitis purulenta difusi, yaitu sudah bertumpuk nanah.
2. Apendisitis kronis, dibagi atas: (a) Apendisitis kronis fokal atau parsial, setelah sembuh akan timbul striktur loka, (b) Apendisitis kronis obliterativa yaitu appendiks miring, biasanya ditemukan pada usia tua.

Apendisitis Akut

Apendisitis akut dialami oleh sekitar 7% individu di negara Barat, dan merupakan sebab terlazim akut abdomen yang memerlukan intervensi bedah. Sekitar 200.000 apendektomi dilakukan tiap tahun di Amerika Serikat.

a. Gejala

Banyak faktor bisa mempengaruhi kompleks gejala terutama lokasi apendiks, usia dan keadaan kesehatan pasien, serta keadaan patologi apendiks pada waktu pemeriksaan. Tanda-tanda terkena apendisitis adalah nyeri kuadran bawah terasa dan biasanya disertai oleh demam ringan, mual, muntah dan hilangnya nafsu makan. Lokasi peradangan apendiks berbeda. Misalnya pada apendisitis retrosekum, yang khas menyebabkan nyeri di pinggang (Schwartz, S I, 1994)

b. Pemeriksaan Fisik

Sebelum pemeriksaan abdomen dimulai pasien harus ditanya tentang titik area nyeri dan mengamati tekanan jari yang diperlukan untuk menimbulkan atau memperkuat ketidaknyamanan. Pemeriksaan fisik abdomen selalu harus dilakukan dengan lembut untuk mendapatkan kepercayaan pasien dan untuk memungkinkan deteksi tanda peritoneum yang samar-samar. Bila apendiks yang meradang terletak di dalam pelvis, maka nyeri tekan dapat dideteksi dengan pemeriksaan rektum dan pelvis. Dengan apendisitis retrosekum atau retroileum, maka nyeri bisa sukar dilokalisasi dan tak ada nyeri tekan pada pemeriksaan abdomen, rektum atau pelvis.

Banyak keadaan intraabdomen akut lain atau bahkan sistemik bisa meniru apendisitis akut dan kadang-kadang tidak mungkin membuat diagnosis spesifik. Dalam kasus demikian, pembuktian nyeri tekan intraabdomen lokalisata bisa merupakan faktor utama yang mempengaruhi keputusan tentang apakah diindikasikan terapi bedah atau tidak.

Gambaran fisik yang sangat minimum atau tak ada dalam pasien sistematik, menggambarkan perlunya observasi cermat dan pemeriksaan ulang yang sering. Dalam sejumlah kasus, tanda bermakna tidak akan dapat dideteksi sampai dilakukan sepertiga atau seperempat pemeriksaan (Sabiston Jr, DC, 1994).

c. Pemeriksaan Laboratorium

Tes laboratorium untuk apendisitis akut bersifat nonspesifik, sehingga hasilnya tak dapat digunakan untuk mengkonfirmasi atau menyangkal diagnosis. Sekitar 90% pasien apendisitis akut menderita leukositosis lebih dari 10.000 per mikroliter dan kebanyakan mempunyai pergeseran ke kiri dalam hitung jenis. Akibatnya gambaran

leukositosis sedang dengan peningkatan granulosit sesuai dengan diagnosis apendisitis akut. Penekanan tidak semestinya pada kelainan hitung leukosit harus dihindari, karena sekitar 5% pasien apendisitis akut mempunyai hitung jenis dan hitung leukosit tetap normal.

Kebanyakan pasien apendisitis akut mempunyai kurang dari 30 sel (leukosit atau eritrosit) per lapangan pandangan besar dalam pemeriksaan urin. Jumlah sel yang lebih besar menggambarkan kemungkinan masalah urologi primer dan perlunya pemeriksaan traktur urinarius yang lebih spesifik. Apendiks yang meradang akut, dekat atau berkontak dengan ureter bisa menimbulkan peningkatan sedang dalam hitung sel ini (Sabiston Jr, DC, 1994).

d. Gambaran Rontgenografi

Kebanyakan kasus apendisitis akut didiagnosis tanpa manfaat memperlihatkan kelainan radiology. Biasanya dibuat foto polos abdomen dan bisa memperlihatkan gambaran apendisitis akut atau sejumlah keadaan patologi lain. Kelainan rontgenologi yang menggambarkan apendisitis akut dini adalah ileus ringan atau apendikolitis. Karena proses peradangan berlanjut dan timbul komplikasi, maka foto polos bisa memperlihatkan densitas jaringan lunak dalam kuadran kanan bawah, bayangan psoas kanan abnormal, gas di dalam lumen apendiks dan ileus yang lebih menonjol. Sejumlah kelainan radiologi yang terlihat pada foto berbaring bermanfaat dalam mengevaluasi keadaan patologi yang meniru apendisitis akut.

Apendisitis Akut Perforasi/Berkomplikasi

Pasien apendisitis perforata biasanya tampak toksik sebagai akibat dehidrasi, hiperpireksia dll. Masa nyeri tekan dalam kuadran kanan bawah atau pelvis merupakan gambaran fisik bermakna dalam pasien perforasi lokalisata. Nyeri tekan abdomen difus, distensi, bunyi usus hipoaktif serta defans muskular dan rigiditas bermakna, merupakan tanda fisik peritonitis difus. Komplikasi apapun cenderung menimbulkan leukositosis jelas dan pergeseran bermakna ke kiri dalam hitung jenis .

Pasien yang menderita apendisitis perforate atau gangrenosa sering cukup sakit akibat sepsis, dehidrasi dan hiperpereksia. Dalam kasus demikian, koreksi keseimbangan cairan dan elektrolit serta pengurangan demam tinggi harus dicapai sebelum anestesi dipertimbangkan.

Apendiktomi

Apendiktomi dapat dilakukan dengan berbagai cara. Perawatan minimum diperlukan setelah apendiktomi bagi apendisitis akut sederhana. Kebanyakan pasien cepat pulih dan siap dipulangkan dari rumah sakit pada hari ketiga atau keempat pascabedah. Sebaliknya pasien-pasien apendisitis supurativa dan berkomplikasi memerlukan perawatan intensif sampai masalah yang ada telah mereda. Komplikasi pascabedah berkembang dalam 5% kasus tak berkomplikasi dan dalam 20 sampai 30% kasus berkomplikasi.

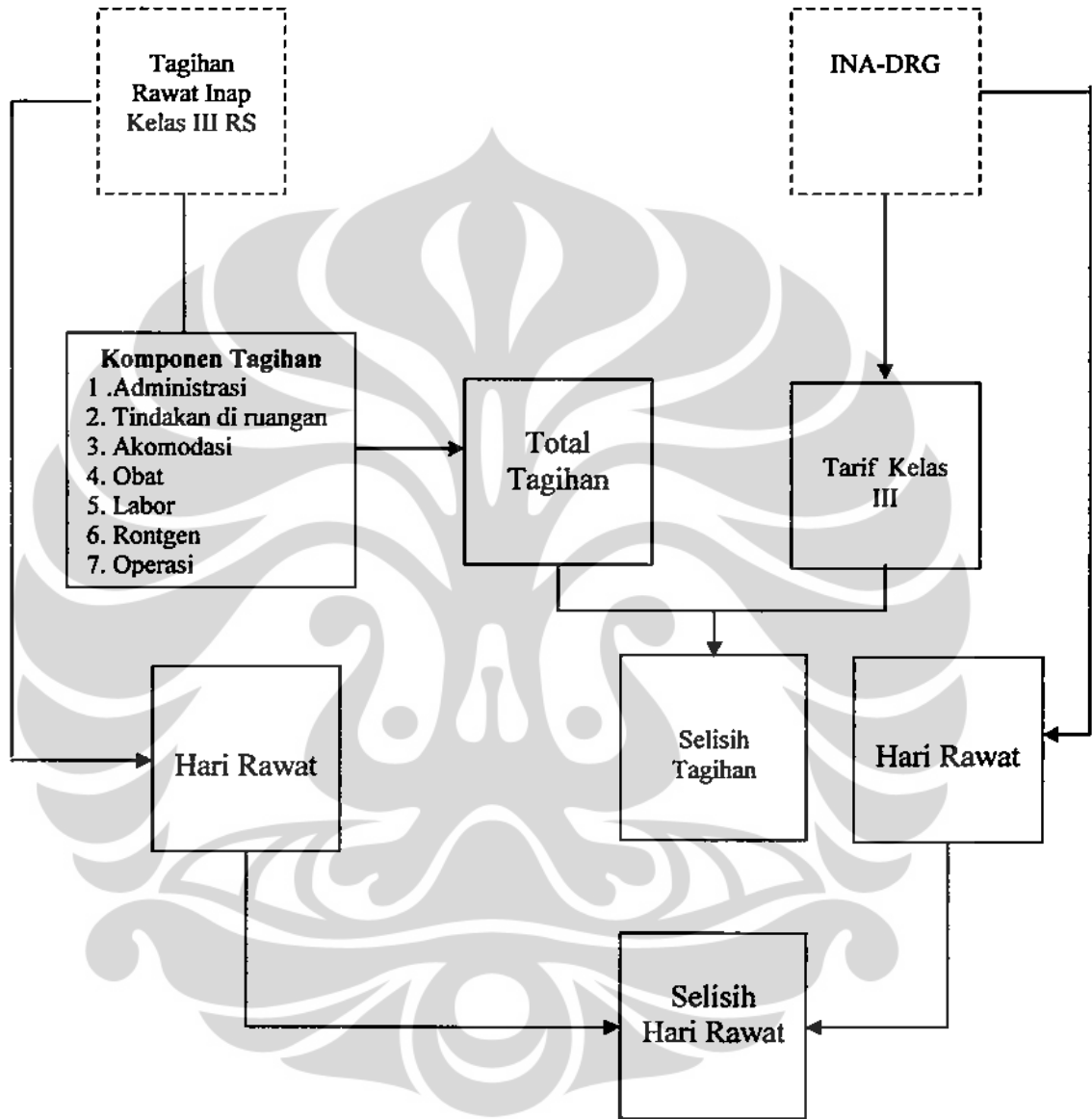
BAB 3

KERANGKA KONSEP & DEFINISI OPERASIONAL

3.1. Kerangka Konsep

Untuk mengetahui perbandingan tagihan rawat inap kelas III (Askeskin dan Umum) tahun 2007 dengan tarif kelas III berdasarkan INA-DRG perlu dilakukan penghitungan terhadap tarif Askeskin dan tarif kelas III umum. Penghitungan tarif Askeskin dilakukan dengan cara menjumlahkan semua tarif tindakan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien Askeskin untuk kasus apendisitis. Cara yang sama juga dilakukan terhadap tarif kelas III umum.

Berdasarkan acuan pada bab pendahuluan dan tinjauan pustaka, penulis mencoba membuat suatu kerangka konsep seperti di bawah ini.



3.2. Defenisi Operasional

NO	VARIABEL	DEFINISI OPERASIONAL	ALAT UKUR	HASIL UKUR
1.	Utilisasi	Penggunaan fasilitas rumah sakit selama perawatan yang terdiri dari rawat inap, pemeriksaan penunjang, dan pemakaian obat dan alat kesehatan.	Formulir isian	Rupiah
2.	Administrasi	Biaya yang dikeluarkan mendapatkan pelayanan kesehatan di rumah sakit	Formulir Isian	Rupiah
3.	Tindakan di ruangan	Upaya medis yang dilakukan di dalam ruang perawatan	Catatan Medik	Rupiah
4.	Lama hari Rawat	Jumlah hari yang dihitung mulai saat pasien masuk sampai pulang	Formulir Isian	Rupiah
5.	Obat	Sediaan farmasi yang digunakan untuk Farmakoterapi dengan prosedur tertentu yang diberikan farmasis atas permintaan dokter	Resep	Rupiah
6.	Laboratorium	Pemeriksaan laboratorium yang dilakukan kepada pasien	Catatan Medik	Rupiah
7.	Rontgen	Pemeriksaan radiology yang dilakukan kepada pasien	Catatan Medik	Rupiah
8.	Operasi	Tindakan pembedahan yang dilakukan terhadap pasien apendisitis	Catatan Medik	Rupiah

9.	Tarif Kelas III INA-DRG	Jumlah keseluruhan tarif pelayanan apendisitis kelas III dalam daftar INA-DRG	Daftar Isian	Rupiah
10	Selisih Tagihan	Perbedaan antara Total Tagihan rawat inap kelas III dengan Tarif Kelas III INA-DRG.	Daftar Isian	Rupiah
11.	Selisih Hari Rawat	Perbedaan antara Lama Hari Rawat Inap Kelas dengan Hari Rawat Kelas III INA-DRG	Daftar Isian	Rupiah

BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian desain survey biaya dimana hasil yang diharapkan adalah untuk mengetahui gambaran perbandingan tagihan rawat inap kelas III (Askeskin dan umum) tahun 2007 dengan tarif kelas III INA-DRG di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, yaitu RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi dan RS Ibnu Sina Bukittinggi

Dalam penelitian ini penulis mengambil kasus apendisitis sebagai sampelnya. Pada penggunaan tagihan rawat inap kelas III, total tagihan diperoleh dengan cara menghitung tagihan untuk setiap tindakan pelayanan yang diberikan pada kasus apendisitis, mulai dari pendaftaran sampai pasien tersebut pulang (dalam keadaan sehat atau meninggal dunia). Sementara tarif kelas III INA-DRG telah ditetapkan jumlah tagihannya.

4.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, yaitu RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, RS TNI AD TK.IV Bukittinggi dan RS Ibnu Sina Bukittinggi dan dilaksanakan selama bulan Mei dan Juni 2008.

4.3. Populasi dan sampel

4.3.1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien apendisitis di ruang rawat inap kelas III (Askeskin dan umum) tahun 2007 di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, yaitu RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi dan RS Ibnu Sina Bukittinggi.

4.3.2. Sampel

Pada penelitian ini seluruh populasi diambil menjadi sampel penelitian.

4.4. Pengumpulan Data

Proses yang dilakukan dalam pengumpulan data adalah sebagai berikut :

1. Semua data atau dokumen yang berkaitan dengan pasien yang dirawat di ruang rawat inap kelas III (Askeskin dan umum) dicatat berdasarkan data rekam medik (sensus harian pasien) ke dalam formulir isian. Tindakan yang dilakukan terhadap pasien setiap saat berupa piñata laksanaan (clinical pathway) dicatat dengan menggunakan formulir isian perjalanan penyakit pasien.
2. Berdasarkan formulir isian tersebut, semua data yang dikumpulkan dikelompokkan menjadi tindakan, perawatan, obat-obatan dan alat kesehatan yang digunakan serta pemeriksaan penunjang.
3. Data untuk masing-masing pengelompokkan ditelusuri sampai ke ruangan. Misalnya untuk obat-obatan, datanya ditelusuri sampai apotik.
4. Disamping data yang didapatkan dari lokasi penelitian juga dilakukan studi kepustakaan (literatur) yang berkaitan dengan penelitian.

4.5. Pengolahan Data

Tahapan pengolahan data dalam penelitian ini adalah :

1. Mengumpulkan data dan informasi yang berkaitan dengan pasien rawat inap kelas III (Askeskin dan Umum) untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi selama tahun 2007.
2. Membuat urutan kegiatan pelayanan kesehatan untuk kasus apendisitis yang rawat di ruang rawat inap kelas III (askeskin dan umum) mulai dari saat pendaftaran sampai pasien tersebut pulang (sehat atau meninggal dunia) dilengkapi dengan tarif yang berlaku untuk masing-masing kegiatan.
3. Menghitung median hari rawat tagihan selama tahun 2007 untuk kasus apendisitis pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi.
4. Membandingkan total tagihan tersebut dengan Tarif INA-DRG pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi.

4.7. Analisis Data

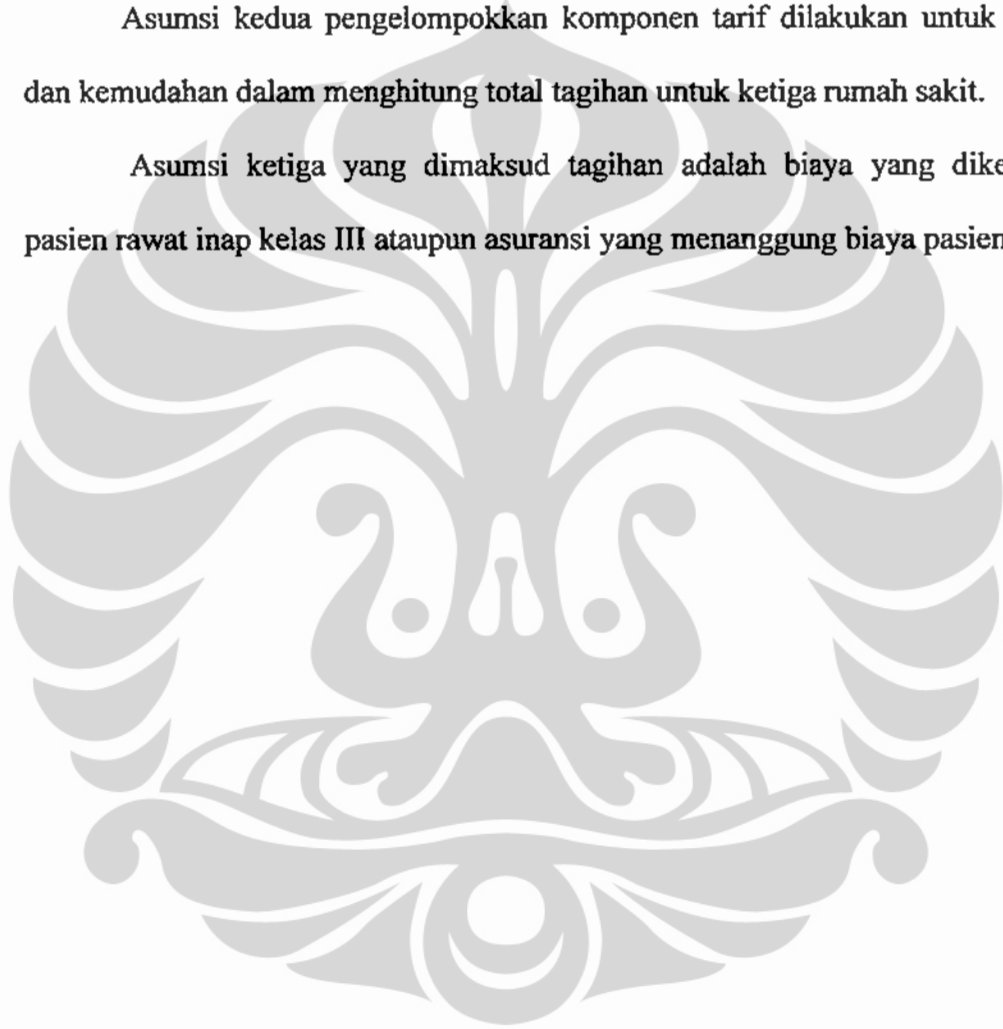
Untuk melihat lama hari rawat dan besarnya tagihan, maka terlebih dahulu dilakukan uji kenormalan data dengan menggunakan grafik histogram. Dari tampilan grafik ternyata kurvanya tidak normal karena tidak menyerupai bel shape (menceng ke kanan) Untuk kurva tidak normal nilai yang dipakai adalah nilai median atau nilai tengah. Setelah itu baru dilakukan analisa.

Dalam melakukan analisa terlebih dahulu dilakuakukan beberapa asumsi yang disesuaikan dengan keadaan pasien.

Asumsi pertama pengelompokan apendisitis dilakukan berpedoman pada INA-DRG dan keterangan yang diperoleh dari petugas medis rumah sakit.

Asumsi kedua pengelompokan komponen tarif dilakukan untuk keseragaman dan kemudahan dalam menghitung total tagihan untuk ketiga rumah sakit.

Asumsi ketiga yang dimaksud tagihan adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap kelas III ataupun asuransi yang menanggung biaya pasien askeskin.



BAB 5

HASIL PENELITIAN

5.1. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Penelitian dilaksanakan di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, yaitu RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi, RS Ibnu Sina Bukittinggi dan RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi,

5.1.1. RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah RS Kelas B Pendidikan yang terletak di Kota Bukittinggi yang berudara sejuk. Rumah sakit ini merupakan rumah sakit milik Pemerintah Daerah Provinsi Sumatera Barat yang mempunyai fasilitas cukup memadai yang dapat melayani rujukan dari beberapa daerah kabupaten/ kota di Sumatera Barat Bagian Utara dan daerah-daerah perbatasan seperti Propinsi Riau, Propinsi Jambi dan Sumatera Utara bagian Selatan.

Saat ini RSUD Dr Achmad Mochtar memiliki kapasitas tempat tidur seperti tabel di bawah ini :

Tabel 5.1
Jumlah Tempat Tidur dan Kelas Perawatan
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2007

NO.	RUANGAN	JLH TPT TIDUR	KELAS						HD	ISOLASI
			VIP.A	VIP.B	UTAMA	I	II	III		
1	VIP	16	4	12						
2	Ambun Suri	19		3	8	7			1	
3	Kelas Interne	31				15	16			
4	Bedah Pria	24					8	14		2
5	Bedah Wanita	24					8	9		7
6	Interne Pria	20						20		
7	Interne Wanita	20						20		
8	Ginekologi	18				2	6	10		
9	Obstetri	18				2	6	10		
10	Ruang Paru	25				5	5	15		
11	Bangsai Anak	12				2	4	6		
12	Bangsai Mata	13				2	4	7		
13	Bangsai THT	16				2	6	8		
14	Bangsai Neuro	22				6	6	10		
15	Ruang Bayi	20					20			
16	ICU	4								
17	ICCU	2								
18	Ruangan Jantung	13				2	4	7		
19	Pre Op	3					3			
	JUMLAH	320	4	15	8	45	96	136	1	9

Sumber : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Dari tabel 5.1. di atas terlihat kapasitas tempat tidur yang tersedia di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi adalah 320. Dari jumlah tersebut 136 tempat tidur diantaranya adalah ruang perawatan kelas III. Dan dari 136 tempat tidur tersebut, 14 tempat tidur berada di ruangan Bedah Pria dan 9 tempat tidur berada di ruangan Bedah Wanita.

Sementara itu Tarif Kelas Perawatan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.2.
Tarif Kelas Perawatan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
Tahun 2007

NO	RUANGAN	TARIF RAWATAN / HARI (Rp.)		
		AKOMODASI	VISITE / KONSULTASI	JUMLAH
1	VIP A	210.000	40.000	250.000
2	VIP B	175.000	30.000	205.000
3	KELAS UTAMA	100.000	25.000	125.000
4	KELAS I	60.000	20.000	80.000
5	KELAS II	40.000	10.000	50.000
6	KELAS III	12.000	5.000	17.000

Sumber : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

5.2.2. RS Ibnu Sina Bukittinggi

Berdirinya Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi berawal dari berdirinya Balai Kesehatan "Ibnu Sina" yang dipelopori oleh YARSI Sumatera Barat yang bekerja sama dengan Dewan Dakwah Islamiah Indonesia. Kerjasama ini tertuang dalam suatu piagam kerjasama yang terus berlanjut hingga sekarang ini. Balai Kesehatan ini secara formal diresmikan oleh Bapak Proklamator DR. M. Hatta pada tanggal 30 Oktober 1969. Karena dukungan masyarakat, pemerintah daerah dan pemerintah pusat, akhirnya Balai Kesehatan Ibnu Sina mendapatkan tanah negara seluas \pm 2 ha dengan ganti rugi sebesar Rp. 6.000,-/m² Dengan adanya bantuan tanah tersebut dimulailah pembangunan fisik Balai Kesehatan Ibnu Sina Bukittinggi secara bertahap Sejak tanggal 18 Agustus 1999 RS Ibnu Sina Bukittinggi statusnya menjadi rumah sakit Tipe Madya / Tipe C Plus yang terakreditasi penuh pada tingkat dasar dengan Keputusan Menteri Kesehatan RI No. Y.M.00.03.3.3.5.3737.

Kapasitas tempat tidur dan Kelas Perawatan yang tersedia di RS Ibnu Sina Bukittinggi dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.3
Jumlah Tempat Tidur dan Kelas Perawatan
RS Ibnu Sina Bukittinggi
Tahun 2007

NO.	RUANGAN	JLH TPT TIDUR	KELAS					ISOLASI
			VIP	UTAMA	I	II	III	
1	VIP	15	15					
2	Kelas Utama	6		6				
3	Paviliun Kebidanan	19			5	8	5	1
4	Paviliun Bayi	14				14		
5	Paviliun Interne	29			3	14	10	2
6	Paviliun Bedah	30			3	16	10	1
7	Paviliun Anak	22			3	4	13	2
8	ICU	8			8			
	JUMLAH	143	15	6	22	56	38	6

Sumber : RS Ibnu Sina Bukittinggi

Dari tabel 5.3. di atas terlihat kapasitas tempat tidur yang tersedia di RS Ibnu Sina Bukittinggi adalah 143. Dari jumlah tersebut 38 tempat tidur diantaranya adalah ruang perawatan kelas III. Dari 38 tempat tidur yang berada pada ruang perawatan kelas III, 10 tempat tidur diantaranya berada di Paviliun Bedah.

Sementara itu Tarif Kelas Perawatan dapat dilihat pada tabel berikut ini :

Tabel 5.4.
Tarif Kelas Perawatan RS Ibnu Sina Bukittinggi
Tahun 2007

NO	RUANGAN	TARIF
1	VIP	350.000
2	KELAS UTAMA	250.000
3	ICU	175.000
4	KELAS I	175.000
5	KELAS II	100.000
6	KELAS III	65.000

Sumber : RS Ibnu Sina Bukittinggi

5.2.3. RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi

RS TNI AD Tk. IV Bukittinggi telah ada sejak zaman Belanda. Semenjak berdiri sudah empat kali berpindah tempat. Terakhir, rumah sakit ini berada di Jalan Sudirman Bukittinggi. Di Sumatera Barat hanya ada 2 RS TNI AD Tk.IV yaitu di Kota Solok dan Kota Bukittinggi.

Tabel berikut ini adalah jumlah tempat tidur dan tarif kelas perawatan yang berlaku tahun 2007.

Tabel 5.5.
Jumlah tempat tidur dan tarif kelas perawatan
RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi
Tahun 2007

No.	Ruang Perawatan	Jumlah Kamar	Tempat Tidur	Jumlah Tempat Tidur	Tarif (Rp.)
1	Paviliun	4	1	4	95.000
2	VIP	4	1	4	75.000
3	Kelas II	3	2	6	60.000
4	Kelas III	5	3	15	50.000
	Jumlah			29	

Sumber : RS TNI AD Tk.IV

5.4. Sistematika Penyajian.

Hasil penelitian terhadap tagihan yang timbul untuk kasus apendisitis selama tahun 2007 pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi akan disajikan dalam bentuk tabel dan grafik.

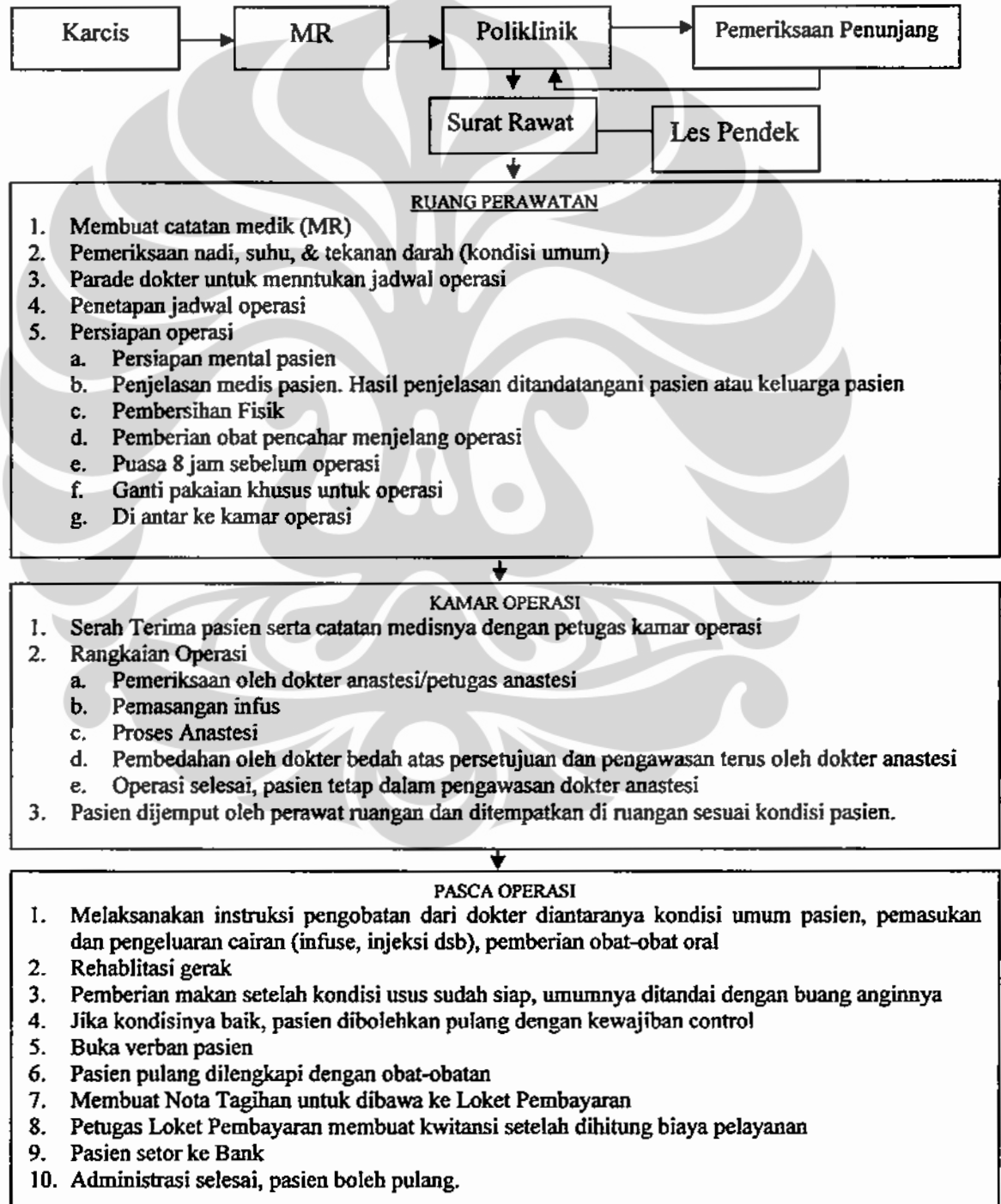
5.5. Kualitas Data

Dalam penelitian ini pencatatan data tidak hanya pada bagian rekam medik tetapi juga ditelusuri ke kamar perawatan, penunjang, apotek, bagian keuangan dan bagian akuntansi. Selain itu juga dilakukan wawancara dengan petugas ruangan, petugas apotek, petugas bagian keuangan dan petugas bagian akuntansi.

Untuk mengetahui tata urutan yang harus dilalui pasien apendisitis berikut ini diuraikan penatalaksanaannya (Clinical Pathway) :

Untuk Kasus Apendisitis Kronis
a. Pasien Umum (Kronis)

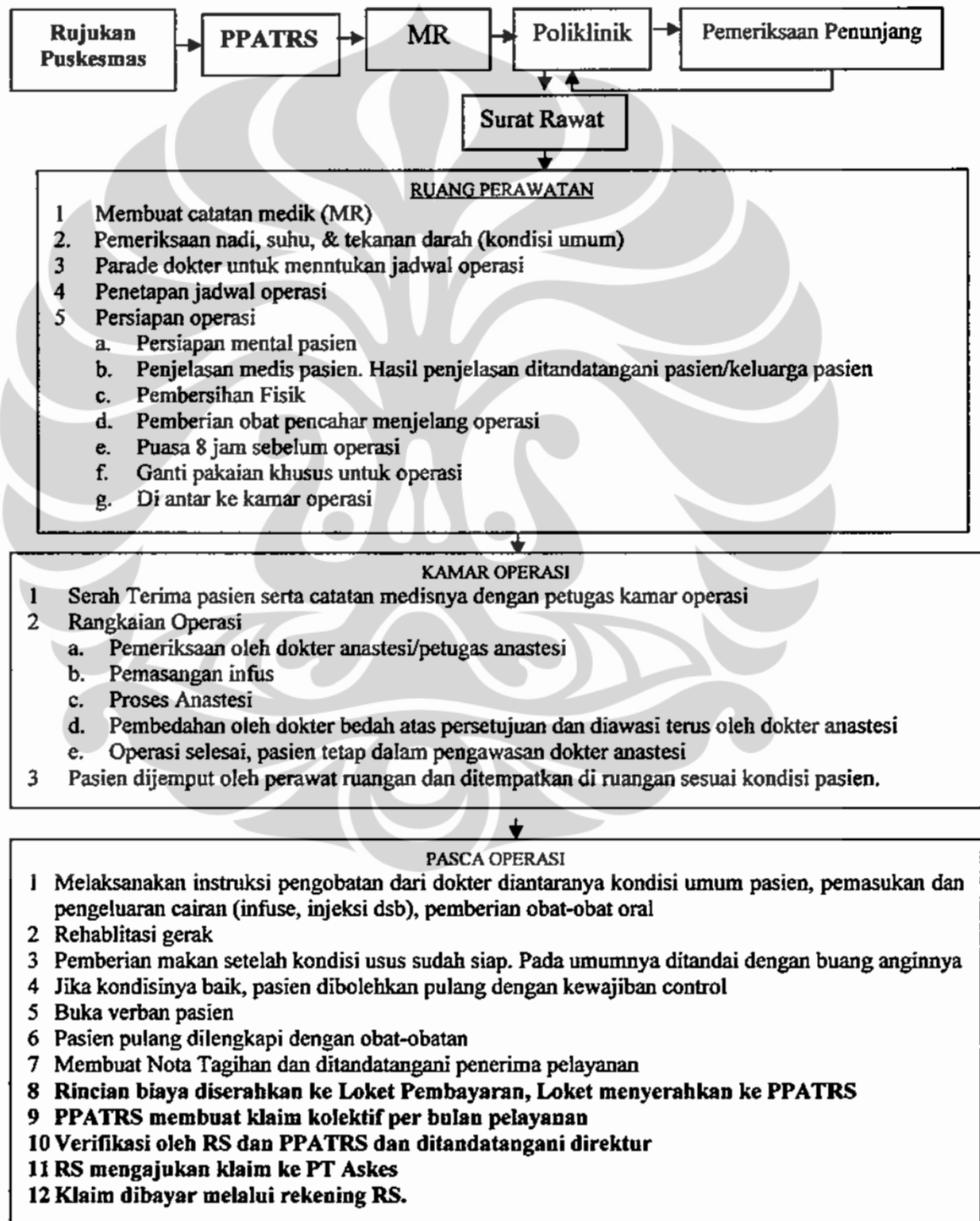
Gambar 1
Tata Urutan Pelayanan Pasien Umum Apendisitis



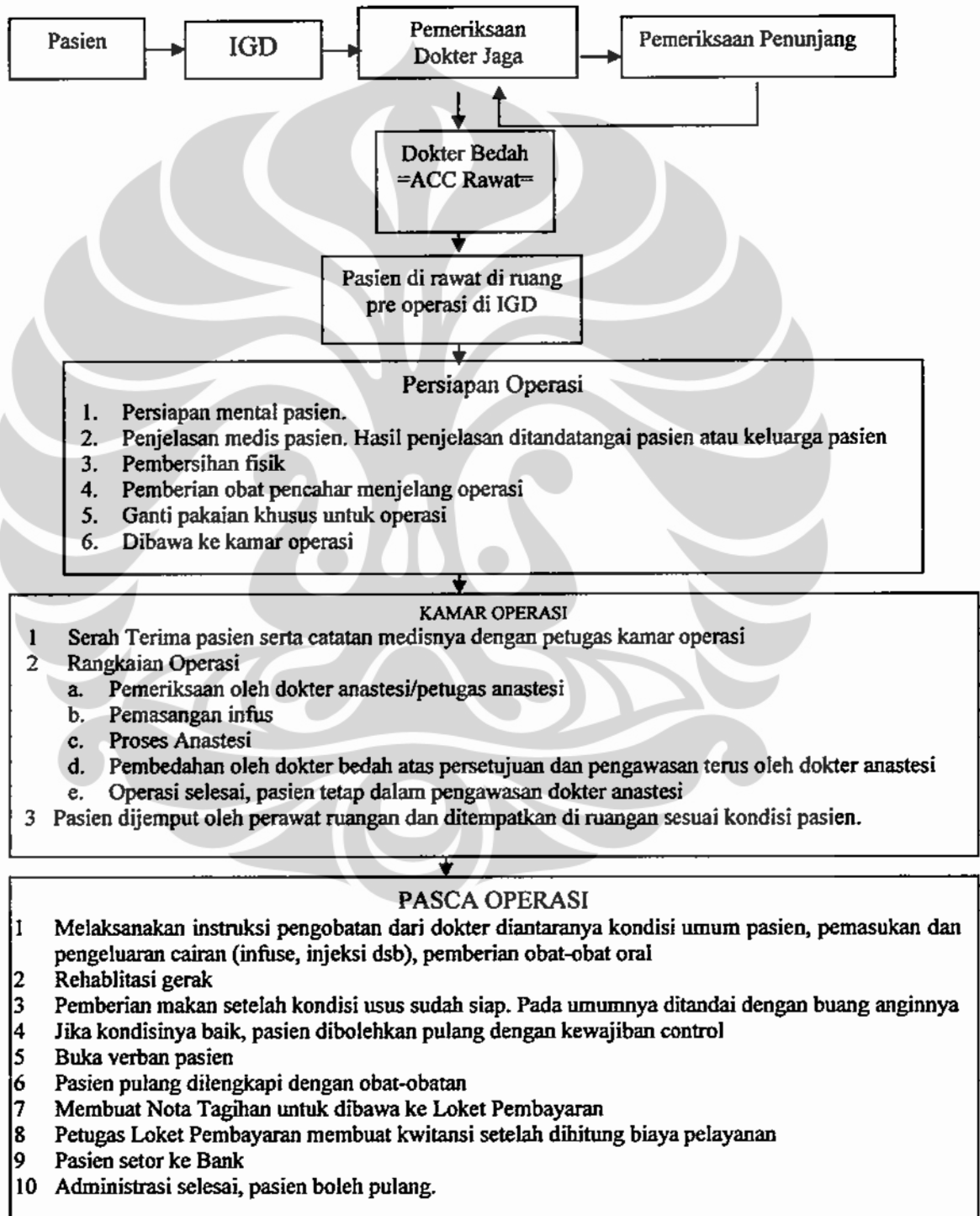
Sumber : RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi

b. Pasien Askeskin (Kronis)

Gambar 2
Tata Urutan Pelayanan Pasien Askeskin Apendisitis



Gambar 3
Tata Urutan Pelayanan Pasien Umum/Askeskin Apendisitis Akut



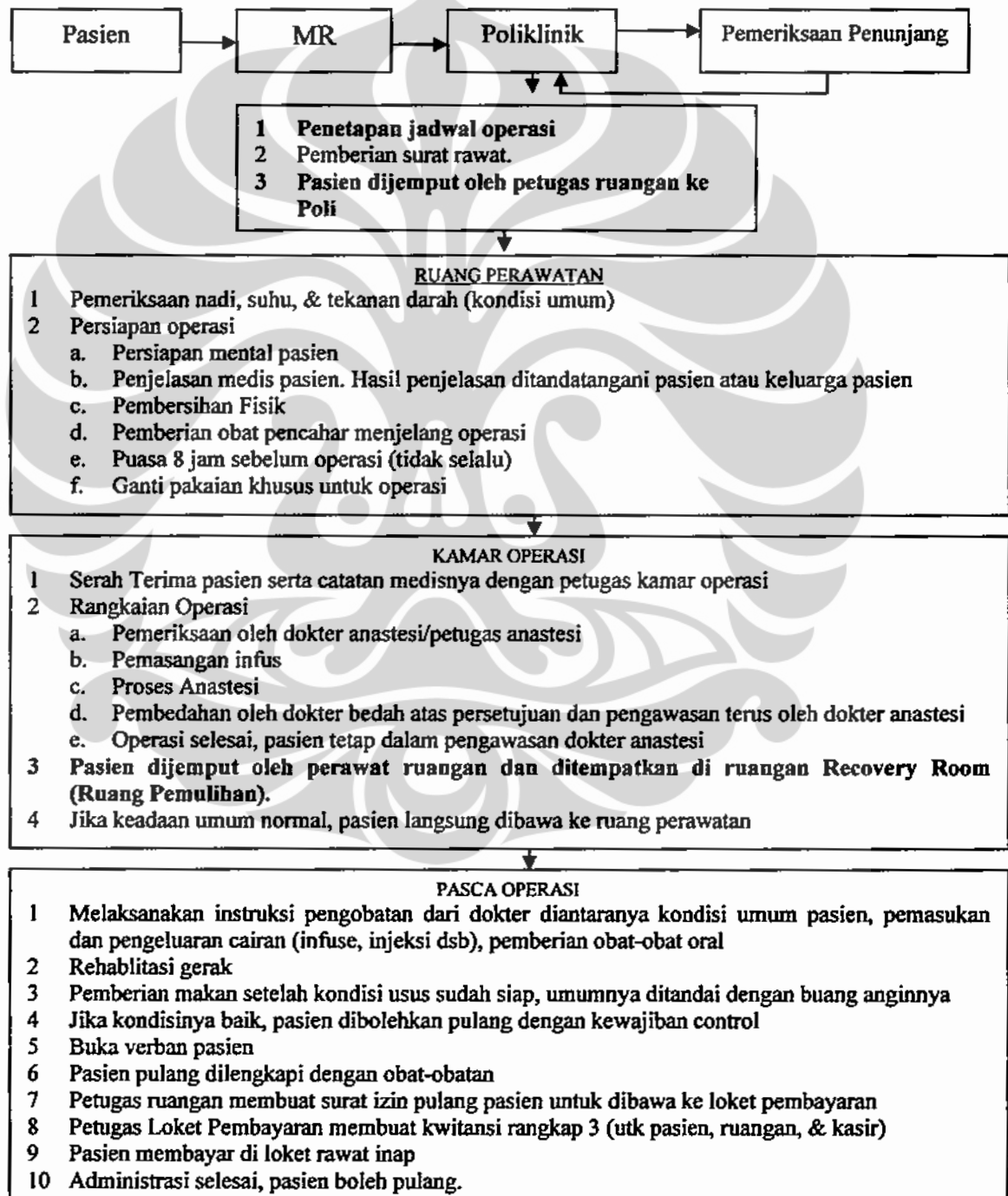
Sumber : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

Pasien apendisitis akut baik umum, askes maupun askeskin masuk melalui IGD. Untuk memastikan pasien tersebut peserta askeskin, askes, atau umum, petugas terlebih dahulu menanyakan kepada pasien atau keluarganya. Sementara tindakan pertolongan harus tetap dilanjutkan. Jika pasien askeskin atau askes tidak memiliki bukti kepesertaannya, pasien/keluarga pasien tersebut diberi kesempatan untuk mengurus kelengkapan administrasinya selama 2 x 24 jam hari kerja. Setelah pengurusannya selesai, pasien harus menyerahkan kelengkapan administrasinya pada tempat yang telah ditetapkan, misalnya untuk pasien askeskin, harus segera menyerahkan berkas administrasinya ke bagian Pusat Pelayanan Administrasi Terpadu Rumah Sakit.

Pada Rumah Sakit Ibnu Sina Bukittinggi, tata urutan pelayanan pasien apendisitis tidak jauh berbeda dengan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada Bagan 6 berikut ini :

Pasien Umum (Kronis) di RS Ibnu Sina Bukittinggi

Gambar 4
Tata Urutan Pelayanan Pasien Umum Apendisitis



Sumber : RS Ibnu Sina Bukittinggi

5.6. Hasil Penelitian

Kasus apendisitis yang ditangani 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.6.
Jumlah Kasus Apendisitis Pada Rawat Inap Kelas III
Di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi
Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	n (kasus)	Persentase (%)
1.	RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi	95	73,64
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	23	17,83
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	11	8,53
	Total	129	100

Sumber : RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, RS Ibnu Sina Bukittinggi, dan RS TNI AD Tk.IVBukittinggi

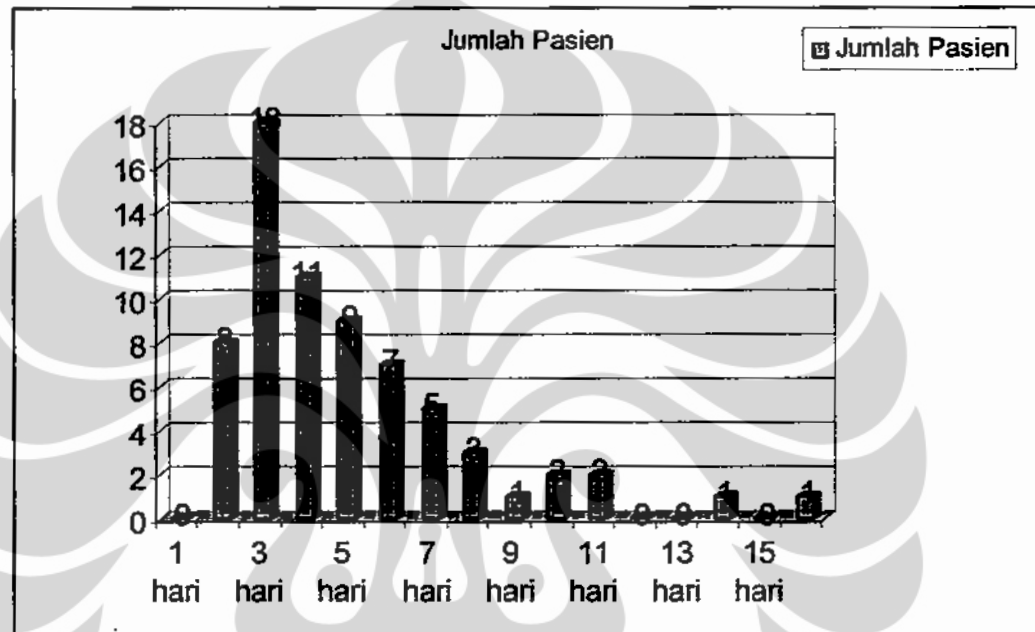
Dari tabel 5.6. di atas terlihat kasus apendisitis terbanyak ditangani oleh RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi yaitu sebanyak 95 kasus dan yang paling sedikit ditangani oleh RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi dengan jumlah 11 kasus.

5.6.1. Hari Rawat

1. Distribusi Hari Rawat

Distribusi hari rawat untuk pasien askeskin kasus apendisitis di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi dapat dilihat pada grafik di bawah ini :

Grafik 5.1
 Distribusi Hari Rawat Pasien Askeskin Kasus Apendisitis tanpa komplikasi
 Di Ruang Rawat Inap Kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
 Tahun 2007

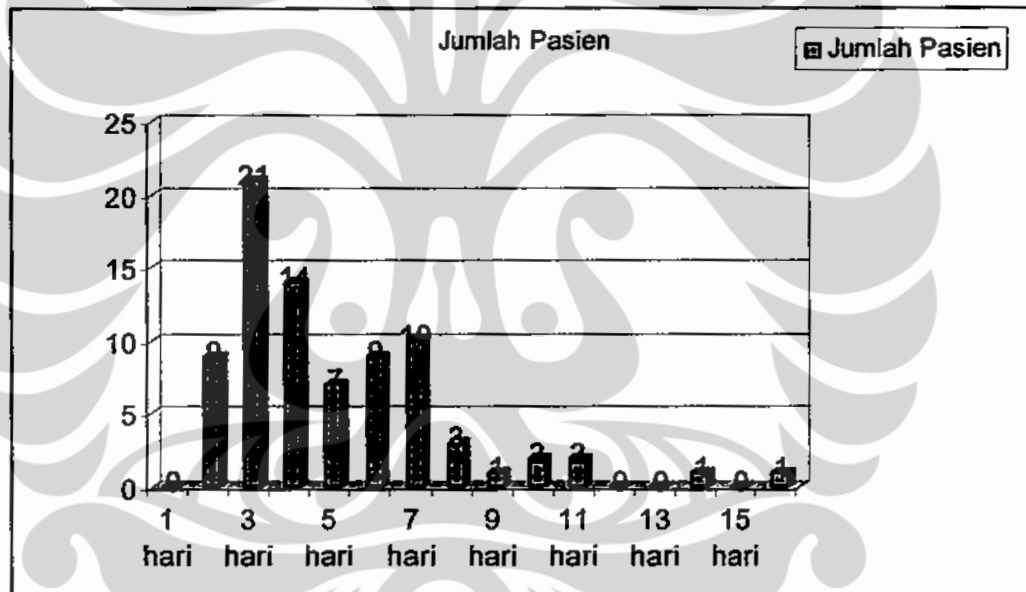


Dari Grafik 5.1 di atas terlihat distribusi hari rawat pasien askeskin untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Grafik Histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Oleh karena itu yang digunakan adalah nilai median, yaitu 4 hari.

Penghitungan distribusi hari rawat dengan menggunakan grafik histogram untuk pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan kasus apendisitis tanpa komplikasi tidak dapat dilakukan karena sedikitnya data yang ditemukan. Karena itu untuk penghitungannya harus digabung dengan pasien askeskin RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Untuk mengetahui distribusi hari rawat pasien askeskin + umum kasus apendisitis tanpa komplikasi di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 5.2
Distribusi Hari Rawat Pasien Askeskin+Umum
Kasus Apendisitis tanpa komplikasi di Ruang Rawat Inap Kelas III
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007



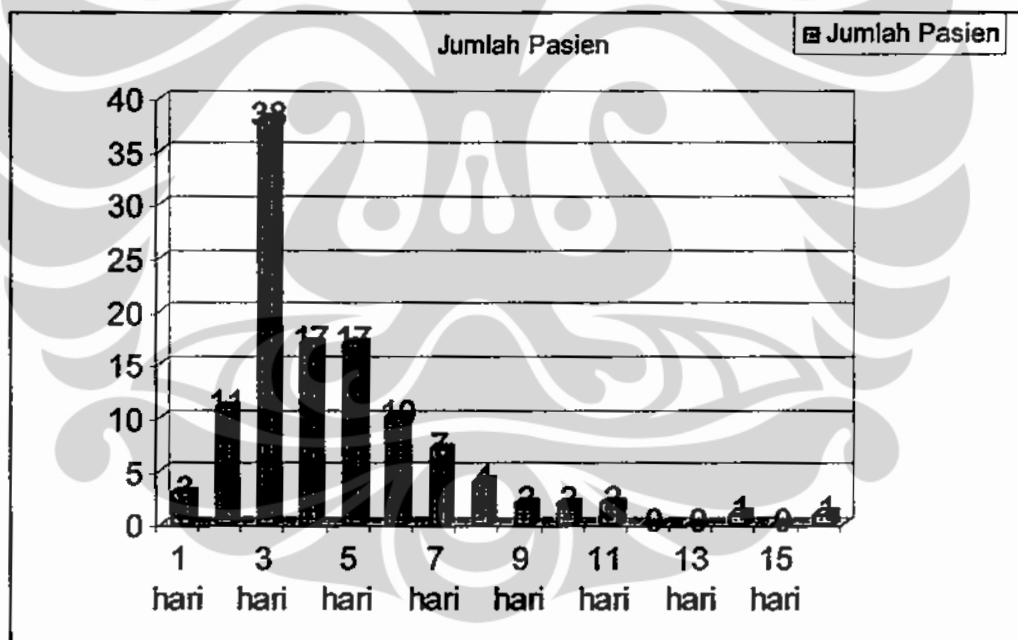
Dari Grafik 5.2 di atas dapat dilihat distribusi hari rawat pasien askeskin + umum untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Grafik histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Oleh karena itu yang digunakan adalah nilai median, yaitu 4 hari.

Penghitungan distribusi hari rawat dengan menggunakan grafik histogram untuk pasien RS Ibnu Sina, RS TNI AD Tk.IV pada kasus apendisitis tanpa komplikasi juga

tidak dapat dilakukan karena sedikitnya kasus yang ditemukan. Oleh karena itu penghitungannya digabung dengan pasien RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Untuk mengetahui distribusi hari rawat pasien kasus apendisitis tanpa komplikasi di ruang rawat inap kelas III pada 3 rumah sakit dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 5.3
Distribusi Hari Rawat Pasien Kasus Apendisitis tanpa komplikasi
di Ruang Rawat Inap Kelas III di 3 Rumah Sakit di Kota Bukittinggi
Tahun 2007



Dari Grafik 5.3 di atas dapat dilihat distribusi hari rawat pasien 3 rumah sakit untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Grafik histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Oleh itu karena yang digunakan adalah nilai median, yaitu 4 hari.

2. Lama Hari Rawat

Berikut ini adalah hasil penghitungan distribusi hari rawat yang telah dilakukan untuk pasien askeskin, askeskin + umum, dan pasien 3 rumah saki pada kasus apendisitis tanpa komplikasi.

Tabel 5.7.
Hari Rawat Pasien Kasus Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III Pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Jumlah Pasien	Median Hari Rawat
	RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi		
	- Umum	13	
	- Askeskin	68	4,0
	- Askeskin + umum	81	4,0
2	RS Ibnu Sina Bukittinggi		
	- Umum	23	
3	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi		
	- Umum	11	
	Jumlah Hari Rawat	115	4
	INA-DRG		5,1

Dari tabel di atas terlihat bahwa nilai median hari rawat hanya dapat diketahui pada pasien askeskin, askeskin + umum (pada RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi), dan ketiga rumah sakit. Hal ini disebabkan karena jumlah pasien umum RSUD

Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sangat terbatas. Demikian juga dengan jumlah pasien umum di RS Ibnu Sina Bukittinggi dan jumlah pasien umum RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Oleh karena itu untuk mendapatkan nilai median, jumlah pasien kedua rumah sakit tersebut digabungkan dengan pasien RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Dari hasil penghitungan, diperoleh nilai median hari rawat untuk ketiga rumah sakit yaitu 4 hari. Jika dibandingkan dengan INA-DRG, hari rawat pasien ketiga rumah sakit lebih pendek.

Untuk mengetahui selisih hari rawat antara tiga rumah sakit di Bukittinggi dengan hari rawat berdasarkan INA-DRG dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 5.8.
Selisih Median Hari Rawat Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi dengan INA-DRG di Ruang Rawat Inap Kelas III Pada 3 Rumah Sakit di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Keterangan	Median Hari Rawat (Hari)	INA-DRG (Hari)	Selisih (Hari)
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi			
a.	Pasien Askeskin	4	5,1	-1,1
b.	Pasien askeskin + Umum	4	5,1	-1,1
2.	Pasien askeskin+Umum (RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi) + RS Ibnu Sina, dan RS TNI AD	4	5,1	-1,1

Dari tabel di atas diketahui selisih hari rawat antara INA-DRG dengan hasil penelitian pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi. Karena penelitian ini menggunakan grafik histogram, dan kurva yang dihasilkan adalah kurva tidak normal, maka untuk mengetahui nilai median, pasien ketiga rumah sakit tersebut dibagi atas 3 kelompok, yaitu, pasien askeskin (RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi), pasien askeskin + umum (RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi), dan gabungan antara RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan RS Ibnu Sina Bukittinggi dan RS TNI AD Bukittinggi. Nilai median yang diperoleh adalah 4 hari. ketiga rumah sakit. Hari rawat pada INA-DRG adalah 5,1 hari. Selisih hari rawat masing-masing kelompok adalah -1,1

5.6.2. Tagihan

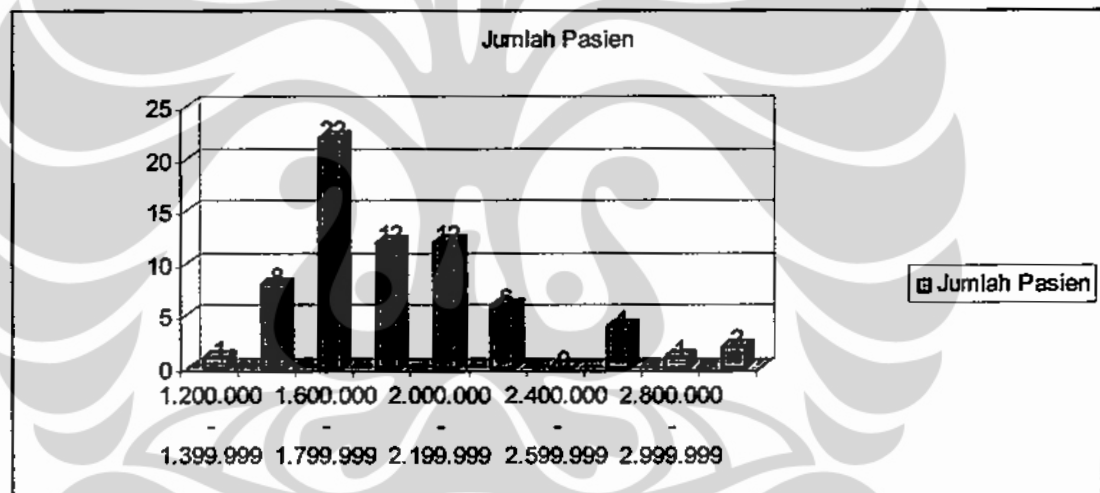
Tagihan-tagihan yang timbul selama dalam proses perawatan dikelompokkan menjadi :

- Administrasi
- Tindakan di Ruangan
- Akomodasi
- Operasi
- Laboratorium
- Radiologi
- Obat

1. Distribusi Tagihan

Untuk mengetahui distribusi tagihan pasien apendisitis yang dirawat di ruang rawat inap kelas III pada 3 rumah sakit di kota Bukittinggi, dapat dilihat pada beberapa grafik di bawah ini :

Grafik 5.4
Distribusi Tagihan Pasien Askeskin
Kasus Apendisitis tanpa komplikasi Di Ruang Rawat Inap Kelas III
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007



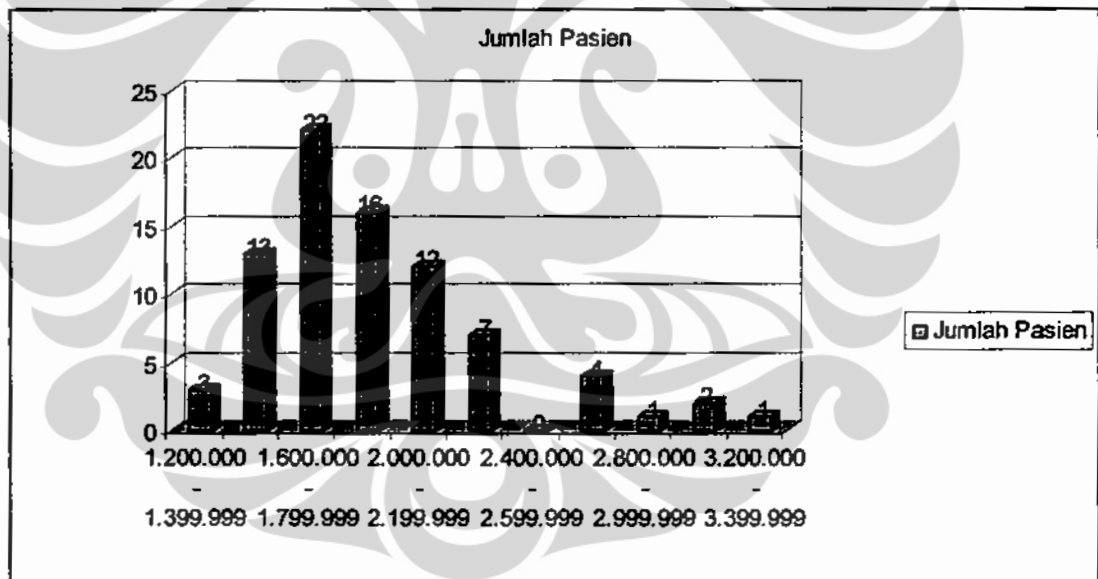
Dari Grafik 5.4 di atas terlihat distribusi tagihan pasien askeskin untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Grafik histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Oleh karena itu yang digunakan adalah nilai median yaitu pada kisaran Rp. 1.800.000,- - Rp.1.999.999,-

Penghitungan distribusi tagihan dengan menggunakan grafik histogram untuk pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dengan kasus apendisitis tanpa komplikasi tidak dapat dilakukan karena sedikitnya data yang ditemukan. Karena itu

untuk penghitungannya harus digabung dengan pasien askeskin RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Untuk mengetahui distribusi tagihan pasien askeskin + umum kasus apendisitis tanpa komplikasi di ruang rawat inap kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 5.5
Distribusi Tagihan Pasien Askeskin+Umum
Kasus Apendisitis tanpa komplikasi Di Ruang Rawat Inap Kelas III
RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2007

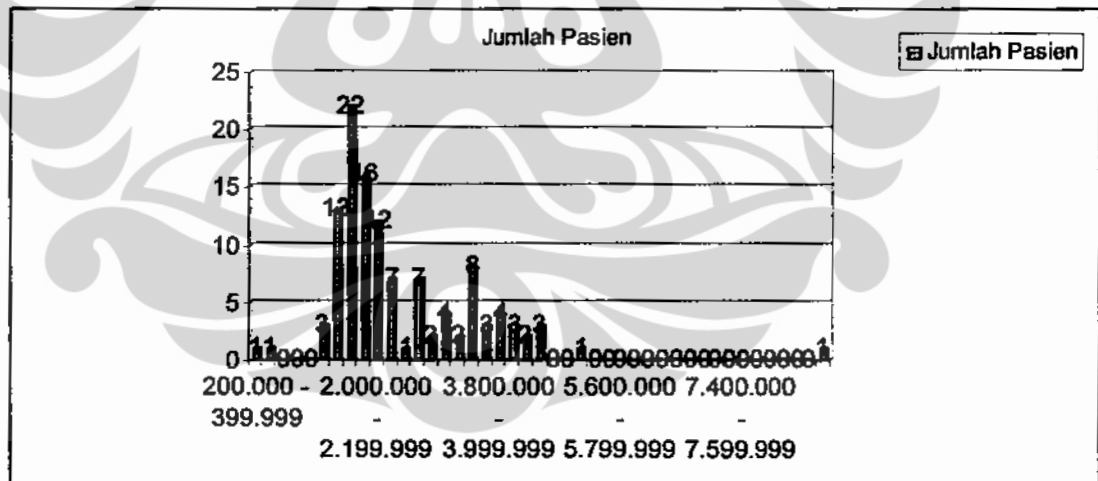


Dari Grafik 5.5 di atas dapat dilihat distribusi tagihan pasien askeskin + umum untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi. Grafik histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Oleh karena itu yang digunakan adalah nilai median, yaitu pada kisaran Rp. 1.800.000,- - Rp. 1.999.999,-

Penghitungan distribusi hari rawat dengan menggunakan grafik histogram untuk pasien RS Ibnu Sina, RS TNI AD Tk.IV pada kasus apendisitis tanpa komplikasi juga tidak dapat dilakukan karena sedikitnya kasus yang ditemukan. Oleh karena itu penghitungannya digabung dengan pasien RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

Untuk mengetahui distribusi tagihan pasien kasus apendisitis tanpa komplikasi di ruang rawat inap kelas III pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi dapat dilihat pada grafik dibawah ini :

Grafik 5.6
Distribusi Tagihan Pasien Kasus Apendisitis tanpa komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III Pada 3 Rumah sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007



Dari Grafik 5.6 di atas dapat dilihat distribusi tagihan pasien apendisitis tanpa komplikasi di 3 rumah sakit di kota Bukittinggi. Grafik histogram di atas menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal.

Oleh karena itu yang digunakan adalah nilai median, yaitu pada kisaran Rp. 2.000.000,-
- Rp. 2.199.999,-

2. Tagihan Rata-rata

Rata-rata tagihan untuk masing-masing pasien dapat dilihat pada tabel berikut ini:

1. Tagihan Administrasi

Tabel 5.9
Rata-rata Tagihan Administrasi Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	0
	- Askeskin	0
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	45.522
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	15.000
	Rata-rata tagihan	10.539

Dari tabel di atas tagihan rata-rata pasien umum RS Ibnu Sina Bukittinggi tiga kali lebih banyak dari RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Dari total hari rawatan pada kasus apendisitis tanpa komplikasi diperoleh rata-rata tagihan Rp. 10.539,- untuk ketiga rumah sakit.

2. Tagihan Tindakan di Ruangan

Tabel 5.10
Rata-rata Tagihan Tindakan di Ruang Perawatan
Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi di Ruang Rawat Inap Kelas III
pada 3 Rumah Sakit Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	80.115
	- Askeskin	73.235
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	10.652
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	75.000
	Rata-rata tagihan	61.665

Tindakan yang dilakukan di ruangan antara lain pemasangan infus. Rata-rata tagihan tertinggi pada pasien apendisitis tanpa komplikasi adalah pada pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi sebesar Rp. 80.077,- Dibandingkan dengan RS Ibnu Sina Bukittinggi, rata-rata tagihan di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi delapan kali lebih besar, sedangkan dengan pasien askeskin dan RS TNI AD Tk.IV. hampir sama jumlahnya.. Dengan RS Ibnu Sina rata-rata tagihan askeskin dan RS TNI tujuh kali lebih besar. Rata-rata tagihan untuk pasien dari ketiga rumah sakit tersebut adalah Rp. 61.665,-.

3. Tagihan Akomodasi

Tabel 5.11
Rata-rata Tagihan Akomodasi Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	178.615
	- Askeskin	430.471
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	237.391
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	263.182
	Rata-rata tagihan	347.383

Untuk Akomodasi, ketiga rumah sakit melakukan penagihan. Rata-rata tagihan akomodasi per pasien apendisitis bervariasi. Untuk apendisitis tanpa komplikasi rata-rata tagihan akomodasi terbesar adalah pada pasien askeskin di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi sebesar Rp. 430.471,-, lebih dari dua kali jumlah rata-rata tagihan pasien umum dan hampir dua kali jumlah rata-rata tagihan pasien RS Ibnu Sina dan RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Untuk ketiga rumah sakit rata-rata tagihan untuk apendisitis tanpa komplikasi adalah Rp. 347.383,-.

4. Tagihan Operasi

Tabel 5.12
Rata-rata Tagihan Operasi Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	876.923
	- Askeskin	1.113.235
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	1.879.380
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	2.396.727
	Rata-rata tagihan	1.362.520

Dari tabel di atas diketahui rata-rata tagihan operasi untuk satu orang pasien apendisitis tanpa komplikasi berkisar antara Rp. 876.923,- sampai Rp. 2.396.727,-. Rata-rata tagihan tertinggi terdapat pada pasien RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi yaitu Rp.2.396.727,- yaitu dua kali rata-rata tagihan pasien askeskin dan hampir tiga kali pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Rata-rata tagihan untuk pasien askeskin jumlahnya hampir satu setengah kali dibanding pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Sedangkan rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit dengan kasus apendisitis tanpa komplikasi adalah Rp.1.362.520,-.

5. Tagihan Laboratorium

Tabel 5.13
Rata-rata tagihan Laboratorium Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar	
	Bukittinggi	
	- Umum	24.500
	- Askeskin	3.426
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	35.196
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	2.909
	Rata-rata Tagihan	12.113

Untuk pemeriksaan laboratorium pasien apendisitis tanpa komplikasi rata-rata tagihan terbesar terdapat pada pasien RS Ibnu Sina Bukittinggi, sedangkan terendah pada pasien RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Rata-rata tagihan untuk pasien umum hampir delapan kali lebih besar dari pasien askeskin. Pada apendisitis dengan komplikasi rata-rata tagihannya Rp. 47.071,-. Rata-rata tagihan untuk pasien ketiga rumah sakit adalah Rp. 12.113,-.

6. Tagihan Radiologi

Tabel 5.14.
Rata-rata Tagihan Radiologi Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	193.519
	- Askeskin	24.132
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	21.304
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	2.727
	Rata-rata tagihan	40.667

Pada tabel 5.14 rata-rata tagihan Radiologi untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi rata-rata tagihan terendah adalah RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi sebesar Rp.2.727,- dan tertinggi pada pasien umum RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi yaitu Rp. 193.519,-.Bila dibandingkan dengan rata-rata tagihan pada RS TNI AD Tk.IV, rata-rata tagihan untuk pasien askeskin hampir sepuluh kali lebih besar. Sedangkan rata-rata tagihan pasien umum hampir delapan kali lebih besar dari pasien askeskin, dan hampir sembilan kali lebih besar dari pasien RS Ibnu Sina Bukittinggi. Rata-rata tagihan radiologi untuk ketiga rumah sakit adalah Rp.40.667,- ,

7. Tagihan Obat

Tabel 5.15.
Rata-rata Tagihan Obat Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	430.436
	- Askeskin	287.911
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	1.396.568
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	936.636
	Rata-rata Tagihan	588.067

Dari tabel diatas, diketahui rata-rata tagihan Obat pasien apendisitis tanpa komplikasi berkisar antara Rp. 287.911,- dan Rp. 1.396.568,-. Rata-rata tagihan terendah terdapat pada pasien askeskin RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi dan tertinggi pada pasien RS Ibnu Sina Bukittinggi. Rata-rata tagihan untuk pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi hampir satu setengah kali pasien askeskin. Sedangkan rata-rata tagihan untuk RS Ibnu Sina Bukittinggi besarnya lebih dari dua kali rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit. Rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit adalah Rp. 587.806,-.

Untuk melihat persentase rata-rata tagihan tiap komponen biaya dan persentase ketiga rumah sakit dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 5.16
 Persentase Rata-rata Tagihan pada 3 Rumah Sakit di Kota Bukittinggi
 Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Apendisitis Tanpa Komplikasi	
		Tagihan	%
1.	RSAM Bukittinggi		
a.	Pasien Umum		
	- T. Administrasi	0	0
	- T. Tindakan di Ruangan	80.115	4,5
	- T. Akomodasi	178.615	10,0
	- T. Operasi	876.923	49,2
	- T. Laboratorium	24.500	1,4
	- T. Radiologi	193.519	10,8
	- T. Obat	430436	24,1
	Total Tagihan Rata-rata	1.784.108	73,6
b.	Pasien Askeskin		
	- T. Administrasi	0	0
	- T. Tindakan di Ruangan	73.235	3,8
	- T. Akomodasi	430.471	22,3
	- T. Operasi	1.113.235	57,6
	- T. Laboratorium	3.426	0,2
	- T. Radiologi	24.132	1,2
	- T. Obat	287.911	14,9
	Total Tagihan Rata-rata	1.932.410	79,8
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi		
	Pasien Umum		
	- T. Administrasi	45.522	1,3
	- T. Tindakan di Ruangan	10.652	0,3
	- T. Akomodasi	237.391	6,5
	- T. Operasi	1.879.380	51,8
	- T. Laboratorium	35.196	1,0
	- T. Radiologi	21.304	0,6
	- T. Obat	1.396.568	38,5
	Total Tagihan Rata-rata	3.626.013	149,7
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi		
	Pasien Umum		
	- T. Administrasi	15.000	0,4
	- T. Tindakan di Ruangan	75.000	2,0
	- T. Akomodasi	263.182	7,1
	- T. Operasi	2.396.727	64,9
	- T. Laboratorium	2.909	0,1
	- T. Radiologi	2.727	0,1
	- T. Obat	939.365	25,4
	Total Tagihan Rata-rata	3.694.910	152,5

Dari tabel 5.16. di atas terlihat rata-rata tagihan tertinggi untuk pasien apendisitis tanpa komplikasi ada pada RS TNI AD Tk.IV yaitu sebesar Rp. 3.694.909,- atau 152,5% dari rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit, sedangkan terendah adalah pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi atau 73,6% dari rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit. Sedangkan untuk rata-rata tagihan ketiga rumah sakit, biaya operasi merupakan biaya terbesar dari komponen biaya yaitu Rp. 1.362.520,- atau sekitar 56,2%, dan biaya administrasi serta rata-rata tagihan untuk laboratorium kurang dari 1% yaitu 0,4% dan 0,5%.

Berikut ini tabel persentase rata-rata tagihan ketiga rumah sakit di Kota Bukittinggi

Tabel 5.17
Persentase Rata-rata Tagihan Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Pada 3 Rumah Sakit di Kota Bukittinggi
Tahun 2007

No.	Keterangan	Rata-rata Tagihan	Persentase (%)
1	- T. Administrasi	10.539	0,4
2	- T. Tindakan di Ruangan	61.665	2,5
3	- T. Akomodasi	347.383	14,3
4	- T. Operasi	1.362.520	56,2
5	- T. Laboratorium	12.113	0,5
6	- T. Radiologi	40.667	1,7
7	- T. Obat	588.067	24,3
	Total Tagihan Rata-rata	2.422.954	

Dari tabel 5.17 di atas dari semua komponen tarif yang ada, ternyata tagihan untuk Operasi jauh lebih besar dibandingkan dengan tagihan yang lain yaitu mencapai 56,2%, dua kali lebih besar dibandingkan dengan tagihan obat yang berjumlah 24,3%.

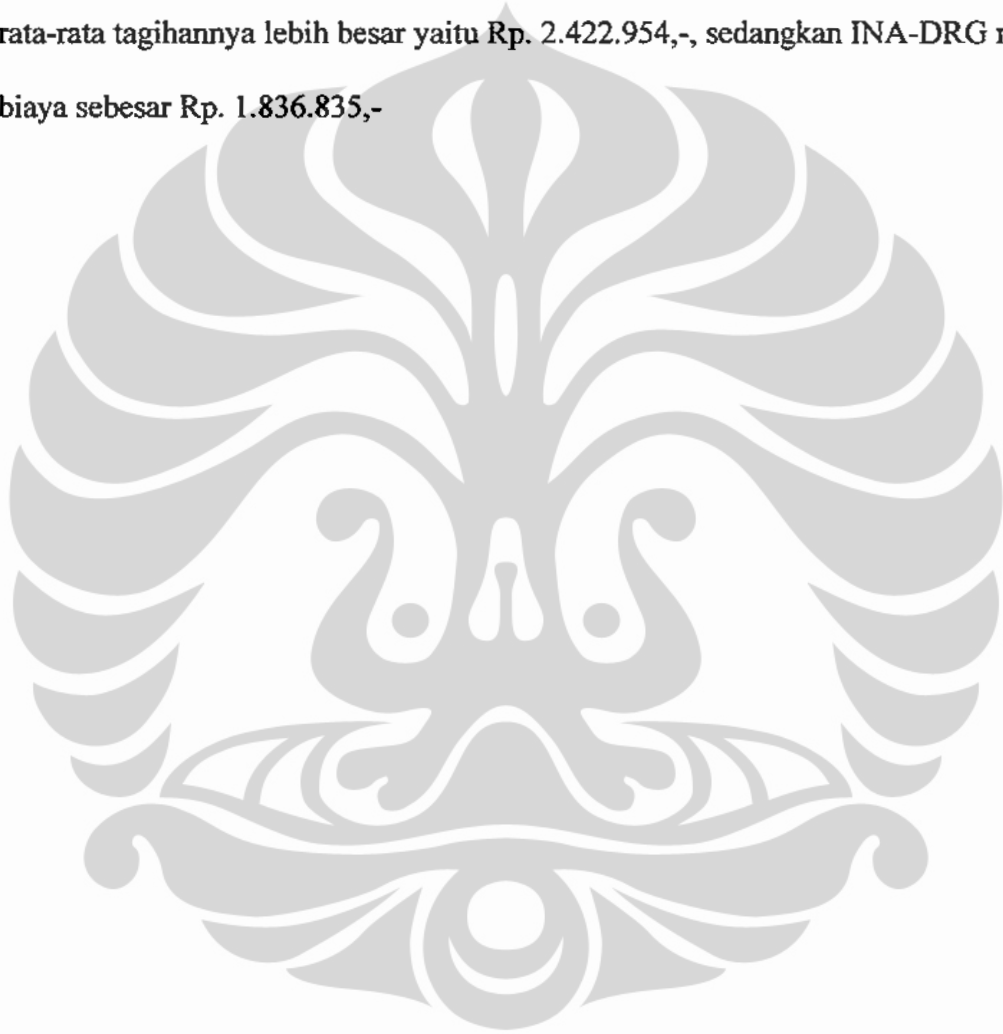
Untuk melihat perbandingan rata-rata tagihan apendisitis pada 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi dengan tarif kelas III INA-DRG dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 5.18.
Rata-rata Tagihan Pasien Apendisitis tanpa Komplikasi
Di Ruang Rawat Inap Kelas III pada 3 Rumah Sakit
Di Kota Bukittinggi Tahun 2007

No.	Rumah Sakit	Rata-rata Tagihan
1.	RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi	
	- Umum	1.784.109
	- Askeskin	1.932.411
2.	RS Ibnu Sina Bukittinggi	
	- Umum	3.626.014
3.	RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi	
	- Umum	3.694.909
	Biaya Rata-rata	2.422.954
	INA-DRG	1.836.835
	Selisih Biaya Rata-rata	586.119

Dari Tabel 5.18 di atas diketahui rata-rata tagihan pasien apendisitis yang dirawat di ruang rawat inap kelas III di 3 (tiga) rumah sakit di Kota Bukittinggi. Untuk apendisitis tanpa komplikasi rata-rata tagihannya berkisar antara Rp.1.784.070,- - Rp.3.626.014,-. Rata-rata tagihan terendah adalah pada pasien umum RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi sebesar Rp. 1.784.070,- dan tertinggi pada pasien umum RS Ibnu Sina Bukittinggi sebesar Rp. 3.626.014,-. Selain itu juga terlihat rata-rata tagihan pasien umum lebih murah dibanding pasien askeskin yang berjumlah Rp.1.932.411,-

Jika dihitung rata-rata tagihan untuk ketiga rumah sakit dan kemudian dibandingkan dengan tarif INA-DRG, ternyata untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi rata-rata tagihannya lebih besar yaitu Rp. 2.422.954,-, sedangkan INA-DRG menetapkan biaya sebesar Rp. 1.836.835,-



BAB 6

PEMBAHASAN

6.1. Kerangka Pembahasan

Bab ini merupakan pembahasan dari seluruh hasil penelitian yang terdiri dari hasil pengamatan maupun hasil pengambilan data sejak bulan Mei 2007 di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi.

Dalam penelitian ini penulis menghadapi juga beberapa keterbatasan. Keterbatasan tersebut antara lain :

1. Adanya keterbatasan waktu, tenaga, dan biaya maka penelitian ini hanya dilakukan pada kasus apendisitis dan hanya di 3 rumah sakit di kota Bukittinggi. Jumlah sampel yang terbatas maka hasil penelitian variasinya kurang sehingga tidak bisa dilakukan analisa biaya menurut karakteristik pasien. Dari penelitian ini sangat sukar untuk menggambarkan hubungan sebab akibat dari variabel yang diteliti.
2. Rancangan yang digunakan dalam penelitian ini adalah survey biaya berdasarkan tarif maka penelitian ini hanya menunjukkan biaya-biaya yang timbul dan total biaya serta lama hari rawat inap pasien apendisitis. Selanjutnya mencari biaya rata-rata dan rata-rata lama hari rawat untuk 1 (satu) orang pasien apendisitis selama tahun 2007.
3. Pada penelitian ini kelengkapan data pasien sangat tergantung pada sumber data yang ada pada sistem pencatatan dalam rekam medik di rumah sakit. Dalam penelitian ini tidak semua tindakan, pemeriksaan, obat dan alat kesehatan tercatat dalam status

rekam medik sehingga data-data tersebut harus dicari di ruang perawatan, bagian farmasi, bagian akuntansi dan bagian keuangan. Namun demikian tetap saja terbatas. Sehingga akhirnya penggunaan asumsi berdasarkan data yang ada karena tidak adanya data yang akurat.

4. Sedikitnya jumlah kasus kemungkinan hasilnya tidak cukup mewakili untuk membandingkannya dengan tarif INA-DRG khususnya untuk apendisitis dengan komplikasi ringan dan apendisitis dengan komplikasi berat.
5. Belum diterapkannya standar profesi secara menyeluruh menimbulkan prosedur yang seharusnya dilaksanakan hanya berdasarkan kebutuhan saja sesuai dengan kemampuan dari pasien.

Dalam penelitian ini kasus apendisitis yang diteliti adalah apendisitis kronis dan akut tanpa komplikasi. Sebagai pembanding adalah tarif INA-DRG tanpa komplikasi. Pada INA-DRG untuk kasus apendisitis dikelompokkan menjadi *IP Appendiceal Procedures*, *IP Appendiceal Procedures w/CC*, *IP Appendiceal Procedures w/MCC*.

6.2. Hasil Penelitian

1. Hari Rawat

Lamanya hari rawat pasien sangat ditentukan oleh diagnosa penyakit, komplikasi penyakit, adanya penyakit penyerta dan tindakan medis atau bedah yang dilakukan.

Menurut Sulastomo (1997) yang dikutip dari Hasan (2004) rata-rata lama hari rawat berkaitan dengan ada tidaknya tindakan operasi, penyakit pemberat dan penyakit penyerta yang dialami pasien serta sistem pembayaran.

Pendapat Sulastomo hampir sama dengan pendapat Hartono D (2004) yang mengatakan lama hari rawat juga dipengaruhi oleh adanya penyakit penyerta dan penyulit. karena kemungkinan akan menurunkan daya tahan tubuh sehingga berdampak pada lama hari rawat menjadi panjang.

Pada penelitian ini, untuk mengetahui lama hari rawat dipakai grafik histogram. Grafik histogram tersebut menunjukkan posisi menceng ke kanan, sehingga kurva yang terbentuk adalah kurva tidak normal. Karena itu harus dilakukan penghitungan untuk mendapatkan nilai median.

Untuk pemakaian grafik histogram, hanya bisa dipakai pada kasus apendisitis tanpa komplikasi untuk pasien askeskin, pasien askeskin + pasien umum RSUD Dr.Achmad Mochtar Bukittinggi, dan pasien ketiga rumah sakit. Hal ini disebabkan terbatasnya jumlah kasus apendisitis tanpa komplikasi pada pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, Pasien RS Ibnu Sina Bukittinggi dan RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Pada grafik 5.1 setelah dilakukan penghitungan diperoleh hari rawat untuk pasien askeskin 4 hari, askeskin + umum 4 hari, ketiga rumah sakit 4 hari

Lama hari rawat pasien apendisitis di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi berdasarkan distribusi adalah 4 hari. Dari hasil penelitian, lamanya hari rawat bisa disebabkan karena tidak adanya kejelasan manajemen rumah sakit bagi dokter untuk memulangkan pasien di luar jam kerja dan tidak adanya kunjungan dokter pada hari libur, sedangkan pasien sudah waktunya untuk dipulangkan.

Jika dibandingkan dengan INA-DRG, ternyata median hari rawat ketiga rumah sakit lebih pendek. Untuk apendisitis tanpa komplikasi selisih hari rawat adalah 1,1 hari.

Dari median hari rawat ketiga rumah sakit, hari rawat menurut INA-DRG terlalu panjang, sehingga terlihat tidak efisien dalam melakukan pelayanan.

Perbedaan hari rawat ketiga rumah sakit yang lebih pendek dari hari rawat berdasarkan INA-DRG ini perlu dikaji kembali dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan, apakah dengan singkatnya hari rawat, kondisi pasien saat pulang dalam keadaan yang sudah pulih benar.

2. Tagihan

a. Tagihan Administrasi

Tagihan rata-rata administrasi di RS Ibnu Sina Bukittinggi jumlahnya tiga kali lebih besar dari tagihan administrasi di RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Tingginya tagihan administrasi di RS Ibnu Sina Bukittinggi disebabkan status rumah sakit tersebut adalah rumah sakit swasta. Bagi rumah sakit swasta penetapan tarif dilakukan sendiri dan lebih mengutamakan keuntungan. Rumah sakit swasta disamakan dengan perusahaan yang bertujuan untuk memperoleh laba yang sebesar-besarnya (Laksono, 2005).

b. Tagihan Rata-rata tindakan di ruangan

. Tagihan rata-rata untuk tindakan di ruang perawatan yang tertinggi adalah pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Besarnya hampir delapan kali pasien umum RS Ibnu Sina Bukittinggi. Sedangkan untuk pasien askeskin hampir sama jumlahnya dengan RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Besarnya tagihan pada pasien umum RSUD dr Achmad Mochtar Bukittinggi disebabkan banyaknya tindakan medik yang

diberikan kepada pasien di ruangan. Misalnya pemasangan infus, suntik dan ganti verban. Tindakan yang diberikan tersebut akan mempengaruhi tagihan kepada pasien. Hal tersebut dibuktikan oleh Suningsih (2003) dalam penelitiannya pada kasus cedera kepala dengan craniotomy dimana disebutkan bahwa semakin banyak pasien memanfaatkan fasilitas rumah sakit, semakin tinggi biaya yang harus dikeluarkan. Sedangkan pada RS Ibnu Sina rendahnya tagihan untuk pasien apendisitis disebabkan tidak semua pasien tercatat sebagai penerima pelayanan di ruangan. Hal ini bisa terjadi karena berkaitan dengan hari rawat pasien yang singkat. Berakhirnya perawatan maka semua tindakan medis yang biasa dilakukan juga akan berakhir.

c. Tagihan Akomodasi

Pada tabel 5.11 terlihat tagihan rata-rata akomodasi. bervariasi. Untuk pasien apendisitis tanpa komplikasi, tagihan rata-rata tertinggi ada pada pasien askeskin. Tingginya tagihan tersebut erat hubungannya dengan lama hari rawat. Dalam penelitian tentang hari rawat, ternyata pasien askeskin memang mempunyai hari rawat yang lebih panjang. Selain itu tarif untuk pasien askeskin yang ditetapkan oleh pemerintah (Depkes) untuk akomodasi juga lebih besar dibandingkan dengan tarif akomodasi untuk pasien umum kelas III RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Jika dilihat tagihan pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, ternyata lebih rendah dibandingkan dengan tagihan RS Ibnu Sina Bukittinggi dan RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Hal ini wajar terjadi karena tarif akomodasi untuk kelas III di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi berada dibawah tarif akomodasi dua rumah sakit lainnya. Walaupun pasien apendisitis kedua rumah sakit tersebut mempunyai hari rawat

yang lebih pendek, akan tetapi karena pengaruh tarif akomodasi yang lebih besar maka tagihannya menjadi lebih besar juga.

Bervariasinya tagihan akomodasi masing-masing rumah sakit juga dipengaruhi oleh kondisi pasien setelah dilakukan tindakan operasi. Jika setelah operasi keadaan pasien cukup baik, maka pasien dapat langsung dipindahkan ke ruang perawatan. Sebaliknya jika keadaan pasien mengkhawatirkan, maka pasien tersebut di masukkan ke ruang khusus untuk perawatan. Hal ini dapat mempengaruhi tagihan operasi karena tarif ke dua ruangan tersebut sangat berbeda.

d. Tagihan Operasi

Dari tabel 5.12. dapat dilihat tagihan operasi. Pada RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, tagihan operasi untuk pasien askeskin hampir satu setengah kali dari tagihan operasi untuk pasien umum. Hal ini dapat terjadi karena perbedaan tarif antara pasien askeskin dengan pasien umum seperti yang telah diuraikan di atas. Demikian pula halnya dengan RS Ibnu Sina Bukittinggi dimana tagihan operasinya cukup besar yaitu sebesar Rp. 1.879.380,-. Namun tagihan yang paling besar terjadi di RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Hal ini disebabkan karena untuk kasus apendisitis selama tahun 2007 pelayanan yang diberikan adalah dengan sistem paket, yang berarti biaya untuk tindakan operasi ditetapkan oleh dokter yang bersangkutan.

e. Tagihan pemeriksaan Laboratorium

Pada pemeriksaan laboratorium seperti yang terlihat pada tabel 5.13 untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi ternyata di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk pasien askeskin rata-rata tagihannya hanya Rp.3.426. Dibandingkan dengan pasien

umum dan pasien RS Ibnu Sina Bukittinggi tagihan untuk pasien askeskin jauh lebih rendah. Rendahnya tagihan rata-rata pasien askeskin disebabkan oleh karena pemeriksaan laboratorium kebanyakan telah dilakukan sebelum pasien masuk ruang perawatan. Pemeriksaan laboratorium dilakukan saat pasien memeriksakan diri di poliklinik (rawat jalan). Setelah pemeriksaan lengkap dilakukan, pasien masuk ke ruang perawatan. Semua pemeriksaan yang berkaitan dengan laboratorium yang telah dilakukan di poliklinik, tidak lagi dilakukan di ruang perawatan. Karena itulah pada kasus ini rata-rata tagihan untuk pasien askeskin tanpa komplikasi lebih rendah. Tapi jika pemeriksaan tersebut belum dilakukan di poliklinik, maka pada saat pasien sudah masuk ruang perawatan baru dilakukan pemeriksaan tersebut. Demikian pula halnya dengan pasien umum.

Pada RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi, untuk tagihan pemeriksaan laboratorium ternyata lebih rendah dibandingkan dengan pasien askeskin. Hal ini terjadi karena pasien dilayani dengan sistem paket. Pemeriksaan laboratorium telah dilakukan pada saat pasien berobat langsung ke dokter yang bersangkutan. Setelah dinyatakan positif terkena apendisitis berdasarkan hasil pemeriksaan laboratorium, baru kemudian pasien masuk ruang perawatan. Karena itulah tagihan untuk pemeriksaan laboratorium di RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi juga lebih rendah.

f. Tagihan Pemeriksaan Radiologi

Pada tabel 5.14. tagihan paling rendah adalah pada RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi. Penyebabnya adalah sama seperti pemeriksaan laboratorium. Sedangkan pada RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tagihan untuk pasien umum hampir sembilan kali

lebih besar dibandingkan dengan pasien askeskin. Penyebabnya sama seperti pada pemeriksaan laboratorium di atas. Pada pasien umum rata-rata tagihannya adalah Rp. 193.519,-. Hal ini mungkin saja terjadi karena tidak semua pasien yang di rawat inap telah melakukan pemeriksaan radiologi sebelum masuk di ruang perawatan.

g. Tagihan Obat

Tagihan obat pada pasien umum RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk kasus apendisitis tanpa komplikasi hampir satu setengah kali besarnya dibandingkan dengan pasien askeskin. Tingginya tagihan obat kemungkinan disebabkan pemberian yang berlebihan. Pemakaian obat seharusnya diberikan sesuai dengan penyakit yang diderita. Berdasarkan literatur seperti yang dikutip oleh Hasan (2004), pemakaian antibiotik baru diberikan bila luka operasi infeksius atau tidak steril. Bila diyakini tidak infeksius dan steril maka antibiotik tidak usah diberikan.

Pada RS Ibnu Sina Bukittinggi tingginya tagihan obat berkaitan dengan keberadaan rumah sakit tersebut sebagai rumah sakit swasta. Sedangkan pada RS TNI AD Tk.IV Bukittinggi tagihan obat yang tinggi disebabkan karena obat-obatan tersebut memang sudah termasuk dalam paket.

Untuk total tagihan rumah sakit, jika dibandingkan dengan INA-DRG ternyata tagihan RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi untuk pasien askeskin lebih besar daripada INA-DRG, sedangkan untuk pasien umum, INA-DRG lebih besar. Untuk tagihan ketiga rumah sakit, INA-DRG lebih kecil. Ini disebabkan karena pengaruh tagihan dari dua rumah sakit lainnya yang cukup besar.

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1. Kesimpulan

Dari hasil penelitian tagihan rawat inap kelas III untuk pasien apendisitis di 3 rumah sakit di Kota Bukittinggi, diperoleh median lama hari rawat yaitu 4 hari dan median tagihan berada pada kisaran Rp.1.800.000,- - Rp. 1.999.999,-.

Jika dibandingkan dengan INA-DRG, jumlah hari rawat tiga rumah sakit di atas lebih pendek. Jumlah hari rawat INA-DRG adalah 5,1 hari

7.2. Saran

Beberapa saran yang dapat disampaikan sebagai hasil penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Bagi Pemerintah

Sebaiknya pemerintah melakukan kajian ke lapangan untuk mengetahui tarif INA-DRG efektif dan efisien.

2. Bagi Rumah Sakit.

- a. Catatan medik sebaiknya diisi lengkap, sehingga saat dibutuhkan langsung bisa diambil dan data lebih akurat.
- b. Rumah sakit harus lebih adil dan transparans kepada pihak pemberi maupun pengguna jasa pelayanan.

3. Sebaiknya pasien mengetahui informasi biaya pelayanan sebelum menjalani perawatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A, 1997 "Menuju Pelayanan Kesehatan Terkendali" Pidato pada upacara pengukuhan sebagai guru besar tetap pada Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia 24 September 1997, Jakarta
- Bachtiar, A, dkk 2000, *Metodologi Penelitian Kesehatan* Paket Mata Ajaran, Program Studi IKM UI, Depok
- Budiono, 1982, *Ekonomi Mikro, (Edisi 2)*, Badan Penerbit Fakultas Ekonomi UGM, Yogyakarta
- Depkes RI, 2003, *Kajian Sistem Pembiayaan, Pendataan dan Kontribusi APBD untuk Kesinambungan Pelayanan Keluarga Miskin (Exit Strategy)*, Jakarta
- Depkes RI, 2004, *Sistem Kesehatan Nasional*, Jakarta.
- Depkes RI, 2007, *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat Miskin (Askeskin) 2007*, Jakarta
- Depkes RI, 2007, *Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas A Tahun 2007*, Jakarta
- Gani, 2001 *Modul Pembiayaan dalam Menunjang Mutu Pelayanan Rumah Sakit Menjawab Tantangan Afta 2003*, Kabar IKM, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, 18-29
- Horngren, C.T, Datar, S.M, Foster, G, 2000, *Cost Accounting, A Managerial Emphasis*, Eleventh Edition, Prentice-Hall, Inc, Upper Saddle River, New Jersey.
- Kesepakatan Bersama Antara PT Askes (Persero) Cabang Bukittinggi dengan RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi Tentang Tarif Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Askes PJPkMM
- Media Asuransi, *Askeskin Dewa Penolong Kaum Papa*, No. 202, November 2007 tahun XXVIII
- Mills, A, & Gilson, L, 1990, *Ekonomi Kesehatan Untuk Negara-Negara Sedang Berkembang*, Dian Rakyat, Jakarta.
- Mulyadi, 1984, *Akuntansi Biaya untuk Manajemen*, Edisi 4, BPEE, Yogyakarta
- Prijono Tjipto herijanto dan Budhi Soesetyo, 1994 *Ekonomi Kesehatan*, PT Rineka Cipta, Jakarta, 329 hal.

- Rivany, R, dkk, 2001, *Ekonomi Layanan Kesehatan*, Modul Pendidikan Program Studi KARS, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Ruby, M, dalam Thabrani, H, (Editor), 2005, *Pendanaan Kesehatan dan Alternatif Mobilisasi Dana Kesehatan di Indonesia*, PT RajaGrafindo Persada, Jakarta.
- Ruslim, AK & Kurnia, R, 2001, *Modul Kuliah Sistem Informasi Rumah Sakit*, Universitas Indonesia, Depok.
- Sabarguna, B.S, 2006, *Sistem Informasi Anggaran Operasional Rumah Sakit*, Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, Yogyakarta
- Sabarguna, B.S, 2006, *Sistem Bantu Keputusan untuk Keuangan Rumah Sakit*, Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, Yogyakarta
- Sabarguna, B.S, 2006, *Sistem Informasi Customer Service contoh di Rumah Sakit*, Konsorsium Rumah Sakit Islam Jateng-DIY, Yogyakarta
- Sabiston Jr, David C, 1994, *Essentials of Surgery*, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Schwartz, Seymour I, dkk, 1994, *Principles of Surgery. Companion Handbook*, McGraw-Hill Inc
- Smeltzer, C. & Bare, G, 1996, *Brunner & Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, Lippincott-Raven Publishers, Philadelphia.
- Suningsih, C, 2003, *Studi Eksplorasi Variasi Biaya dalam rangka Penetapan DRG'S Kasus Cedera Kepala dengan Craniotomy di RSUD Tangerang tahun 2002*, Tesis, Ilmu Kesehatan Masyarakat, FKM, UI, Jakarta.
- Susilawati, LA, 2006, *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Beban Biaya Obat Non DPHO dan BMHP Non Paket untuk Pasien Rawat Inap Program Askeskin di RSUD Gunung Jati Kota Cirebon Tahun 2006*, Tesis, Program Studi KARS, FKM, UI, Jakarta.
- Trisnantoro, L, 2005, *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*, Gajah Mada University Press, Yogyakarta