



UNIVERSITAS INDONESIA

**Analisis Uji Beda Biaya Satuan Ibu Nyaris Meninggal
dengan Tarif DRG Depkes dan Pengembangan Perangkat
Lunak Biaya Satuan di RSIA Budi Kemuliaan
Tahun 2009**

AGUS RAHMANTO

0806443660

No. KLAS	:	
No. INDUK	:	7301
TGL TERIMA	:	26 Juli 2010
EELI Rp.	:	
BADIAH DARI	:	

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JULI 2010**



UNIVERSITAS INDONESIA

**Analisis Uji Beda Biaya Satuan Ibu Nyaris Meninggal
dengan Tarif DRG Depkes dan Pengembangan Perangkat
Lunak Biaya Satuan di RSIA Budi Kemuliaan
Tahun 2009**

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

AGUS RAHMANTO

0806443660

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI PASCASARJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK
JULI 2010**

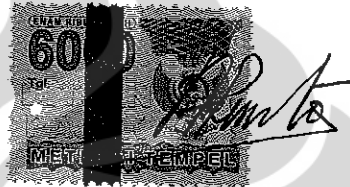
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Agus Rahmanto

NPM : 0806443660

Tanda Tangan :



Tanggal : 09 Juli 2010

SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Agus Rahmanto
NPM : 0806443660
Jenjang : Pasca Sarjana (S2)
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2008

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

Analisis Uji Beda Biaya Satuan Ibu Nyaris Meninggal dengan Tarif DRG Depkes dan Pengembangan Perangkat Lunak Biaya Satuan di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2009

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

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya,

Depok, 09 Juli 2010



Agus Rahmanto



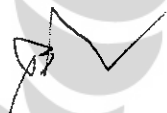



HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh

Nama : Agus Rahmanto
NPM : 0806443660
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul Tesis : Analisa Uji Beda Biaya Satuan Ibu Nyaris Meninggal dengan Tarif DRG dan Pengembangan Perangkat Lunak Biaya Satuan Kasus di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2009

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

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : dr. Adang Bachtiar, MPH, DSc ()
Penguji I : drg. Wahyu Sulistiadi, MARS ()
Penguji II : dr. Sandi Iljanto, MPH ()
Penguji III : Budi Hidayat, SKM, MPPM, Ph.D ()
Penguji IV : dr. Donald Pardede, MPPM ()
Penguji V : dr. Julian, MARS ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 09 Juli 2010

KATA PENGANTAR

Alhamdulillah, Segala puji dan syukur penulis panjatkan ke hadirat Allah SWT, karena dengan rahmat dan karunia NYA penulis dapat menyelesaikan Tesis ini. Penulisan Tesis ini merupakan tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan di Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia (KARS-FKM UI).

Penulisan ini dapat terlaksana berkat bimbingan, bantuan dan pengarahan dari berbagai pihak, baik dari dosen-dosen yang penulis hormati, keluarga yang penulis cintai, teman teman yang telah membantu dan senantiasa memberikan semangat kepada penulis dalam penyelesaian tugas akhir ini. Oleh karena itu pada kesempatan ini penulis menyampaikan penghargaan dan rasa terima kasih yang sebesar besarnya kepada :

- Bapak Adang Bachtiar, dr, MPH, D.Sc selaku pembimbing yang senantiasa memberikan arahan, dorongan dan nasihat selama penulisan tesis ini.
- Bapak Budi Hidayat, SKM, MPH, Ph.D selaku penguji, yang telah memberikan masukan dan saran yang sangat berarti untuk perbaikan tesis ini.
- Ibu Atik Nurwahyuni, SKM, M.Kes selaku penguji yang telah memberikan saran dan masukan yang sangat berarti dalam penulisan tesis ini.
- Bapak Wahyu Sulistiadi, drg, MARS atas kesediaannya menjadi penguji dan memberikan masukan dan saran yang sangat berarti dalam perbaikan tesis ini
- Bapak Sandi Iliyanto, dr, MPH atas kesediaannya menjadi penguji dan memberikan masukan dan saran yang sangat berarti dalam perbaikan tesis ini
- Bapak Donald Pardede, dr, MPPM atas kesediaannya menjadi penguji dan memberikan masukan dan saran yang sangat berarti dalam perbaikan tesis ini
- Ibu Julian, dr, MARS atas kesediaannya menjadi penguji dan memberikan masukan dan saran yang sangat berarti dalam perbaikan tesis ini
- Penghargaan dan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis sampaikan kepada seluruh Bapak Ibu Staf Pengajar yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat dan senantiasa membimbing serta memberikan semangat dalam menimba pengetahuan di Program Studi KARS FKM UI

- Bapak M. Baharuddin, dr, Sp. OG, MARS yang dalam masa kepemimpinannya di RSIA BK telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada penulis untuk melakukan penelitian tentang pembiayaan di RSIA BK
- Ibu Retno dr, dan Ibu Fathctiati, dr, selaku pimpinan di RSIA BK yang telah memberikan kesempatan, dukungan, dorongan dan pengertian kepada penulis
- Ibunda tercinta Mamah Suratmi dan Adik tercinta Bambang Hermanto, yang telah bersabar mendorong, memotivasi, mendoakan dan memfasilitasi berbagai keperluan penulis selama melangsungkan perkuliahan hingga selesainya penelitian tesis ini
- Mamah Retno dan Mas Budi, yang telah mendorong, memotivasi, mendoakan dan memfasilitasi berbagai keperluan penulis selama menyelesaikan tesis ini
- Istri tercinta, Rahma Savitri, SKM, yang senantiasa bersabar mendampingi, mendorong, memotivasi, mendoakan, dan membantu penyusunan tesis ini, sehingga penulis selalu bersemangat setiap saat.
- Inayah, Eka, Hanifa, Winega, dan Resti, yang telah membantu dalam pelaksanaan tesis ini
- Terima kasih tidak lupa disampaikan kepada seluruh rekan KARS'2008, seluruh staf di AKK, teman teman dan seluruh karyawan RSIA BK atas segala bantuan, kerja sama, dorongan dan pengertiannya yang telah diberikan selama penulis menjalankan pendidikan dan menyelesaikan tesis di FKM UI.

Akhir kata pada kesempatan ini penulis sampaikan permohonan maaf yang sebesar besarnya atas segala kekurangan, kekhilafan dan kesalahan yang telah dilakukan selama ini. Semoga ilmu dan ketrampilan yang penulis dapatkan bermanfaat bagi agama, nusa dan bangsa serta senantiasa mendapat ridho Allah SWT & membawa berkah bagi kita semua, Amin.

Akhirnya dengan penuh kesadaran bahwa penulisan tesis ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis masukan dan saran senantiasa untuk kesempurnaan tesis ini.

Depok, 6 Juli 2010

Penulis



Teruntuk

*Kedua orang tua yang telah membesarkan dan mendidiku
dengan penuh cinta dan kasih sayang*

Istriku tercinta, Rahma Savitri yang selalu menjadi penyemangat hidup tiada henti

Semoga menjadi penentram jiwa dan penyejuk hati

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

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

Nama : Agus Rahmanto
NPM : 0806443660
Progran Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

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

Analisa Uji Beda Biaya Satuan Ibu Nyaris Meninggal dengan Tarif DRG dan Pengembangan Perangkat Lunak Biaya Satuan Kasus di Rumah Sakit Budi Kemuliaan Tahun 2009

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

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 6 Juli 2010

Yang menyatakan,



Agus Rahmanto

ABSTRAK

Nama : Agus Rahmanto
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Judul : Analisis Uji Beda Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal dengan Tarif DRG Depkes dan Pengembangan Perangkat Lunak Biaya Satuan di RSIA Budi Kemuliaan Tahun 2009

Tesis ini tentang uji beda biaya antara biaya satuan pasien nyaris meninggal yang dihitung secara manual dengan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan simple distribution, dibandingkan dengan tarif INA DRG Depkes. Desain penelitian ini adalah kuantitatif analitik dengan sampel pasien nyaris meninggal di RSIA BK tahun 2009. Nilai CRR pada RSIA BK jika menggunakan tarif INA DRG RS tipe C menunjukkan CRR 41%, jika biaya satuan dikurangi investasi maka CRR 72%, jika biaya satuan dikurangi tenaga maka CRR 54 %, dan jika biaya satuan dikurangi investasi dan tenaga menunjukkan CRR 126%. Jika menggunakan tarif INA DRG RS tipe B menunjukkan CRR 69,64, jika biaya satuan dikurangi investasi maka CRR 123,12 %, jika biaya satuan dikurangi SDM maka CRR 91,74%, jika biaya satuan dikurangi investasi dan SDM maka CRR 214,5%. Jika menggunakan tarif INA DRG RS tipe A maka CRR 90,89%, jika biaya satuan dikurangi investasi maka CRR 160,71%, jika biaya satuan dikurangi SDM maka CRR 119,74%, jika biaya satuan dikurangi investasi dan SDM maka CRR 279,95%. Uji beda biaya satuan, tanpa investasi, tanpa sdm, tanpa investasi dan SDM terhadap tarif DRG di semua tipe RS menunjukkan perbedaan bermakna, kecuali pada uji biaya tanpa tenaga dengan tarif DRG RS tipe B dengan $Pv=0.190$. Untuk menyertakan RSIA BK kedalam program DRG Depkes, maka perlu diperhatikan faktor subsidi biaya investasi dan SDM, yang selama ini berlaku di semua rumah sakit pemerintah.

Kata Kunci : Biaya Satuan, INA-DRG, Tarif

ABSTRACT

Name : Agus Rahmanto
Study Program : Hospital Administration Study
Title : T-test analysis of maternal nearmiss unit cost with DRG's Price and Software Development of Unit Cost at Budi Kemuliaan Hospital 2009

This thesis is about t-test analysis of maternal nearmiss unit cost which counted manually by activity based costing and simple distribution method. After that it compared with DRG's Price of Health Ministry. The design is analytic kuantitatif with maternal nearmiss in Budi Kemuliaan Hospital (RSIA BK) in 2009 as sampel. If RSIA BK using INA DRG price of C type hospital will get CRR about 41%, if the cost minus investment CRR 72%, if cost minus human resource CRR 54%, if cost minus investment and human resource CRR 126%. If using INA DRG price of B type hospital will get CRR about 69,64%, if cost minus investment CRR 123,12%, if cost minus human resources CRR 91,74%, if cost minus investment and human resource CRR 214,5%. If using INA DRG price of A type hospital will get CRR about 90,89%, if cost minus investment CRR 160,71%, if cost minus human resource CRR 119,74%, if cost minus investment and human resource CRR 279,95%. T test show the differences between unit cost, cost minus investment, cost minus human resource, cost minus investment and human resource with INA DRG price at all kind of hospital. Except, cost minus human resource with INA DRG price at B type hospital, show it doesnot different with $Pv=0,190$. So that, if RSIA BK will follow INA-DRG program, have to keep attention about investment and human resource cost, because INA DRG price using government hospital, which investment and human resource got subsidized.

Key word : Unit Cost, INA-DRG, Price

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN TIDAK MELAKUKAN PLAGIAT	iii
HALAMAN PENGESAHAN	iv
KATA PENGANTAR	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS	viii
ABSTRAK	ix
ABSTRACT	x
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	iii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1. Latar Belakang Masalah	1
1.2. Rumusan Masalah	9
1.3. Pertanyaan Penelitian	9
1.4. Tujuan Penelitian	10
1.5. Manfaat Penelitian	11
1.6. Ruang Lingkup Penelitian	12
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	13
2.1. Analisis Biaya Rumah Sakit	13
2.1.1. Jenis Biaya	13
2.1.2. Pusat Biaya	14
2.1.3. Distribusi Biaya	14
2.1.4. Biaya Satuan	15
2.1.5. <i>Activity Based Costing</i> (ABC)	15
2.1.6. <i>Prospective Payment System</i> (PPS)	16
2.2. DRG's (<i>Diagnostic Related Groups</i>)	16
2.2.1. Definisi DRG's	16
2.2.2. Manfaat DRG's	18
2.2.3. Penyusunan DRGs	18
2.2.4. Langkah-langkah DRG's	19
2.2.5. <i>Indonesia Diagnosis Related Groups</i> (INA-DRG) Depkes RI	20
2.3. <i>Clinical Pathway</i>	24
2.3.1. Definisi <i>Clinical Pathway</i>	24
2.3.2. Latar Belakang <i>Clinical Pathway</i>	26
2.3.3. Hubungan <i>Clinical Pathway</i> dengan Standar Pelayanan Medis	26
2.4. Kasus Ibu Nyaris Meninggal (<i>Maternal Nearmisses</i>) .	27
2.4.1. Proses Terjadinya Nearmiss	28

2.4.2. Tanda dan Gejala Kasus Nyaris Meninggal Kebidanan	29
2.4.3. Kasus <i>Nearmiss</i> Kebidanan	30
BAB 3 GAMBARAN UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN	36
3.1 Falsafah Budi Kemuliaan	36
3.2 Tata Nilai Budi Kemuliaan	37
3.3 Visi Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan	37
3.4 Misi Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan	37
3.5 Tujuan dan Moto Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan tahun 2013	37
3.6 Perkumpulan Budi Kemuliaan	38
3.7 Fasilitas yang dimiliki	39
BAB 4 KERANGKA KONSEP	41
4.1 Kerangka Pikir	41
4.2 Kerangka Konsep	42
4.3 Definisi Operasional	43
4.4 Hipotesis	44
BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN	45
5.1. Jenis Penelitian	45
5.2. Populasi dan Sampel	45
5.3. Lokasi Penelitian	45
5.4. Waktu Penelitian	45
5.5. Data	45
5.5.1. Sumber Data	45
5.5.2. Pengolahan Data	46
5.5.3. Proses Penelitian	47
BAB 6 HASIL PENELITIAN	52
6.1. Hasil Penelitian	52
6.2. Analisis Univariat	54
6.2.1. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Umur	54
6.2.2. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Pendidikan	54
6.2.3. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Domisili	55
6.2.4. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jenis Pasien	55
6.2.5. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Tempat Masuk Pasien	56
6.2.6. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Asal Rujukan	56
6.2.7. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Ruang Perawatan	57

6.2.8.	Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jumlah Hari Rawat	57
6.2.9.	Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Paritas	58
6.2.10.	Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Cara Membayar	58
6.2.11.	Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosis DRG Depkes	59
6.2.12.	Distribusi ALOS Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosis DRG	60
6.2.13.	Distribusi Rata-rata Total Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosis DRG	61
6.2.14.	Struktur Rata-rata Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosis DRG	62
6.2.15.	Tarif DRG dan Rata-rata Tarif RSIA BK Menurut Kelompok Diagnosis DRG	63
6.2.16.	Pendapatan RSIA BK dengan DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis DRG	64
6.2.17.	Pengeluaran RSIA BK Menurut Variasi Sensitivitas	65
6.2.18.	Selisih Pendapatan RSIA BK dengan DRG Menurut Kelompok Diagnosis DRG	66
6.2.19.	Tingkat Pemulihan Biaya (<i>CRR/ Cost Recovery Rate</i>) Menurut Kelompok Diagnosis DRG	71
6.3.	Analisis Bivariat	76
6.3.1.	Biaya Satuan dengan Tarif DRG RS Tipe C	76
6.3.2.	Biaya Satuan dengan Tarif DRG RS Tipe B	79
6.3.3.	Biaya Satuan dengan Tarif DRG RS Tipe A	82
6.3.4.	Biaya Satuan dengan Tarif RSIA BK	85
BAB 7	PEMBAHASAN	89
7.1.	Keterbatasan Penelitian	89
7.2.	Analisis Univariat	90
7.2.1.	Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal	90
7.2.2.	Karakteristik Diagnosis Pasien Nyaris Meninggal	92
7.2.3.	Rata-rata Lama Hari Rawat	94
7.2.4.	Biaya Satuan	95
7.2.5.	Biaya Pasien Nyaris Meninggal	97
7.2.6.	Tarif Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK	99
7.2.7.	Pendapatan Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK	99
7.2.8.	Selisih Pendapatan Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK	99
7.2.9.	Tingkat Pemulihan Biaya Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK	100
7.3.	Analisis Bivariat Menggunakan Uji T	101

BAB 8	KESIMPULAN DAN SARAN	105
	8.1. Kesimpulan	105
	8.2. Saran	106
	DAFTAR PUSTAKA	108
	LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1990 s/d 2007	2
Tabel 1.2.	Jumlah Subsidi Pasien Tidak Mampu di DKI Jakarta Tahun 1987-2007	7
Tabel 2.1.	Major Diagnostic Categories (MDC)	21
Tabel 2.2.	Diagnosa Perdarahan Pasca Persalinan	28
Tabel 3.1.	Subsidi Dana dan Jumlah Pasien Tidak Mampu yang Dilayani RSIA BK	39
Tabel 3.2.	Sumber Daya Manusia RSIA Budi Kemuliaan Jakarta	40
Tabel 4.1.	Tabel Definisi Operasional	43
Tabel 6.1.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Umur Tahun 2009	54
Tabel 6.2.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Pendidikan Tahun 2009	54
Tabel 6.3.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Domisili Tahun 2009	55
Tabel 6.4.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jenis Pasien Tahun 2009	55
Tabel 6.5.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Tempat Masuk Tahun 2009	56
Tabel 6.6.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Asal Rujukan Tahun 2009	56
Tabel 6.7.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Ruang Perawatan Tahun 2009	57
Tabel 6.8.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jumlah Hari Rawat Tahun 2009	57
Tabel 6.9.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Paritas Tahun 2009	58
Tabel 6.10.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Cara Membayar Tahun 2009	58
Tabel 6.11.	Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Depkes Tahun 2009	59
Tabel 6.12.	Distribusi ALOS Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009	60
Tabel 6.13.	Distribusi Rata-Rata dan Standar Deviasi Total Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009	61
Tabel 6.14.	Struktur Rata-rata Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009	62
Tabel 6.15.	Tarif DRG dan RSIA BK Menurut Kelompok Diagnosa Tahun 2009	63
Tabel 6.16.	Pendapatan RSIA Budi Kemuliaan dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosa Tahun 2009	64
Tabel 6.17.	Pengeluaran RSIA BK Menurut Variasi Sensitivitas Tahun 2009	65
Tabel 6.18.	Selisih Pendapatan RSIA BK dengan DRG Menurut Kelompok	

	Diagnosis Tahun 2009	66
Tabel 6.19.	Selisih Pendapatan RSIA BK (Tanpa Investasi) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	68
Tabel 6.20.	Selisih Pendapatan RSIA BK (Tanpa SDM) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	69
Tabel 6.21.	Selisih Pendapatan RSIA BK (Tanpa Investasi dan SDM) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	70
Tabel 6.22.	Tingkat Pemulihan Biaya Satuan dengan Tarif DRG dan tanpa DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	71
Tabel 6.23.	Tingkat Pemulihan Biaya Satuan Tanpa Investasi dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	72
Tabel 6.24.	Tingkat Pemulihan Biaya Satuan Tanpa SDM dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	74
Tabel 6.25.	Tingkat Pemulihan Biaya dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009	75
Tabel 6.26.	Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C	76
Tabel 6.27.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C	76
Tabel 6.28.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C	77
Tabel 6.29.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dan SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C	77
Tabel 6.30.	Hasil Uji T Test Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C	78
Tabel 6.31.	Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B	79
Tabel 6.32.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B	80
Tabel 6.33.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B	80
Tabel 6.34.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dan SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B	81
Tabel 6.35.	Hasil Uji T Test Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B	81
Tabel 6.36.	Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A	82
Tabel 6.37.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A	82
Tabel 6.38.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A	83
Tabel 6.39.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dan SDM RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A	84
Tabel 6.40.	Hasil Uji T Test Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A	85
Tabel 6.41.	Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif RSIA BK	85
Tabel 6.42.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi RSIA BK dengan Tarif RSIA BK	86
Tabel 6.43.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM RSIA BK dengan Tarif RSIA BK	87
Tabel 6.44.	Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dan SDM RSIA BK dengan Tarif RSIA BK	87

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 4.1. Kerangka Pikir Penelitian	41
Gambar 4.2. Kerangka Konsep Penelitian	42



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Hasil Analisis Bivariat	1
Lampiran 2 Alur Pelayanan Medik	6
Lampiran 3 Data Dasar	13



BAB 1 PENDAHULUAN

1.1. Latar Belakang

Pada bulan September 2000, Perserikatan Bangsa-Bangsa (PBB) mengadakan Konferensi Tingkat Tinggi (KTT) yang diikuti oleh 189 negara anggota PBB. Sebagian besar peserta yang hadir adalah kepala pemerintahan, yang kemudian menyepakati untuk mengadopsi Deklarasi Milenium. Untuk pertama kalinya para pemimpin dunia membuat kesepakatan dan berkomitmen mengenai isu perdamaian, keamanan, pembangunan, hak asasi dan kebebasan fundamental dalam satu paket. Sejak saat itulah, setiap negara-negara anggota PBB mengadopsi Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals /MDGs*). Setiap tujuan pembangunan millennium memiliki satu atau beberapa target dan indikator. MDG memposisikan manusia sebagai fokus utama pembangunan, yang memiliki target waktu dan keberhasilan yang dapat diukur. MDG didasari oleh konsensus dan kemitraan global, dimana negara-negara berkembang memiliki tanggung jawab untuk menyelesaikan pekerjaan rumahnya dan negara-negara maju memberikan dukungan terhadap upaya tersebut (Bapenas, 2005).

Berdasarkan MDG, ada 8 tujuan utama yang disepakati yaitu menghilangkan kemiskinan dan kelaparan, pendidikan dasar yang universal, kesetaraan gender dan pemberdayaan perempuan, penurunan kematian anak, peningkatan kesehatan ibu, penanggulangan HIV/AIDS, TBC, Malaria, dan lain-lain, keserasian lingkungan yang berkesinambungan dan kemitraan global untuk pembangunan. Indikator peningkatan kesehatan ibu diukur dengan angka kematian ibu per 100.000 kelahiran hidup, melahirkan yang ditangani oleh tenaga kesehatan terlatih, dan angka penggunaan alat kontrasepsi (Bapenas, 2005).

MDG menargetkan pencapaian penurunan angka kematian ibu (*maternal mortality rate / MMR*) sebesar 75% antara tahun 1990 sampai 2015 (Bapenas, 2005). Angka Kematian Ibu disebabkan oleh banyak faktor. Angka Kematian Ibu di Amerika Serikat pada tahun 1985 menunjukkan bahwa terdapat perbedaan antara etnis kulit hitam dan kulit putih. Kematian ibu pada etnis yang berkulit hitam

empat kali lebih banyak daripada yang berkulit putih. Hal ini disebabkan oleh faktor sosial ekonomi, kurangnya tenaga yang terampil, kurangnya fasilitas persalinan, kurangnya perawatan *ante partum*, kurangnya pelayanan keluarga berencana, pendidikan kesehatan yang salah, kekurangan gizi, induksi abortus, kehamilan ektopik, usia lanjut, hipertensi dan paritas yang tinggi (Cunningham, 1995).

Hampir separuh kematian ibu di Amerika Serikat pada tahun 1935-1985 disebabkan oleh perdarahan, hipertensi baik yang diinduksi atau diperberat oleh kehamilan dan infeksi. Angka Kematian Ibu di Amerika Serikat pada tahun 1985 dilaporkan 295 (Cunningham, 1995).

Angka Kematian Ibu di Indonesia pada tahun 1990 masih 410 dan jika mengacu kepada MDG maka diharapkan pada tahun 2015 mencapai 102. Angka Kematian Ibu pada tahun 2007 sudah mencapai 228 (Bapenas, 2005). Secara lebih rinci, perkembangan Angka Kematian Ibu di Indonesia adalah sebagai berikut.

Tabel 1.1. Angka Kematian Ibu di Indonesia Tahun 1990 s/d 2007

Tahun	Angka Kematian Ibu
1990	440
1995	334
2000	307
2004	270
2005	262
2006	255
2007	228

Sumber : Bapenas, 2005; BPS, 2008

Penyebab kematian ibu yang utama adalah perdarahan, eklampsia, partus lama, komplikasi aborsi dan infeksi. Faktor penyebab terbesar yang menyebabkan kematian ibu diatas adalah perdarahan 28%, eklampsia 13%, aborsi yang tidak aman 11%, dan sepsi 10%. Penyebab tidak langsung resiko kematian ibu adalah anemia, kekurangan energi kronik (KEK), adanya penyakit menular (contohnya malaria, TB, hepatitis, dan HIV/AIDS), tingkat sosial ekonomi, tingkat

pendidikan, faktor budaya, akses ke sarana kesehatan, transportasi, dan tidak meratanya distribusi tenaga terlatih terutama bidan (Bapenas, 2005).

Pada tahun 2008 Angka Kematian Ibu di Jawa Timur sebanyak 487 orang dari 585.469 kelahiran hidup, atau sekitar 83 per 100.000. Adapun penyebab kematian ibu adalah karena perdarahan 33%, preeklampsia-eklampsia 25%, infeksi 8%, jantung 12%, dan lain-lain 22%. Berdasarkan karakteristik usia ibu, sebagian besar mati pada usia 20 s/d 34 tahun 66,32%, ≥ 35 tahun 33,15%, 17 sd 19 tahun 0,41% dan ≤ 16 tahun 0,12%. Berdasarkan jumlah kehamilan saat mati gravida 1 yaitu 34,90%, gravida 2 s/d 3 yaitu 48,87%, dan gravida ≥ 4 yaitu 16,23%. Berdasarkan rujukan kasus estafet 2X yaitu 48,6%, estafet 1X yaitu 24,6%, estafet 3X yaitu 20,1%, estafet 4 X yaitu 6,5% dan langsung ke RSUD 0,2X. Berdasarkan tempat terjadinya kematian ibu, diketahui bahwa kematian ibu yang terjadi di rumah sakit 76%, puskesmas 2,6%, rumah bersalin 0,8%, bidan praktek swasta 1,2%, rumah ibu 13,3% dan di perjalanan 6,1% (Trianto, 2008).

Hal di atas menunjukkan bahwa pasien yang datang langsung ke rumah sakit proporsinya lebih kecil tetapi angka kematiannya tinggi. Sehingga bisa jadi karena terlalu lama diperjalanan dan di sisi lain pelayanan obstetrik di rumah sakit kurang memadai dalam penanganan kasus-kasus kedaruratan yang mengancam keselamatan nyawa ibu (Trianto, 2008).

Berdasarkan studi Trianto (2008) di Jawa Timur menyatakan bahwa kematian ibu terbanyak pada saat nifas yaitu 42,3%, selanjutnya pada saat persalinan 39,2% dan saat hamil 18,5%. Sedangkan hari kematian ibu paling banyak pada hari kerja yaitu 61,9%, sedangkan hari sabtu 18,5%, hari minggu 14,4%, dan hari libur 5,2%. Dengan demikian, peningkatan pelayanan obstetrik pada hari kerja dapat mengantisipasi sekitar 61,9% resiko kematian ibu (Trianto, 2008).

Di Kabupaten Ngawi, Jawa Timur, Angka Kematian Ibu pada tahun 2008 juga masih tinggi, yaitu 76 per 100.000 kelahiran hidup. Sebab kematian utama di Kabupaten Ngawi karena kasus preeklampsia/eklampsia, sedangkan usia saat mati sebagian besar usia 20 s/d 34 tahun. Sebagian besar kematian juga terjadi di rumah sakit dengan estafet rujukan sebanyak 2 kali (Trianto, 2008).

Pengalaman Amerika Serikat dalam 50 tahun terakhir ini dapat menurunkan Angka Kematian Ibu secara drastis, setelah melakukan perbaikan umum dalam tindakan medis di pelayanan kesehatan. Penggunaan transfusi darah secara luas, obat-obatan anti mikroba, dan anestesi telah membantu secara substansi menurunkan Angka Kematian Ibu (Cunningham, 1995).

Kasus kejadian ibu yang nyaris meninggal di pelayanan kesehatan dan dapat terselamatkan dinamakan *maternal near miss*. Kejadian nyaris meninggal ini menunjukkan kemampuan pelayanan kesehatan dalam memberikan pertolongan pada kasus kegawatdaruratan pada ibu hamil, melahirkan dan nifas. Semakin baik pelayanan kesehatan berarti semakin baik kualitas pelayanan obstetrik. Sehingga istilah *maternal near miss* ini menjadi salah satu indikator keberhasilan dalam bidang obstetri (Adisasmita, 2008).

Hasil studi Adisasmita (2008) di 4 rumah sakit di Jawa Barat, menunjukkan bahwa kejadian ibu nyaris meninggal lebih besar di rumah sakit pemerintah (17,3%) daripada rumah sakit swasta (4,2%) dengan nilai $p = 0,000$, yang artinya menunjukkan kemaknaan secara statistik. Pendarahan dan penyakit hipertensi adalah diagnosa terbanyak yang berhubungan dengan kejadian nyaris meninggal. Untuk disfungsi organ yang paling banyak ditemukan yang berhubungan dengan kejadian ibu nyaris meninggal adalah disfungsi pembuluh darah. Angka kematian ibu mencapai 1,6% dengan penyebab terbanyaknya pada komplikasi non obstetrik. Sebagian besar (70%) dari kasus kejadian ibu nyaris meninggal di rumah sakit pemerintah sudah mengalami kritis pada saat pendaftaran, sedangkan di rumah sakit swasta hanya 31,9 % saja. Kejadian kasus ibu nyari mati ini banyaknya terkendala dalam mencapai sarana kesehatan, sehingga ketika sudah sampai pendaftaran pasien berada dalam kondisi gawat darurat (Adisasmita, 2008).

Hasil studi Fajariyah (2009) tentang kasus ibu nyaris meninggal di Rumah Sakit Budi Kemuliaan menunjukkan bahwa pada tahun 2008 terdapat 5 kasus kematian ibu, dan 146 kasus ibu nyaris meninggal. Dari 146 kasus, sebagian besar (57,5%) mengalami preeklampsi berat yang berkomplikasi dengan oedem paru, eklampsi dan HELLP *syndrome*. Selanjutnya 21,3% mengalami perdarahan paska persalinan, 19,8% mengalami perdarahan sebelum persalinan, dan 1,4%

mengalami sepsis. Studi Sismiadi (2009) di Rumah Sakit Budi Kemuliaan menunjukkan bahwa pada semester pertama tahun 2009 telah terjadi 44 kasus ibu nyaris meninggal. Berdasarkan komposisi penyebabnya yang disebabkan karena preeklamps/eklampsia 45,45%, perdarahan paska persalinan 40,01%, abortus dengan komplikasi 6,82%, perdarahan ante partum 4,55% dan tali pusat menumbung 2,27%. Angka kematian ibu pada tahun 2009 di Rumah Sakit Budi Kemuliaan sebanyak 12 orang (Rekam Medis RSIA Budi Kemuliaan, 2010).

Pelayanan kasus ibu nyaris meninggal di rumah sakit memerlukan sumber daya yang cukup baik terkait tenaga kesehatan maupun fasilitas. Dua hal ini akan berimplikasi kepada biaya. Perkembangan teknologi kedokteran di rumah sakit telah menyebabkan inflasi di sektor kesehatan. Hal ini dikarenakan teknologi kedokteran berkembang pesat dan berbiaya tinggi. Amerika Serikat pernah mengalami peningkatan anggaran rumah sakit secara drastis dari 3 Miliar Dolar menjadi 37 Miliar Dolar pada tahun 1967 s/d 1983. Pada masa itu sistem pembayaran menggunakan penagihan atas pelayanan yang sudah diberikan oleh rumah sakit (*reimbursement*). Selanjutnya pada tahun 1982, pemerintah Amerika Serikat berusaha mengembangkan sistem pengendalian biaya dengan *prospective payment system* (PPS). Sistem PPS menggunakan klasifikasi bauran kasus (*casemix classification*), yang saat ini dikenal dengan pembiayaan menurut klasifikasi diagnosa penyakit (*Diagnosis Related Groups/DRGs*). Pengklasifikasian diagnosa dilakukan berdasarkan kesamaan pemakaian sumber daya (*center for medicare & Medicaid*, 2001).

Klasifikasi bauran kasus dimulai sejak tahun 1960, saat tim *Yale-New Haven Medical Center* meminta bantuan Profesor Robert Fetter dari Universitas Yale untuk mengidentifikasi kasus-kasus di rumah sakit menurut klasifikasi penyakit. Profesor Fetter kemudian memberikan dasar untuk mengidentifikasi pengklasifikasian bauran kasus (Lim dan Lee, 2005)

Konsep DRG di Indonesia sudah mulai dikembangkan di Universitas Indonesia oleh Rivany sejak tahun 1998, dengan dimulainya sosialisasi dan penelitian-penelitian berkelanjutan oleh mahasiswa. Konsep DRG yang dikembangkan oleh Rivany (2005) berbasiskan alur pelayanan tindakan medis (*clinical pathway*). Sehingga dengan demikian diharapkan terjadi pengendalian

biaya sekaligus pengendalian mutu pelayanan bagi pasien di rumah sakit (Rivany, 2005).

Pada tahun 2007, Departemen Kesehatan RI menerbitkan Buku Tarif INA-DRG RS Umum dan Khusus Kelas A, B, C dan D. Tarif dalam INA-DRG ini merupakan salah satu terobosan baru yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan dalam rangka menekan biaya pelayanan kesehatan (*health care cost*). Meningkatnya biaya kesehatan bisa disebabkan oleh banyak faktor, diantaranya adalah laju inflasi, perubahan pola penyakit, perubahan pola hubungan dokter dengan pasien, serta penemuan teknologi kedokteran (Departemen Kesehatan, 2007). Buku Tarif ini menjadi pedoman bagi Rumah Sakit Pemerintah dan Rumah Sakit Swasta yang memberikan pelayanan kepada keluarga miskin (*gakin*) dalam jejaring Jamkesmas (Departemen Kesehatan, 2007).

Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan (RSIA BK) merupakan salah satu rumah sakit swasta yang berbadan hukum yayasan, yang memiliki misi sosial, dan merupakan mitra dari Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada masyarakat DKI Jakarta, khususnya untuk pelayanan ibu dan anak. RSIA BK banyak menerima pasien peserta JPK-GAKIN (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan– Keluarga Miskin), yang saat ini lebih dikenal dengan program Jamkesmas (Jaminan Kesehatan Masyarakat). RSIA BK secara aktif menjadi mitra Pemda DKI Jakarta dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat miskin dan kurang mampu. Sehingga secara rutin RSIA BK memberikan laporan kepada Pemda DKI Jakarta, yang ditembuskan ke Biro Bina Sosial DKI Jakarta (RSIA BK, 2008).

Sejak tahun 2003, subsidi pasien yang tidak mampu dibayarkan melalui JPK MKJ (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Mitra Kesehatan Jaya), kemudian pada tahun 2004 pembayaran kembali dilakukan melalui Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta (RSIA BK, 2008).

Peserta JPK-GAKIN yang berkunjung ke RSIA BK terus meningkat. Pada tahun 2007 RSIA BK merawat 2.034 pasien keluarga miskin dengan total pembayaran sebesar Rp. 4.518.468.252,- (RSIA BK, 2008).

Secara lengkap, berikut ini adalah jumlah subsidi biaya pelayanan kesehatan keluarga miskin yang diterima oleh RSIA BK pada tahun 1987 sd 2007:

Tabel 1.2. Jumlah Subsidi Pasien Tidak Mampu di DKI Jakarta
Tahun 1987-2007

No	Tahun	Jumlah Subsidi
1.	1987	5.000.000,-
2.	1988	5.000.000,-
3.	1989	5.000.000,-
4.	1990	7.500.000,-
5.	1991	7.500.000,-
6.	1992	10.000.000,-
7.	1993	10.000.000,-
8.	1994	10.000.000,-
9.	1995	10.000.000,-
10.	1996	10.000.000,-
11.	1997	10.000.000,-
12.	1998	15.000.000,-
13.	1999	15.000.000,-
14.	2000	25.000.000,-
15.	2001	20.000.000,-
16.	2002	20.000.000,- (dari kekurangan pembayaran pasien sebesar Rp.254.243.440,-)
17.	2003	567.874.540,-
18.	2004	773.322.237,-
19.	2005	874.249.847,-
20.	2006	2.243.583.973,-
21.	2007	4.518.468.252,-

Sumber : Laporan Tahunan RSIA BK Tahun 2008

Meningkatnya biaya kesehatan dari tahun ke tahun menyebabkan Pemda DKI Jakarta mempertanyakan alasan terjadinya peningkatan tersebut. Apa lagi dalam tiga tahun terakhir (2005 sd 2007), tabel 1.2 memperlihatkan lonjakan biaya yang lebih dari dua kali lipatnya. Dinkes Propinsi DKI Jakarta

menggunakan sistem pembiayaan SKTM dan Gakin bagi masyarakat yang tidak mampu. Jadi secara sistem kendali biaya, sistem pembiayaan kesehatan di DKI Jakarta masih mengadopsi sistem pembiayaan tradisional dengan *cost sharing*.

Dinkes Propinsi DKI Jakarta meminta RSIA Budi Kemuliaan untuk melakukan evaluasi dan mencoba melihat kembali apakah pembiayaan yang dilakukan sudah benar-benar efisien atau belum.

Oleh karena itu, RSIA Budi Kemuliaan melakukan kajian biaya satuan dan uji beda biaya RSIA Budi Kemuliaan untuk pasien nyaris meninggal dengan tarif DRG Depkes RI.

Penggunaan tarif DRG Depkes RI ini karena tarif tersebut merupakan standar tarif yang dibuat oleh Depkes berdasarkan nilai rata-rata tarif di rumah sakit seluruh Indonesia, untuk mengendalikan biaya rumah sakit. Sehingga diasumsikan jika menggunakan tarif DRG maka RSIA Budi Kemuliaan sudah menggunakan *banch mark* yang cukup efisien.

Dengan demikian RSIA Budi Kemuliaan dapat melihat kewajaran tarif dan perbandingannya dengan tarif rata-rata nasional dalam standar tarif DRG.

Selain itu RSIA Budi Kemuliaan dapat melihat apakah jika RSIA Budi Kemuliaan menerapkan atau mengajukan diri sebagai mitra Depkes dalam program Jamkesmas dengan sistem DRG akan mendapatkan laba atau sebaliknya.

Kajian ini mengambil populasi pasien nyaris meninggal, karena pasien ini merupakan pasien dalam kegawatan sehingga tidak bisa ditunda pertolongannya dan juga menyerap banyak tindakan, obat dan laboratorium.

Jumlah kejadian pasien nyaris meninggal pada tahun 2008 yaitu sebanyak 149 kasus dari 2.034 pasien (7,3%), namun ternyata membutuhkan biaya yang besar.

Dalam perhitungan biaya satuan pasien di rumah sakit akan dihitung menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan simple distribusi. Selanjutnya variasi biaya yang terjadi dilakukan analisa uji beda terhadap tarif DRG yang sudah diterbitkan oleh Depkes.

Setelah dilakukan uji beda, kemudian akan dilihat sejauh mana solvabilitas keuangan rumah sakit budi kemuliaan jika menerapkan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.

1.2. Rumusan Masalah Penelitian

Biaya kesehatan untuk pasien SKTM/Gakin Propinsi DKI di RSIA Budi Kemuliaan mengalami peningkatan dalam 3 tahun terakhir, sebagaimana terlihat dalam tabel 1.2.

Rumah Sakit Budi Kemuliaan sebagai Rumah Sakit Non Pemerintah yang bermitra dengan Dinkes Propinsi DKI harus tetap melakukan langkah-langkah antisipatif dalam menghadapi berbagai kemungkinan kebijakan, termasuk kebijakan pembiayaan dan sistem kendali biaya.

Untuk menunjukkan bahwa biaya yang ditagihkan RSIA Budi Kemuliaan adalah wajar dan layak, maka perlu dilakukan perbandingan (uji beda) biaya satuan kasus pasien *nearmiss* di RSIA Budi Kemuliaan dengan membandingkan biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes.

Namun demikian, sampai saat ini Rumah Sakit Budi Kemuliaan memiliki perhitungan biaya per pasien untuk kasus *nearmiss*. Oleh karena itu, perlu dilakukan kajian biaya satuan yang kemudian diuji beda dengan tarif DRG Depkes, sebagai salah satu langkah analisa kebijakan pembiayaan secara internal.

1.3. Pertanyaan Penelitian

1. Berapakah total biaya tindakan kasus-kasus ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta Tahun 2009 ?
2. Bagaimanakah struktur biaya kasus-kasus ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta Tahun 2009 ?
3. Apakah tarif DRG yang diterbitkan Depkes akan menyebabkan untung/rugi jika dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan Jakarta ?
4. Bagaimana tingkat pemulihan biaya RSIA Budi Kemuliaan jika menerapkan tarif DRG yang diterbitkan Depkes ?
5. Apakah ada perbedaan antara total biaya satuan pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?
6. Apakah ada perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?

7. Apakah ada perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?
8. Apakah ada perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi dan SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?
9. Apakah ada perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi dan SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?
10. Apakah ada perbedaan antara tarif pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes ?
11. Bagaimana perangkat lunak untuk menghitung biaya satuan per pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta ?

1.4. Tujuan Penelitian

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan biaya kasus ibu nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan terhadap tarif DRG Depkes.

1.4.2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui total biaya tindakan kasus-kasus ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta Tahun 2009
2. Mengetahui struktur biaya kasus-kasus ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta Tahun 2009 .
3. Mengetahui tingkat untung/rugi keuangan RSIA Budi Kemuliaan Jakarta untuk kasus ibu nyaris meninggal jika menerapkan tarif DRG yang diterbitkan Depkes.
4. Mengetahui tingkat pemulihan biaya RSIA Budi Kemuliaan jika menerapkan tarif DRG yang diterbitkan Depkes.
5. Mengetahui perbedaan antara total biaya satuan pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.

6. Mengetahui perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.
7. Mengetahui perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.
8. Mengetahui perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi dan SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA BK dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.
9. Mengetahui perbedaan antara total biaya satuan dikurangi biaya investasi dan SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes.
10. Mengetahui perbedaan antara tarif pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes
11. Mengembangkan perangkat lunak untuk menghitung biaya satuan per pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan Jakarta.

1.5. Manfaat Penelitian

a. Bagi Rumah Sakit Budi Kemuliaan

Hasil perhitungan biaya kasus ibu nyaris meninggal ini bisa menjadi dasar dalam penentuan tarif dan strategi tarif. Selain itu dapat dijadikan bahan *advocacy* RSIA Budi Kemuliaan dalam menghadapi kebijakan pembiayaan yang dilakukan oleh pihak ketiga, baik itu pemerintah maupun swasta.

b. Bagi Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta

Hasil perhitungan biaya satuan kasus pasien nyaris meninggal ini bisa menjadi dasar ilmiah yang wajar dan rasional dalam melakukan pembayaran atas tagihan yang dilakukan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

c. Bagi Departemen Kesehatan RI

Hasil uji beda antara biaya rumah sakit terhadap tarif Depkes dapat menjadi masukan untuk perbaikan metodologi penyusunan tarif Depkes untuk tujuan *national coverage*.

1.6. Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini mengenai analisa uji beda biaya kasus-kasus ibu nyaris meninggal terhadap tarif DRG Depkes. Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik. Data kuantitatif didapatkan melalui pengumpulan data-data sekunder dari unit rekam medis dan unit-unit lain yang berhubungan di RSIA Budi Kemuliaan. Pengumpulan data penelitian ini bersifat *retrospektif* dengan menggunakan data tahun 2009. Berdasarkan data sekunder kemudian didapatkan alur pelayanan medis, yang dilanjutkan dengan perhitungan biaya satuan. Selanjutnya biaya satuan ini diuji perbedaannya dengan tarif versi DRG Depkes RI.

BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Analisa Biaya Rumah Sakit

2.1.1. Jenis Biaya

Definisi dasar biaya adalah semua pengorbanan yang dikeluarkan untuk memproduksi dan mengkonsumsi suatu komoditi tertentu. Dengan demikian pengertian biaya meliputi semua jenis pengorbanan, bisa dalam bentuk uang, barang, waktu yang hilang, kesempatan yang hilang dan bahkan kenyamanan yang terganggu (Gani, 1996, Mc Lean, 2003). Ada beberapa cara klasifikasi biaya, seperti diuraikan berikut ini (Gani, 1996; Sjaaf, 2004):

a. Berdasarkan sifat kegunaannya :

1. Biaya investasi, adalah biaya yang manfaatnya dapat dipergunakan selama lebih dari satu tahun. Patokan satu tahun didasarkan pada kelaziman bahwa perencanaan anggaran biasanya dilakukan setiap tahun. Termasuk dalam klasifikasi biaya investasi adalah biaya gedung, biaya alat medis dan biaya alat non medis
2. Biaya pemeliharaan, adalah biaya yang fungsinya untuk mempertahankan atau memperpanjang kapasitas barang investasi. Dengan demikian klasifikasinya mengikuti klasifikasi biaya investasi, yaitu biaya gedung, biaya alat medis dan biaya alat non medis.
3. Biaya operasional, adalah biaya yang diperlukan untuk memfungsikan atau mengoperasikan barang investasi. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah biaya personel (gaji), biaya obat dan bahan, biaya makan, biaya ATK dan biaya umum (listrik, air, telepon, perjalanan, dan lain-lain).

b. Berdasarkan hubungannya dengan jumlah produk (*output*) :

1. Biaya tetap (*fix cost*), adalah biaya yang besarnya relatif tidak dipengaruhi oleh jumlah output atau produksi yang dihasilkan. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah barang-barang investasi yang disebutkan di atas.

2. Biaya semivariabel (*semivariable cost*), adalah biaya yang sebetulnya untuk mengoperasionalkan barang investasi, akan tetapi besarnya tidak terpengaruh oleh banyaknya produksi. Termasuk dalam klasifikasi ini adalah biaya gaji pegawai tetap.
 3. Biaya variabel (*variabel cost*), adalah biaya yang besarnya dipengaruhi oleh banyaknya produksi. Misalnya biaya jarum suntik dalam pelayanan.
- c. Berdasarkan fungsinya dalam proses produksi
1. Biaya langsung (*direct cost*), adalah biaya yang manfaatnya langsung merupakan dari produk atau barang yang dihasilkan. Misalnya biaya jarum suntik.
 2. Biaya tak langsung (*indirect cost*), adalah biaya yang manfaatnya tidak menjadi bagian langsung dalam produk, akan tetapi merupakan biaya yang diperlukan untuk menunjang unit-unit produksi.

2.1.2. Pusat Biaya

Pusat biaya adalah unit fungsional dimana biaya-biaya tersebut dipergunakan. Untuk rumah sakit pusat biaya tersebut secara garis besar dapat dibagi dua, yaitu (1) pusat biaya penunjang, yaitu unit-unit yang tidak langsung memproduksi produk rumah sakit dan (2) pusat biaya produksi, yaitu unit-unit dimana pelayanan rumah sakit dihasilkan.

Yang termasuk pusat biaya penunjang misalnya adalah unit pimpinan dan tata usaha, unit pemeliharaan, unit CSSD/laundry, unit dapur dan lain-lain. Yang termasuk pusat biaya produksi misalnya adalah laboratorium klinik, laboratorium patologi anatomi, bagian radiologi, unit rawat jalan, unit gawat darurat, unit ICU/ICCU, unit bedah, unit rawat inap, unit rehabilitasi medis, unit kamar jenazah, dan lain-lain (Gani, 1996).

2.1.3. Distribusi Biaya

Dalam analisa biaya rumah sakit telah dikembangkan beberapa metode untuk melakukan distribusi biaya tersebut, yaitu metode distribusi sederhana (*simple distribution method*), metode distribusi anak tangga (*step down method*),

metode distribusi ganda (*double distribution method*), dan metode distribusi multiple (*multiple distribution method*).

Dalam penelitian ini metode yang dilakukan adalah metode distribusi sederhana (*simple distribution method*), yaitu cara langsung membagi habis biaya di unit-unit penunjang ke unit-unit produksi berdasar bobot tertentu. Cara ini merupakan cara yang paling sederhana dan dianggap paling mudah (Gani, 1996; Nadjib, 1997)

2.1.4. Biaya Satuan

Biaya satuan adalah biaya yang diperlukan atau dikeluarkan untuk menghasilkan satu satuan produk. Perhitungan biaya satuan untuk rumah sakit cukup rumit karena banyaknya produk atau jenis-jenis pelayanan yang dihasilkan oleh rumah sakit.

Di dalam biaya satuan terkandung semua elemen biaya. Ada dua konsep pengertian biaya satuan, yaitu (1) biaya satuan actual dan (2) biaya satuan normatif. Biaya satuan yang diperoleh dari suatu hasil perhitungan berdasarkan atas pengeluaran nyata untuk menghasilkan produk pada satu kurun waktu tertentu disebut biaya satuan actual (*actual unit cost*). Biaya satuan aktual adalah total biaya dibagi jumlah output.

2.1.5. Activity Based Costing (ABC)

Menurut Palmer G.R, Aisbett C. Fetter R, Winchester L, Reid B. & Rigby E (1991) dua pendekatan perhitungan biaya yang sering digunakan :

1. *Cost modeling* yang bersifat *top down*
2. *Clinical costing* yang bersifat *bottom up*

Sebagai penjabaran dari metode *bottom up costing*, mencakup pengumpulan data tentang layanan-layanan yang diterima oleh pasien secara individual, seperti patologi, radiologi, fisioterapi, dan keperawatan. (*bottom-up*). Salah satu metode *bottom up costing* yang banyak digunakan adalah *activity based costing* (ABC). ABC adalah suatu metodologi pengukuran biaya dan kinerja atas aktivitas, sumber daya, dan obyek biaya (Baker, 1998). Konsep dasar ABC menyatakan bahwa aktivitas mengkonsumsi sumber daya untuk

memproduksi sebuah keluaran (*output*), yaitu penyediaan layanan kesehatan (Heru, 2006).

2.1.6. *Prospective Payment System (PPS)*

Prospective Payment System adalah suatu sistem pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan (PPK), baik rumah sakit maupun dokter, dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan medis dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medis atau lamanya perawatan di rumah sakit.

Pengertian pembayaran ditetapkan dimuka (*advance payment*) adalah bahwa PPK akan menerima sejumlah imbalan yang besarnya sesuai dengan diagnose penyakit, apa pun yang dilakukan terhadap pasien yang bersangkutan, termasuk lamanya perawatan rumah sakit. Pendekatan seperti ini akan mendorong adanya *iniciatif financial* pada PPK, untuk hanya melakukan hal-hal yang secara medis memang diperlukan dan menurunkan LOS (*length of stay*). Dengan demikian, adanya kemungkinan penggunaan sarana kesehatan yang berlebih (*over utilization*) dapat dicegah.

2.2. *DRG's (Diagnostic Related Groups)*

2.2.1. Definisi DRG's

Penyakit yang sudah diklasifikasikan dalam ICD 10 dapat dikelompokkan lagi menjadi beberapa kategori diagnosis utama atau *major diagnostic category* (MDC) yang terbagi menjadi tiga kategori, yaitu *surgery*, *other* dan *medical*, yang selanjutnya dapat dikelompokkan menjadi beberapa kelompok diagnosis terkait atau *Diagnosis Related Groups (DRG's)* (AR DRG's version 5.2,2006; Supartono, 2006)

DRG's sendiri merupakan suatu cara untuk mengidentifikasi pasien yang mempunyai kebutuhan dan keperluan sumber-sumber yang sama di rumah sakit kemudian dikelompokkan ke dalam kelompok yang mudah dikelola kebutuhannya (Rivany, 2005).

Australian Refined Diagnosis Related Groups mendefinisikan DRG's sebagai *a patient classification system that provides a clinically meaningful way of relating the types of patients treated in hospital to the resources required by the*

hospital. DRG's dalam bahasa Indonesia diartikan sebagai Pengelompokan Penyakit menurut Diagnosa.

Motivasi utama untuk mengembangkan DRG adalah untuk menciptakan *framework* yang efektif untuk memonitor penggunaan pelayanan dalam rumah sakit. Sementara itu tujuan awal pembuatan DRG's adalah untuk menggabungkan *casemix* dengan kebutuhan sumber daya dan biaya rumah sakit, DRG's terutama berfokus kepada intensitas sumber daya. (Averil, 1998). DRG's dan *clinical pathway* merupakan cikal bakal dari *casemix* yang merupakan sistem klasifikasi pasien yang dikombinasikan dengan jenis penyakit yang dihubungkan dengan biaya selama perawatan.

Konsep DRG's dicetuskan pertama kali oleh Codman (1914) yang ingin mengelompokan *hospital output*, lalu dilanjutkan oleh Fetter & Thompson dari Yale University (1970) dengan *Yale cost model* yang berhasil mengembangkan DRG's pertama, berdasarkan ICD VIII *clinical modification* berupa 83 MDC dan 383 DRG's. pada tahun 1979, Giovannetti melengkapi konsep tersebut dengan *patient classification system* (PCS) sebagai dasar dari sistem informasi *casemix*, dan pada tahun 1981 lahir generasi kedua dari DRG's dengan mengacu pada ICD-CM yang menghasilkan 23 MDCs dan 467 DRGS's. (Rivany, 1998)

Antara tahun 1988-1993 Australia mulai mengembangkan *Australian National Diagnosis Related Groups* (AN-DRG) dan akhirnya pada Juli 1992 Australia mengeluarkan AN-DRG version 1.0 yang direvisi setiap tahun sampai Juli 1996. Setelah dikeluarkan *Australian Refined Diagnosis Related Groups* (AR-DRG) version 4.1, pembaharuan AR-DRG dijadwalkan setiap dua tahun (AR-DRG's version 5.2, 2006)

Walaupun jumlah total DRG terhitung stabil sejak versi 3.0, setiap kategori utama (MDC) mengalami perubahan dalam jumlah DRG nya. Saat ini AR-DRG's version 5.2 memiliki 23 MDC dan 665 DRG.

Pada dasarnya konsep DRG's adalah rumah sakit sebagai kelompok badan usaha menghasilkan bauran produk, yaitu bauran kasus (*case mix*). Walaupun setiap kasus mempunyai karakteristik sendiri tetapi dalam hal tertentu dapat saling terkait sehingga penanggulangannya tidak akan memerlukan pemakaian sumber yang terlalu berbeda. Tetapi hal ini sulit digunakan karena adanya perbedaan

antara penyandang dana dengan penyelenggara pelayanan. Karena itulah perlu dilakukan pengelompokan diagnosa terkait.

2.2.2. Manfaat DRG'S

Pengalaman di Amerika sejak tahun 1965, terbukti DRG's mampu melakukan pengendalian biaya dengan penurunan lama hari rawat yang berdampak terhadap penurunan besaran biaya program *medicare* (Sulastomo, 1997). Menurut mengeri kesehatan AS Sweiker (1970), manfaat DRG's adalah sebagai berikut :

1. DRG's ternyata dapat diberlakukan dengan cepat
2. Memberikan kepastian biaya rumah sakit.
3. Mengurangi beban administrasi bagi rumah sakit.
4. Meningkatkan mutu pelayanan rumah sakit.
5. Menguntungkan peserta program *medicare*, karena perkiraan *cost sharing* menurun.

Menurut Cleverley (1986) pembayaran dengan menggunakan sistem DRG's dapat :

1. Mengurangi tarif yang dibayarkan untuk sumber rumah sakit.
2. Mengurangi lama hari rawat.
3. Intensitas pelayanan yang diberikan.
4. Menghasilkan efisiensi produk.

2.2.3. Penyusunan DRG's

Pada generasi pertama (1970) penyusunan DRG menggunakan ICD-8-CM dari data medis (*medical record*) new jersey, Connecticut dan south Carolina, diagnosa klinik dikelompokkan dengan 3 prinsip, yaitu :

1. Bahwa diagnosa disesuaikan dengan pengelompokan anatomi dan fisiologi
2. Bahwa jumlah kasus cukup besar sehingga dapat mewakili kasus tersebut
3. Dapat mencakup ICD-8-CM dengan tidak saling tumpang tindih

Pada generasi kedua (1981) terbit ICD-9-CM dengan memperluas penyusunan DRG's untuk menghindari variasi yang sangat besar dalam angka rawat inap di rumah sakit dengan kategori; diagnosis berikutnya (*secondary diagnosis*), operasi, usia penderita dan lain-lain.

Prinsip penyusunan DRG's dibagi dalam dua kegiatan, yaitu :

1. Mengelompokkan diagnosis-diagnosis ke dalam DRG's yang terpisah
2. Menentukan biaya bagi masing-masing DRG's untuk kepentingan penggantian

Komponen-komponen biaya dalam menyusun DRG's adalah :

1. Lama hari rawat (untuk masing-masing DRG's) baik untuk perawatan rutin ataupun khusus
2. Biaya per diem baik untuk perawatan rutin dan khusus
3. Perkiraan biaya pelayanan-pelayanan pendukung (laboratorium radiolog, obat-obatan, alat habis pakai, anastesi dan pelayanan lainnya) per kasus (Murti B, 2000)

Data yang dipakai dalam mendefinisikan DRG's dibuat berdasarkan keadaan saat pasien keluar rumah sakit karena itu pemberian kode diagnosa pasien harus berdasarkan ICD.

2.2.4. Langkah-Langkah DRG's

Menurut Don Hindle (10097) dalam menyusun DRG's langkah-langkah yang diperlukan adalah menentukan MDC berdasarkan diagnosa primer. Kemudian dilihat apakah pada pasien dilakukan tindakan yang signifikan atau tidak, selanjutnya dilihat apakah tindakan yang dilakukan pada pasien itu tindakan bedah atau tindakan medis. Setelah itu, pasien dibagi ke dalam pengelompokan berdasarkan usia, dimana masing-masing kelompok usia tersebut dibagi apakah mempunyai diagnosa sekunder atau tidak.

Langkah-Langkah yang dilakukan setiap pasien rawat inap akut adalah sebagai berikut:

1. Diagnosa utama

Menetapkan diagnosa utama dengan melihat catatan rekam medis pasien dan menentukan MDC berdasarkan diagnosis utama yang ditulis dokter berdasarkan ICD-X pada saat pasien pulang

2. Tindakan

Mengidentifikasi apakah pada pasien dilakukan tindakan signifikan atau tidak, yaitu tindakan operasi atau hanya tindakan medis saja.

3. Umur pasien

Langkah berikutnya melihat berapa umur pasien pada saat di rawat inap, karena umur mempengaruhi lama perawatan di rumah sakit

4. Diagnosa sekunder

Melihat apakah pasien mempunyai diagnosa lain selain diagnosis utama

5. Lama hari rawat

Lama hari rawat sangat berhubungan dengan pelayanan kesehatan yang diberikan provider termasuk total biaya rawat inapnya

6. Utilisasi

Utilisasi mempunyai pengaruh besar terhadap penentuan suatu kasus DRG's. oleh karena itu perlu dilakukan identifikasi : (a) kelas perawatan, (b) tindakan medis, (3) pemeriksaan penunjang, (d) obat-obatan, (e) alat kesehatan, (f) jasa medis dan paramedis

2.2.5. Indonesia *Diagnosis Related Groups* (INA-DRG) Depkes RI

Departemen Kesehatan Republik Indonesia telah menerbitkan konsep INA DRG, yang diterapkan kepada seluruh rumah sakit umum di seluruh Indonesia.

a. Pengertian INA-DRG

Diagnosis related groups (DRG) didefinisikan sebagai suatu sistem klasifikasi kombinasi beberapa jenis penyakit dan prosedur/tindakan pelayanan di suatu rumah sakit dan pembiayaan yang dikaitkan dengan mutu dan efektivitas pelayanan terhadap pasien. INA-DRG adalah DRG yang dibuat berdasarkan data-data/variabel dari rumah sakit di Indonesia (INA) (Depkes, 2007).

Sistem INA-DRG adalah sistem pemerataan, jangkauan dan berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam

pembiayaan kesehatan atau lazim disebut sebagai mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran yang lazim disebut dengan *Case-Mix*. Sistem INA-DRG ini juga dapat digunakan sebagai salah satu standar penggunaan sumber daya yang diperlukan dalam memberikan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Depkes. 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 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 1.077 kode DRG dari rawat jalan dan rawat inap, dapat dilihat pada tabel 2.1. berikut ini.

Tabel 2.1. *Major Diagnostic 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 Hepatobilliary System & Conn Tissue
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	Childbrith
15	Newborns & Other Neonates

MDC	Keterangan MDC
16	Diseases & Disorders of the Blood, Blood Forming Organs, Immunolog Disord
17	Myeloproliferative Diseases & Disorders, Poorly Differentiated Neoplasm
18	Infectious & Parasitic Diseases, Sistemik or Unspecified Sites
19	Mental Diseases & Disorders
20	Alcohol/Drug Use & Alcohol/Drug Induced Organic Mental Disorders
21	Injuries, Poisonings & Toxic Effects of Drug
22	Factors Influencing Health Status & Other Contacts with Health Services
23	Medical Outpatient Visits

Sumber: Depkes RI, 2007

b. Pengelompokan diagnosis penyakit dalam INA-DRG

Setiap kelompok dalam sistem INA-DRG disebut sebagai *Diagnosis Related Groups* (DRG's). Empat belas variabel untuk setiap kelas didapat dengan mengisi data sebagai berikut :

- 1) Identitas pasien (*identification*)
- 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 (hr) ketika masuk RS (*admit age in days*)
- 8) Umur (hr) ketika keluar RS (*discharge age in days*)
- 9) Jenis kelamin (*gender*)
- 10) Status kelaur RS (*discharge disposition*)
- 11) Berat lahir dalam gram (*Birth weight in grams*)
- 12) Diagnosis utama (*principal iagnosis*)
- 13) Diagnosis sekunder (*secondary daignosis*) (komplikasi dank o-morbidity)
- 14) Prosedur/pembedahan utama (*surgical procedures*)

c. Tiga langkah membentuk pengelompokan DRG

1. Diagnosa penyakit dimasukkan ke dalam kelompok *Major Diagnostic Categories/MDC* yang sesuai.
2. Setelah masuk ke dalam MDC, kemudian dilihat lagi apakah pasien menjalani pembedahan/prosedur/tindakan atau tidak.
3. Tingkat keparahan penyakit pasien ditentukan oleh *comorbidity*, komplikasi, umur, dan status pasien selama masa perawatan.

d. Keuntungan/Manfaat INA-DRG

1. Bagi rumah sakit
 - a) Transparansi tarif atas biaya pelayanan rawat inap dan rawat jalan di rumah sakit.
 - 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 (SDP).
- e) Menstandarisasi proses pelayanan kesehatan di rumah sakit.

2.3. *Clinical Pathway*

2.3.1. Definisi *Clinical Pathway*

Clinical pathway (Alur Pelayanan Medik) merupakan suatu konsep pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah yang diberikan kepada pasien berdasarkan standar pelayanan medis, standar asuhan keperawatan dan standar pelayanan tenaga kesehatan lainnya, yang berbasis bukti dengan hasil yang dapat diukur dan dalam jangka waktu tertentu selama di rumah sakit (Depkes RI, 2006).

Selain itu terdapat beberapa definisi lain mengenai *clinical pathway*, diantaranya:

1. *Clinical pathway* adalah suatu alat untuk mendapatkan perawatan yang terkoordinasikan hasil yang prima dalam suatu rentang waktu tertentu dengan menggunakan sumber daya yang tersedia (Amrizal, 2005).
2. *Clinical pathway* adalah suatu jadwal prosedur medis dan keperawatan termasuk di dalamnya tes diagnostik, pengobatan dan konsultasi yang dirancang untuk efisiensi dan pengkoordinasian program penatalaksanaan (Bleser, L.D, *et all*, 2004).
3. *Clinical/care pathway* adalah suatu metodologi untuk suatu pembuatan keputusan yang saling menguntungkan dan pengorganisasian pelayanan untuk suatu kelompok pasien dalam suatu jangka waktu tertentu (European Pathway Association, 2005).
4. *Clinical pathway* merupakan suatu rancangan penatalaksanaan multi disiplin klinis terbaik untuk suatu kelompok pasien dengan diagnosis tertentu yang dapat membantu koordinasi dan memberikan kualitas pelayanan yang prima (Lin, F, *et all*, 2005).
5. *Clinical pathway* merupakan suatu alat audit untuk manajemen dan klinis, dimulai sejak kegiatan pasien saat mendaftar dan berakhir saat pasien dinyatakan sembuh dan boleh pulang ke rumah. Ia menyatukan rencana

pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan terapi lain seperti gizi, fisioterapi dan kejiwaan (Amrizal, 2005).

Menurut Depkes RI, *clinical pathway* adalah suatu rencana multi disiplin dan merupakan praktek kolaborasi dengan pendekatan tim yang berfokus kepada pasien, serta mencatat kegiatan hari perhari secara sistematis dengan memasukan standar *outcome* (Depkes RI, 2006).

Clinical pathway bukan merupakan standar pelayanan atau pengganti penilaian klinis atau pengganti perintah dokter. Melainkan suatu dokumen yang terintegrasi untuk memudahkan proses perawatan pasien dan mengefektifkan pelayanan klinis dan finansial dengan menggabungkan pendekatan tim dan klinis (Amrizal, 2005).

European Pathway Association menggambarkan karakteristik *care pathway* adalah suatu pernyataan tujuan dan pelayanan berdasarkan bukti, pelayanan terbaik dan pengharapan pasien. Suatu pendokumentasian, monitoring dan evaluasi dari variasi pelayanan dan hasilnya dan identifikasi sumber daya yang pantas. Tujuan dari *care pathway* adalah untuk menjaga kualitas pelayanan dengan meningkatkan pelayanan, keamanan dan kepuasan pasien serta mengoptimalkan penggunaan sumber daya.

Prioritas untuk pembuatan *clinical pathway* menurut Depkes RI adalah:

1. Kasus yang sering ditemui
2. Kasus yang terbanyak
3. Biayanya tinggi
4. Perjalanan penyakit dan hasilnya dapat diperkirakan
5. Telah tersedia standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional

Menurut Hill terdapat empat komponen dalam *clinical pathway* (Sjaaf, 2006, Lin & Hsieh, 2005) adalah:

1. *Timeline*
2. Kategori pelayanan, aktivitas, dan intervensinya
3. Kriteria hasil jangka menengah dan jangka panjang
4. Variasi pencatatan

2.3.2. Latar Belakang *Clinical Pathway*

Pada tahun 1950, dunia perindustrian mesin di Amerika Serikat membuat suatu *critical pathway* dan menggunakan metode *process mapping*. Hal ini yang kemudian diadaptasi oleh dunia kesehatan Amerika Serikat pada tahun 1980 dengan membuat suatu *clinical pathway* untuk pelayanan. Mereka membahas kembali tentang pelayanan kesehatan yang telah diberikan dan hasilnya, serta lebih memfokuskan kepada penderita daripada sistem yang ada. Mereka juga mengembangkan suatu proses pelayanan yang efisien.

Pada tahun 1980, Inggris mengembangkan dan menggunakan *anticipated recovery pathway* untuk kepentingan keuangan dan menggunakan *clinical pathway* sebagai tolak ukur mutu. Selanjutnya dilakukan uji coba di daerah northwest London dengan membuat 12 contoh *pathways* pada sekitar tahun 1991-1992. Di tahun-tahun berikutnya model *anticipated recovery pathway* telah berevolusi menjadi *integrated care pathway*, yang benar-benar sangat memprioritaskan pasien dengan diberikannya layanan yang terbaik.

Pada tahun 1994 dibentuk suatu asosiasi yang disebut *national pathway association*, yang terus berkembang hingga sekarang. Tahun 2002, diluncurkan suatu data base yaitu *NeLH pathway data base* yang digunakan untuk saling berbagi informasi dan pengalaman mengenai penggunaan ICP dan proyek ICP di seluruh Inggris. Pada tahun yang sama diluncurkan pula *the international web portal* khusus mengenai ICP.

Semenjak saat itu hingga sekarang, ICP telah digunakan di banyak rumah sakit dan institusi-institusi kesehatan di Inggris. Selain Inggris, Negara-negara lain yang sudah menerapkan penggunaan ICP antara lain adalah Amerika Serikat, Kanada, Jerman, Selandia Baru, Australia, Belanda, Belgia dan masih banyak lagi lainnya (Amrizal, 2005).

2.3.3. Hubungan *Clinical pathway* dengan Standar Pelayanan Medis

Standar pelayanan medis merupakan suatu buku panduan yang disusun oleh ikatan profesi, dan disepakati sebagai standar pelayanan profesi terhadap pasien. Panduan ini belum ada utilisasi dalam tindakan pelayanan. Dengan sistem DRG, pembiayaan didapatkan dari utilisasi tindakan medis terhadap pasien.

pelayanan kesehatan dan asuhan keperawatan dengan terapi lain seperti gizi, fisioterapi dan kejiwaan (Amrizal, 2005).

Menurut Depkes RI, *clinical pathway* adalah suatu rencana multi disiplin dan merupakan praktek kolaborasi dengan pendekatan tim yang berfokus kepada pasien, serta mencatat kegiatan hari perhari secara sistematis dengan memasukan standar *outcome* (Depkes RI, 2006).

Clinical pathway bukan merupakan standar pelayanan atau pengganti penilaian klinis atau pengganti perintah dokter. Melainkan suatu dokumen yang terintegrasi untuk memudahkan proses perawatan pasien dan mengefektifkan pelayanan klinis dan finansial dengan menggabungkan pendekatan tim dan klinis (Amrizal, 2005).

European Pathway Association menggambarkan karakteristik *care pathway* adalah suatu pernyataan tujuan dan pelayanan berdasarkan bukti, pelayanan terbaik dan pengharapan pasien. Suatu pendokumentasian, monitoring dan evaluasi dari variasi pelayanan dan hasilnya dan identifikasi sumber daya yang pantas. Tujuan dari *care pathway* adalah untuk menjaga kualitas pelayanan dengan meningkatkan pelayanan, keamanan dan kepuasan pasien serta mengoptimalkan penggunaan sumber daya.

Prioritas untuk pembuatan *clinical pathway* menurut Depkes RI adalah:

1. Kasus yang sering ditemui
2. Kasus yang terbanyak
3. Biayanya tinggi
4. Perjalanan penyakit dan hasilnya dapat diperkirakan
5. Telah tersedia standar pelayanan medis dan standar prosedur operasional!

Menurut Hill terdapat empat komponen dalam *clinical pathway* (Sjaaf, 2006, Lin & Hsieh, 2005) adalah:

1. *Timeline*
2. Kategori pelayanan, aktivitas, dan intervensinya
3. Kriteria hasil jangka menengah dan jangka panjang
4. Variasi pencatatan

karena itu standar *clinical pathway* dapat menyatukan antara standar pelayanan medik yang ada dengan sistem DRG.

2.4. Kasus Ibu Nyaris Meninggal (*Maternal Nearmisses*)

Kasus Ibu Nyaris meninggal adalah suatu kondisi resiko terjadinya kematian pada ibu hamil, melahirkan dan seminggu setelah melahirkan (WHO, 2005). Walaupun secara definitif, WHO belum memiliki definisi yang pasti tentang kasus ibu nyaris meninggal ini. Diperkirakan ada 5 faktor yang menyebabkan kejadian ibu nyaris meninggal, yaitu masuk ICU, mendapatkan transfusi darah, *hysterectomy*, eklampsia, *cardiac* dan *renal complication* (WHO, 2005). Kejadian ibu nyaris meninggal ini erat kaitannya dengan angka kematian ibu (AKI).

Diperkirakan setiap tahun 8 juta ibu mengalami komplikasi terkait kehamilan, dan lebih dari setengah jutanya mati. Di negara berkembang, 1 orang dari 16 ibu mati karena komplikasi kehamilan. Hal ini sangat berbeda jauh dengan kondisi di negara maju, yang angkanya menunjukkan 1 orang dari 5000 ibu yang mati karena komplikasi kehamilan (Sismadi, 2009)

Kasus ibu nyaris meninggal di RSIA BK ditetapkan oleh tim *nearmiss* secara khusus. Angka kejadian ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan pada tahun 2008 sebanyak 146 kasus (Fajariah, 2009). Sedangkan ratio kematian ibu dengan kasus ibu nyaris meninggal di RSIA BK sebesar 1 : 29,2, sehingga dapat dikatakan bahwa terjadi 1 kematian ibu dari 29,2 kasus.

Pada kasus ibu nyaris meninggal, penyebabnya dapat diketahui dan lebih dari 80% kematian maternal pada ibu nyaris meninggal ini dapat dicegah (Sismadi, 2009). Kejadian ibu nyaris meninggal lebih tepat disebut sebagai morbiditas berat yang sangat parah. Nyaris meninggal terjadi saat seorang wanita mengalami komplikasi berat dan hampir mati. Faktor penyebab yang dapat dihindarkan pada kasus nyaris meninggal ini biasanya sama dengan faktor-faktor yang dapat menyebabkan kematian pasien. Kenyataannya, terdapat lebih banyak kasus nyaris meninggal daripada kematian di fasilitas pelayanan kesehatan (Sismadi, 2009).

Indeks kematian ibu mencerminkan ukuran standar pelayanan bagi pasien wanita yang menderita komplikasi serius. Dengan manajemen yang baik, pasien wanita yang mengalami sakit parah hanya akan mengalami nyaris meninggal dan tidak sampai mati. Karenanya, nilai indeks kematian maternal yang rendah menunjukkan tingginya standar pelayanan dan tingginya indeks menunjukkan sebaliknya (Adisasmita, 2008).

Menurut Benin (2005), definisi nyaris meninggal adalah komplikasi obstetrik yang berat dan mengancam keselamatan jiwa yang memerlukan intervensi medis segera untuk mencegah kematian yang sudah diambang pintu. Pengertian tentang pertolongan medis segera ditekankan dalam definisi karena penelitian tersebut terfokus pada kondisi akut yang dapat mengancam jiwa ibu.

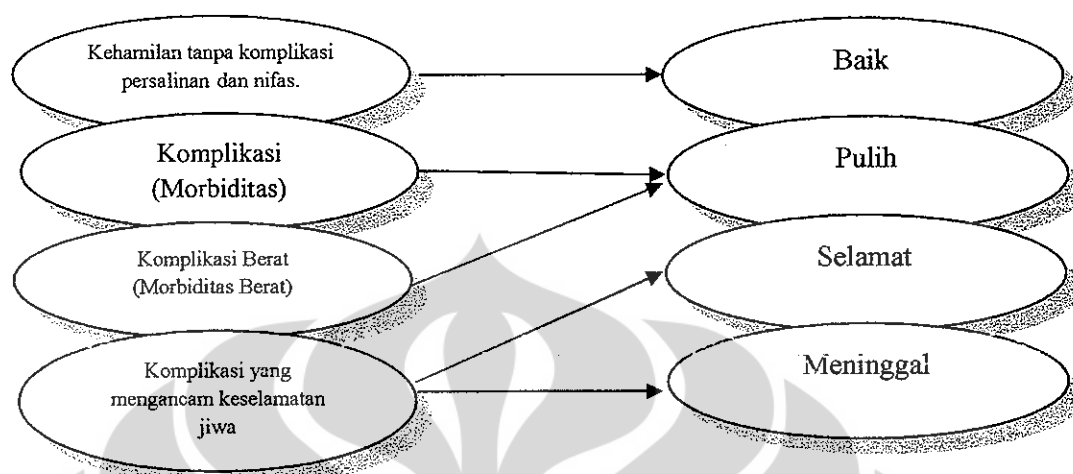
Studi di Afrika Selatan menemukan fakta tentang adanya wanita yang selamat atau bertahan hidup tanpa sentuhan asuhan medis sehingga mereka menggunakan definisi nyaris meninggal sebagai berikut: perempuan dengan kondisi yang sangat parah sehingga dipastikan akan mati dan hanya terselamatkan oleh nasib baik atau adanya asuhan yang adekuat (Dibalik Angka, Bakti Husada: 127-140).

Nyaris meninggal itu suatu istilah, dimana hampir terjadi suatu kesalahan/kecelakaan, tetapi hal itu disadari tepat waktu dan tidak terjadi (www.wordpress.com).

2.4.1. Proses Terjadinya Nearmiss

Kehamilan diantara kedua ujung ekstrim rangkaian normal dan kematian.

Gambar 1. Spektrum Kehamilan antara Normal dan kematian



2.4.2. Tanda Dan Gejala Kasus Nyaris meninggal Kebidanan

Tanda dan gejala klinik dibangun dari diagnosis dan komplikasi obstetri dan cenderung akan terfokus pada penyebab utama kematian ibu seperti misalnya:

1. Perdarahan

Perdarahan yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan nifas. Perdarahan yang dapat dijadikan criteria kasus nyaris meninggal adalah perdarahan ≥ 1500 mL (bila dapat diukur) atau perdarahan yang dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah atau diikuti dengan syok.

2. Hipertensi

Hipertensi yang terjadi pada saat kehamilan, persalinan dan nifas yang berkomplikasi menjadi pre-eklamsi hingga menimbulkan eklamsi atau HELLP *Syndrom*.

3. Sepsis

Sepsis adalah suatu infeksi di dalam aliran darah. Jika tidak segera diatasi, sepsis bisa menyebabkan infeksi di seluruh tubuh (infeksi *metastatic*) oleh karena itu sepsis merupakan masalah yang serius, dengan resiko kematian yang tinggi.

2.4.3. Kasus *Nearmiss* Kebidanan

1. Plasenta Previa

Plasenta previa adalah plasenta yang letaknya abnormal, yaitu pada segmen bawah rahim sehingga dapat menutupi sebagian atau seluruh pembukaan jalan lahir. Pada keadaan normal plasenta terletak di bagian atas uterus.

Penanganan Terapi Spesifik :

a. Terapi ekspektatif

Tujuan terapi ekspektatif ialah supaya janin tidak terlahir premature, penderita dirawat tanpa melakukan pemeriksaan dalam melalui kanalis servikalis. Upaya diagnosis dilakukan secara non-invasif. Pemanatauan klinis dilaksanakan secara ketat dan baik. Syarat-syarat terapi ekspektatif, antara lain :

- 1) Kehamilan preterm dengan perdarahan sedikit yang kemudian berhenti
 - a) Belum ada tanda-tanda *inpartu*.
 - b) Keadaan umum ibu cukup baik (kadar hemoglobin dalam batas normal).
 - c) Janin masih hidup.
- 2) Rawat inap, tirah baring, dan berikan antibiotik profilaksis.
- 3) Lakukan pemeriksaan USG untuk mengetahui implantansi plasenta, usia kehamilan, profil bioksis, letak, dan presentasi janin.
- 4) Berikan tokolitik bila ada kontraksi:
 - a) $MgSO_4$ 4 gram IV dosis awal dilanjutkan 4 gram setiap 6 jam
 - b) Nifedipine 3 x 20 mg/hari
 - c) Betamethason 24 mg IV dosis tunggal untuk pematangan paru janin .
- 5) Uji pematangan paru janin dengan tes kocok (*bubble Test*) dari hasil amniosentesis.
- 6) Bila setelah usia kehamilan di atas 34 minggu, plasenta masih berada di sekitar ostium uteri internum, maka dengan plasenta previa menjadi jelas, sehingga perlu dilakukan observasi dan konseling untuyk menghadapi kemungkinan keadaan gawat darurat.
- 7) Bila perdarahan berhenti dan waktu untuk mencapai 37 minggu masih lama, pasien dapat dipulangkan untuk rawat jalan (kecuali apabila rumah pasien di luar kota dan jarak untuk mencapai rumah sakit lebih dari 2 jam) dengan pesan untuk segera kembali ke rumah sakit apabila terjadi perdarahan ulang

b. Terapi Aktif (Tindakan Segera)

- 1) Wanita hamil di atas 22 minggu dengan perdarahan pervaginam yang aktif dan banyak, harus segera ditatalaksana secara aktif tanpa memandang maturitas janin
- 2) Untuk diagnosis plasenta previa dan menentukan cara menyelesaikan persalinan, setelah semua persyaratan dipenuhi, lakukan PDMO jika:
 - a) Infus/transfusi telah terpasang, kamar, dan tim operasi telah siap.
 - b) Kehamilan ≥ 37 minggu (berat badan ≥ 2500 gram) dan *in partu*.
 - c) Janin telah mati atau terdapat *anomaly congenital mayor*.
 - d) Perdarahan dengan bagian terbawah janin telah jauh melewati pintu atas panggul (2/5 atau 3/5 pada palpasi luar).

2. Perdarahan *Post Partum*

Perdarahan *post partum* atau *haemorrhage post partum* (HPP) adalah perdarahan pervaginam yang melebihi 500 cc, terjadi pada kala III dan IV atau selama 24 jam pertama setelah lahir.

a. Atonia Uteri

Atonia Uteri adalah tidak adanya tonus uterus setelah anak lahir, sehingga menimbulkan perdarahan (kontraksi tidak terjadi selama 15 detik). Penyebabnya adalah *inertia uteri*, *grande multipara*, infeksi *intrapartum*, anemia berat, vesika *urinaria* terlalu penuh, dan partus lama. Gejalanya adalah perdarahan pervaginam, konsistensi uterus lunak, fundus uteri naik dan tanda-tanda syok.

b. Retensio Plasenta

Retensio plasenta adalah plasenta belum lahir 30 menit setelah anak lahir. Penyebabnya adalah:

- 1) Faktor ibu : multi paritas, kehamilan ganda.
- 2) Faktor uterus : luka bekas SC sering menjadi tempat plasenta tertanam, atonia uteri.
- 3) Faktor plasenta : plasenta previa.

- 4) Kesulitan yang mungkin dijumpai waktu pelepasan plasenta manual: lingkaran konstnsik, lokasi plasenta pada dinding depan, plasenta tidak dapat dilepas secara manual (plasenta akreta).

Klasifikasi retensio plasenta, antara lain:

- 1) Berdasarkan luasnya
 - a) Total : sel melekat pada miometrium.
 - b) Parsial : ada satu atau lebih kotiledon atau sebagian melekat.
- 2) Berdasarkan dalamnya
 - a) Akreta : vili khorialis sampai miometrium.
 - b) Inkreta : vili khorialis menembus miometrium.
 - c) Perkreta : vili khorialis keluar miometrium bahkan melewati dinding uterus atau perimetrium.

Retensio plasenta dibagi 4, yaitu:

- 1) Terlepas tetapi tertahan tidak ada tenaga yang mendorong keluar.
- 2) Terlepas tetapi terjebak (inkarserata) : konstnsi rahim atau spasme serviks yang menyebabkan plasenta terperangkap dalam segmen atas rahim.
- 3) Melekat tetapi dapat dipisahkan (*adhesiva*) : plasenta tidak dapat terlepas sendiri dari dinding rahim. Penyebab kegagalan konstnsi normal atau retraksi kala II, abnormalitas desidua yang mencegah terbungunya lempengan desidua yang normal.
- 4) Dengan melekatnya tidak dapat dipisahkan (plasenta akreta). Plasenta akreta dengan berbagai derajat, desidua normal tidak ada vili khorialis langsung melekat serta menembus mioma uteri.

c. Robekan Jalan Lahir

Robekan jalan lahir adalah perlukaan pada jalan lahir. Daerah yang sering terkena, meliputi dinding samping vagina, forniks, serviks, daerah klitoris. Penyebabnya, antara lain:

- 1) Persalinan lama.
- 2) Kelahiran yang menggunakan forceps, ekstraksi *vacum* atau ekstraksi pada bokong sebelum serviks berdilatasi.
- 3) Persalinan presipitatus.

d. Gangguan Pembekuan Darah

Gangguan pembekuan darah adalah kelainan pembekuan darah misalnya hipofibrinogenemia yang sering dijumpai pada:

- 1) Perdarahan yang banyak.
- 2) Solusio plasenta.
- 3) Kematian janin yang lama dalam kandungan.
- 4) Pre-eklamsi dan eklamsi.
- 5) Infeksi.

3. Diagnosa Perdarahan Pasca Persalinan

Tabel 2.2. Diagnosa Perdarahan Pasca Persalinan

Gejala dan Tanda yang Selalu Ada	Gejala dan Tanda yang kadang Ada	Diagnosa
<ul style="list-style-type: none"> • Uterus tidak berkontraksi dan lembek. • Perdarahan segera setelah anak lahir 	<ul style="list-style-type: none"> • Syok. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atonia uteri.
<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan segera (P₃). • Darah segar yang mengalir segera setelah bayi lahir (P₃). • Uterus kontraksi baik. • Plasenta lengkap. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pucat. • Lemah. • Menggigil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Robekan jalan lahir.
<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta belum lahir setelah 30 menit. • Perdarahan segera P₃. • Uterus kontraksi baik. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tali pusat putus akibat traksi berlebihan. • Inversio uteri akibat tarikan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Retensio plasenta.
<ul style="list-style-type: none"> • Plasenta atau sebagian selaput (mengandung pembuluh darah) tidak lengkap. • Perdarahan segera (P₃). 	<ul style="list-style-type: none"> • Perdarahan lanjutan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tertinggalnya sebagian plasenta.

Gejala dan Tanda yang Selalu Ada	Gejala dan Tanda yang kadang Ada	Diagnosa
<ul style="list-style-type: none"> • Uterus tidak teraba. • Lumen vagina terisi massa. • Tampak tali pusat (jika plasenta belum lahir). • Perdarahan segera (P₃). • Nyeri sedikit atau berat. • Sub-involusi uterus. • Nyeri tekan perut bawah. • Perdarahan > 24 jam setelah persalinan. Perdarahan sekunder atau P₂ S. Perdarahan bervariasi (ringan atau berat, terus menerus atau tidak teratur) dan berbau (jika disertai infeksi). 	<ul style="list-style-type: none"> • Uterus berkontraksi tetapi TFU tidak berkurang. • Syok neurogenik. • Pucat dan limbung. • Anemia. • Demam. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inversio uteri. • Perdarahan terlambat. Endometritis atau sisa plasenta (terinfeksi) atau tidak.

Sumber: Fajriah (2008)

4. Penanganan Umum *Haemorarge Post Partum*

Penanganan umum *haemorarge post partum*, antara lain:

- a. Segera memobilisasi tim yang ada dan menggunakan fasilitas tindakan gawat darurat.
- b. Lakukanlah pemeriksaan secara cepat, keadaan umum ibu dan TTV (nadi, TD, suhu, dan pernafasan).
- c. Jika dicurigai adanya syok, segera lakukan tindakan. Jika tanda-tanda syok tidak terlihat ingatlah untuk melakukan evaluasi lanjut karena status wanita tersebut dapat memburuk dengan cepat. Jika terjadi syok, segera mulai penanganan syok.
- d. Pastikan bahwa kontraksi uterus baik.
 - 1) Keluarkan bekuan darah. Bekuan darah yang terperangkap di uterus akan menghalangi kontraksi uterus yang efektif.
 - 2) Berikan oksitosin 10 unit/i.m.
- e. Pasang infus larutan fisiologis (RL atau NaCl).
- f. Lakukan kateterisasi dan pantau cairan keluar masuk.
- g. Periksa kelengkapan plasenta.
- h. Periksa kemungkinan robekan serviks, vagina dan perineum.
- i. Jika perdarahan terus berlangsung, lakukan uji beku darah.

- j. Setelah perdarahan teratasi (24 jam setelah perdarahan berhenti), periksa kadar hemoglobin :
- 1) Jika Hb < 7 g/dl atau hematokrit < 20 % (anemia berat). Berilah sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 120 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan.
 - 2) Jika Hb 7 – 11 g/dL. Berilah sulfas ferrosus 600 mg atau ferrous fumarat 60 mg ditambah asam folat 400 mcg per oral sekali sehari selama 6 bulan.
 - 3) Pada daerah endemik cacing gelang (prevalensi sama atau lebih dari 20%). Berikan terapi albendasol 40 mg/oral 1 kali atau mebendasol 500 mg/oral sekali atau 100 mg 2 kali sehari selama 3 hari.

5. Preeklampsia/Eklamsia

Pre-eklamsia adalah timbulnya hipertensi disertai proteinuria setelah usia kehamilan 20 minggu atau segera setelah persalinan. Eklamsia adalah pre-eklamsia yang disertai kejang dan atau koma yang timbul bukan akibat kelainan neurologi. Superimposed pre-eklamsia adalah timbulnya pre-eklamsia pada pasien yang menderita hipertensi kronik. Komplikasi yang sering menyertai kondisi pre-eklamsia antara lain:

- a. Komplikasi yang terberat adalah kematian ibu dan bayi.
- b. Solusio plasenta.
- c. Hipofibrinogenemia.
- d. Hemolisis. Penderita PEB kadang menunjukkan gejala klinik hemolisis yang dikenal dengan ikterus.
- e. Perdarahan otak (penyebab utama kematian maternal).
- f. Kelainan mata.
- g. Oedema paru-paru.
- h. Nekrosis hati.
- i. HELLP *syndrome*.
- j. *Disseminated Intravascular Coagulation*.
- k. Prematuritas, dismaturitas dan kematian janin *intrauterine*.

BAB 3

GAMBARAN UMUM RSIA BUDI KEMULIAAN

Perkumpulan Budi Kemuliaan didirikan oleh sekelompok wanita-wanita Belanda yang mempunyai kedudukan penting didalam masyarakat, pada tahun 1912 pada tanggal 1 September. Satu tahun sesudah keluar dan beredar buku berjudul *Door Duisternis Tot Idcht* yang diterbitkan oleh Mr. J.H. Abendanon pada tahun 1911. Buku tadi merupakan kumpulan surat-surat R.A. Kartini yang dikirim kepada teman - temannya di Negara Belanda. Tahun 2008 Perkumpulan Budi Kemuliaan dan usaha - usaha yang dalam pengelolaannya menjalankan usaha dengan nilai-nilai dasar yang diilhami oleh pemikiran Ibu kartini telah berhasil merumuskan Falsafah, Visi dan Misi serta tata nilai dalam bentuk tertulis yang disepakati oleh setiap warga Budi Kemuliaan.

3.1. Falsafah Budi Kemuliaan

Kami, warga Budi Kemuliaan berkeyakinan bahwa:

1. Masyarakat suatu bangsa hanya akan tumbuh dan berkembang menjadi bangsa yang bermartabat apabila bangsa tersebut sehat, cerdas dan berakhlak mulia.
2. Mencerdaskan dan menyehatkan perempuan, sebagai bagian dari keluarga, mutlak diperlukan dan berperan besar untuk mendapatkan generasi baru yang lebih berkualitas.
3. Adalah sebuah kehormatan, kebaikan dan bagian dari ibadah, terlibat aktif dalam upaya menyehatkan dan mencerdaskan kehidupan bangsa.
4. Warga Budi Kemuliaan dan setiap pihak yang berhubungan dengan Budi Kemuliaan adalah insan yang bermartabat.
5. Semangat kekeluargaan merupakan modal dasar untuk maju dan bertumbuh-kembang bersama.
6. Budi Kemuliaan adalah wahana untuk melakukan kebijakan guna membangun keluarga yang sehat, cerdas, dan berakhlak mulia.

3.2. Tata Nilai Budi Kemuliaan

Kami, warga Budi Kemuliaan, hidup dengan menjunjung tinggi akhlak mulia yang senantiasa diwujudkan dalam sikap dan perilaku:

1. Jujur.
2. Ikhlas.
3. Profesional.
4. Kekeluargaan.
5. Memberi yang terbaik.

3.3. Visi Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan :

Menjadi lembaga kesehatan yang diakui mampu menyediakan upaya pelayanan terbaik yang terjangkau oleh semua lapisan masyarakat, dengan semangat pengabdian dan kekeluargaan, untuk mewujudkan generasi penerus yang lebih berkualitas.

3.4. Misi Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan

Menjamin tumbuh dan berkembangnya generasi penerus yang lebih berkualitas melalui penyelenggaraan serta pengembangan upaya terbaik dan terjangkau yang berbasis komunitas secara berkesinambungan di bidang pelayanan kesehatan, pendidikan, pelatihan dan penelitian.

3.5. Tujuan dan Moto Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan Tahun 2013

1. Tujuan Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan Tahun 2013

- a. Lembaga Kesehatan dengan struktur organisasi dan sistem manajemen yang mampu merespon Pelayanan, Pendidikan, Pelatihan dan penelitian secara integral.
- b. Lembaga Kesehatan yang telah dapat melaksanakan secara optimal Kesehatan Reproduksi Esensial dan menyiapkan strategi pengembangan menuju Kesehatan Reproduksi Komprehensif dan Spesial.
- c. Lembaga Kesehatan yang mampu mengidentifikasi dan membuat strategi serta menghasilkan riset-riset yang dapat menimbulkan perubahan bermakna dalam masyarakat serta memulai riset kolaboratif.

- d. Lembaga Kesehatan yang telah mampu melaksanakan pendidikan dan pelatihan yang menghasilkan sumber daya manusia yang menjadi *agent of change* (mata rantai perubahan).

2. Motto Lembaga Kesehatan Budi Kemuliaan Tahun 2013

Lembaga Budi Kemuliaan ada dan mulia dimana-mana.

3.6. Perkumpulan Budi Kemuliaan

1. Mempunyai dua badan pengelola usaha pelayanan kesehatan reproduksi (RSIA Budi Kemuliaan) dan Pendidikan Kesehatan Reproduksi (Akademi Kebidanan).
2. Penatalaksanaan pasien yang tidak dapat/kurang mampu membayar mendapat subsidi dari Kebijakan Pelayan Kesehatan.
3. Pasien pelayanan berjenjang yaitu pelayanan yang diberikan oleh Tim Bidan, Perawat, Dokter umum dan Dokter Pasien pribadi dokter yaitu pelayanan yang diberikan oleh dokter yang dipilih pasien.
4. Penatalaksanaan pasien yang tidak dapat/kurang membayar sampai 2007 diberikan subsidi dari Pemda DKI yang sebelumnya ditanggung oleh RSB BK namun sejak 2003 PEMDA DKI melalui Bapel dapat membantu biaya dengan cara sharing pada pasien dengan SKTM yang jumlahnya terus meningkat dari tahun ketahun.
5. Subsidi untuk masyarakat yang tidak mampu yang telah diberikan oleh Pemda DKI (1980 – 1997) Rp. 20.000.000 – 25.000.000/tahun
6. Penatalaksanaan pasien yang tidak dapat/kurang membayar sampai 2008 subsidi yang diberikan.

Tabel 3.1. Subsidi Dana dan Jumlah Pasien Tidak Mampu yang Dilayani RSIA BK

Tahun	Jumlah Dana	Jumlah Pasien
2001	Rp 148.213.845	266
2002	Rp 254.243.440	372
2003	Rp 567.874.540	419
2004	Rp 773.322.237	541
2005	Rp 874.249.847	664
2006	Rp 2.107.754.371	1.111
2007	Rp 4.518.468.252	2.034
2008	Rp 9.801.772.772	3.415

Tabel 3.1 menunjukkan bahwa peningkatan biaya dari tahun 2006 sampai 2008 sampai 4 kali lipat, dengan pertumbuhan pasien 3 kali lipat.

3.7. Fasilitas yang Dimiliki

1. Rawat jalan didukung oleh 10 poliklinik di 4 (empat) lantai.
2. Rawat inap 122 tempat tidur yang terletak di 7 (tujuh) lantai.
3. Penunjang medis, meliputi:
 - a. Laboratorium lengkap, tes infertilitas.
 - b. Instalasi Farmasi 24 jam.
 - c. USG 4 dimensi, CTG.
 - d. Radiologi .
 - e. Bank Darah.
4. Jumlah Poliklinik
 - a. Poliklinik Obstetri.
 - b. Poliklinik Ginekologi.
 - c. Poliklinik KB.
 - d. Pemeriksaan Bayi dan Anak.
 - e. Poliklinik Khusus/kamar 6.
 - f. Poliklinik Khusus/kamar 4.
 - g. Poliklinik Gigi.

- h. Poliklinik Praktek Sore (ibu dan bayi).
5. Sumber Daya Manusia RSIA Budi Kemuliaan.

Tabel 3.2. Sumber Daya Manusia RSIA Budi Kemuliaan Jakarta

No	Uraian	Jumlah	
		Purna waktu	Paruh waktu
1.	Dokter Spesialis Kebidanan & Kandungan	7	4
2.	Dokter Spesialis Anak	4	4
3.	Dokter Spesialis Anastesi	-	6
4.	Dokter Spesialis Bedah	-	1
5.	Dokter Spesialis Penyakit Dalam	-	1
6.	Dokter Spesialis Bedah Orthopedi	-	1
7.	Dokter Umum	12	2
8.	Dokter Gigi	2	-
9.	Bidan	123	-
10.	Perawat	49	1
11.	Penata Anastesi	1	7
12.	Penunjang Medis	115	-
13.	Non Medis	151	1

Sumber: Profil RSIA Budi Kemuliaan 2009

6. Cabang Budi Kemuliaan
- a. RB Budi Kemuliaan Dempo.
 - b. RB Budi Kemuliaan Guntur.
 - c. BKIA Budi Kemuliaan Petasan.
 - d. RB Budi Kemuliaan Petojo.
 - e. RB Budi Kemuliaan Grogol.
 - f. RB Budi Kemuliaan Pekojan.

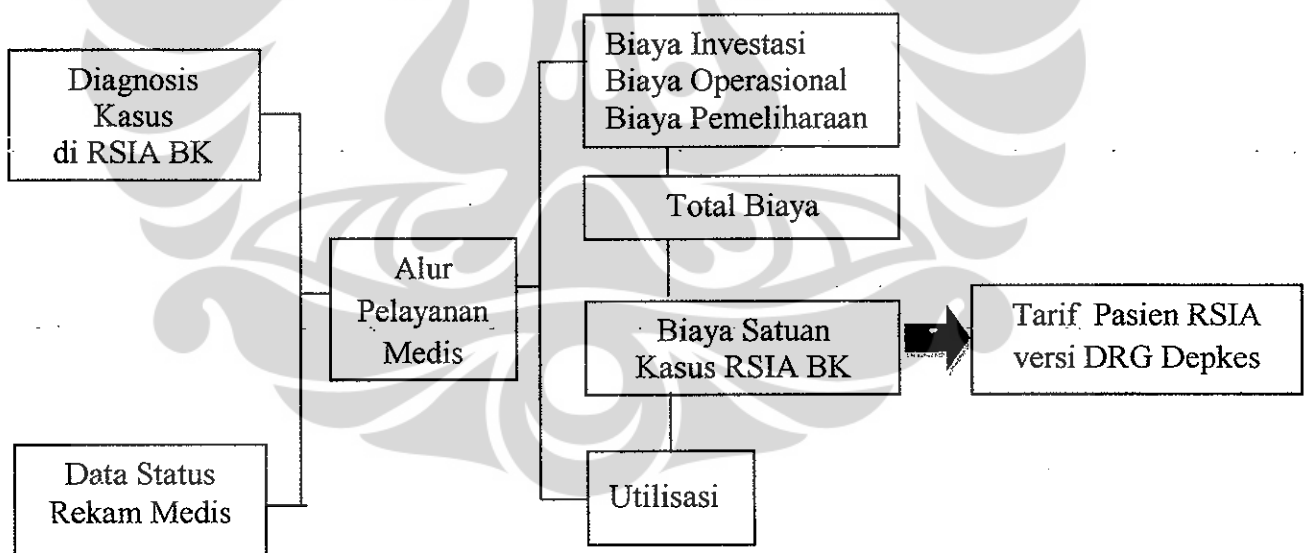
BAB 4 KERANGKA KONSEP

Kerangka konsep penelitian ini didasari oleh teori perhitungan biaya tindakan berdasarkan pengelompokan penyakit menurut diagnosis (DRG). Metode perhitungan biayanya menggunakan pendekatan ABC (*Activity Base Costing*) dengan simpel distribusi.

Kasus-kasus yang akan dikaji adalah ibu yang nyaris meninggal di Rumah Sakit Budi Kemuliaan pada tahun 2009. Penelitian ini diawali dengan melihat gambaran kasus ibu nyaris meninggal di RSIA BK tahun 2009, selanjutnya dilihat pelayanan medik yang diterima oleh pasien.

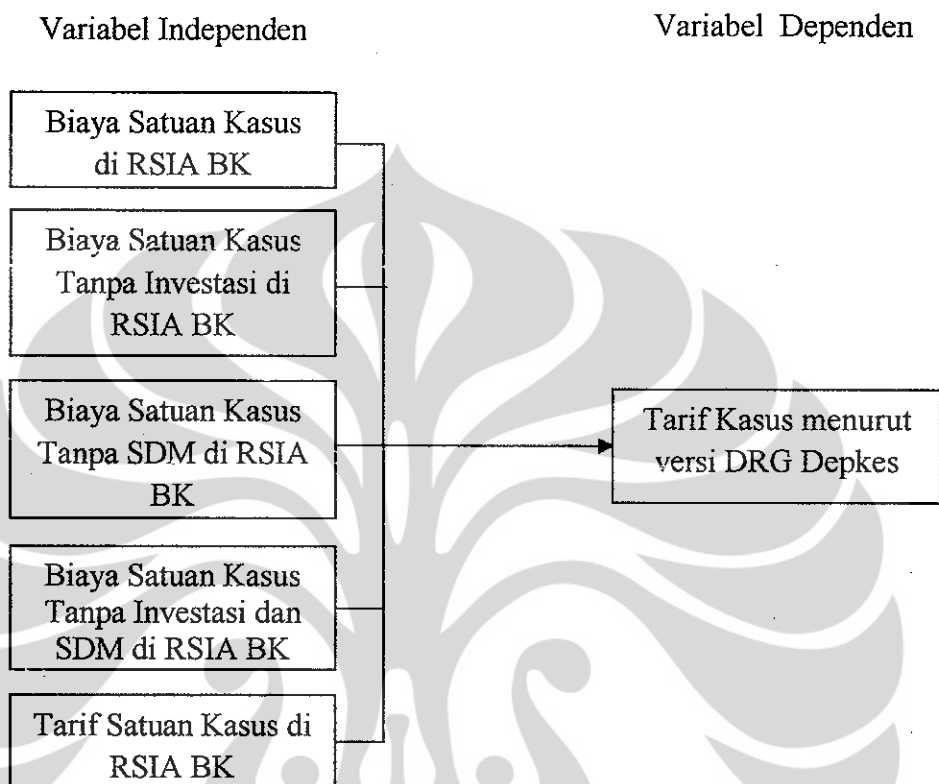
4.1. Kerangka Pikir

Gambar 4.1. Kerangka Pikir Penelitian



4.2. Kerangka Konsep

Gambar 4.2. Kerangka Konsep Penelitian



4.3. Definisi Operasional

Definisi operasional merupakan batasan pengertian mengenai variabel yang akan diteliti.

Tabel 4.1. Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Alat ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1.	Biaya Satuan Kasus di RSIA BK	Biaya satuan pasien nyaris meninggal di RSIA BK yang dikelompokkan menurut kelompok diagnose DRG Depkes RI	<i>Activity Base Costing (ABC) dan Simple Distribution.</i>	Matriks alur pelayanan medis	Rupiah	Ordinal
2.	Biaya Satuan Kasus Tanpa Investasi di RSIA BK	Biaya satuan pasien nyaris meninggal dengan sensitifitas tanpa biaya investasi di RSIA BK yang dikelompokkan menurut kelompok diagnose DRG Depkes RI	<i>Activity Base Costing (ABC) dan Simple Distribution.</i>	Matriks alur pelayanan medis	Rupiah	Ordinal
3.	Biaya Satuan Kasus Tanpa SDM di RSIA BK	Biaya satuan pasien nyaris meninggal dengan sensitifitas tanpa biaya SDM di RSIA BK yang dikelompokkan menurut kelompok diagnose DRG Depkes RI	<i>Activity Base Costing (ABC) dan Simple Distribution.</i>	Matriks alur pelayanan medis	Rupiah	Ordinal
4.	Biaya Satuan Kasus Tanpa Investasi dan SDM di RSIA BK	Biaya satuan pasien nyaris meninggal dengan sensitifitas tanpa biaya investasi dan SDM di RSIA BK yang dikelompokkan menurut kelompok diagnose DRG Depkes RI	<i>Activity Base Costing (ABC) dan Simple Distribution.</i>	Matriks alur pelayanan medis	Rupiah	Ordinal
5.	Tarif satuan kasus di RSIA BK	Tarif satuan kasus pasien nyaris meninggal di RSIA BK yang dikelompokkan menurut kelompok diagnose DRG Depkes RI	Laporan Akuntansi RSIA BK	Matriks tarif pasien	Rupiah	Ordinal
6.	Tarif Kasus menurut versi DRG Depkes	Tarif satuan kasus pasien nyaris meninggal menurut standar tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes RI	Buku Tarif DRG Depkes RI	<i>Software</i> DRG Depkes RI	Rupiah	Ordinal

4.4. Hipotesis

1. Tidak ada perbedaan rata-rata total biaya satuan pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan Depkes RI.
2. Tidak ada perbedaan rata-rata total biaya satuan dikurangi biaya investasi pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan Depkes RI.
3. Tidak ada perbedaan rata-rata total biaya satuan dikurangi biaya SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan Depkes RI.
4. Tidak ada perbedaan rata-rata total biaya satuan dikurangi biaya investasi dan SDM pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan Depkes RI.
5. Tidak ada perbedaan rata-rata tarif pada pasien nyaris meninggal yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG yang diterbitkan Depkes RI.

BAB 5 METODOLOGI PENELITIAN

5.1. Jenis penelitian

Jenis penelitian ini adalah kuantitatif analitik, dengan menggunakan data sekunder yang dikumpulkan secara *retrospektif study* berdasarkan data tahun 2009.

5.2. Populasi dan sampel

Populasi target penelitian ini adalah seluruh pasien ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan pada tahun 2009. Sedangkan populasi studinya adalah pasien nyaris meninggal yang status rekam medisnya lengkap.

Sampel penelitian ini adalah seluruh populasi pasien ibu nyaris meninggal di Rumah Sakit Budi Kemuliaan pada tahun 2009. Oleh karena sampel yang diambil adalah seluruh populasi tahun 2009, maka tidak dilakukan perhitungan sampel.

5.3. Lokasi penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Ibu Anak (RSIA) Budi Kemuliaan, yang beralamat di Jalan Budi Kemuliaan, Tanah Abang, Jakarta Pusat.

5.4. Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan selama 6 bulan, dari bulan Januari sampai dengan Juni 2010.

5.5. Data

5.5.1. Sumber Data

Data yang dipergunakan adalah data sekunder yang terkait tindakan dan keuangan pada kasus-kasus ibu nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan pada tahun 2009.

5.5.2. Pengolahan Data

Untuk mendapatkan variabel dependent (bebas), dilakukan perhitungan manual biaya satuan dengan menggunakan metode *Activity Base Costing* (ABC). Metode ABC dilakukan dengan cara mengidentifikasi langkah-langkah alur pelayanan medis yang diterima oleh pasien nyaris meninggal. Selanjutnya dengan pendekatan ABC dilakukan identifikasi tindakan, obat, BHP, BMHP, SDM, bangunan dan alat-alat yang dipergunakan oleh pasien. Dalam penelitian ini dilakukan identifikasi alur pelayanan medis di semua pasien dan dihitung biaya satuannya di semua pasien nyaris meninggal.

Biaya satuan ini dibuat beberapa kelompok, pertama adalah biaya satuan total, kedua adalah biaya satuan total dikurangi investasi yang dinamakan sensitivitas 1, ketiga adalah biaya satuan total dikurangi SDM yang dinamakan sensitivitas 2, keempat adalah biaya satuan total dikurangi investasi dan SDM yang dinamakan sensitivitas 3.

Kelompok variabel dependen lainnya adalah tarif pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan yang didapatkan dari bagian akuntansi RSIA Budi Kemuliaan.

Untuk mendapatkan variabel independen, dilakukan identifikasi diagnosis utama untuk diagnosis akhir, dari pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan. Selanjutnya diagnosis tersebut dilakukan koding oleh petugas klaim di RSU, sehingga diketahui diagnosis utama, diagnosis sekunder dan prosedur-prosedur yang didapatkan oleh pasien. Bersama data-data lain, seperti tanggal masuk-keluar pasien, umur pasien, kelas perawatan, maka dilakukan pengentrian ke dalam soft ware INA DRG Depkes RI. Dari input data kemudian dihasilkan output berupa kelompok diagnosis, kode kelompok, dan tarif DRG RS tipe C. Selanjutnya dengan menggunakan buku pedoman tarif DRG Depkes ditelusuri data tarif setiap pasien untuk versi DRG RS tipe B dan tipe A.

Untuk melakukan analisis univariat dilakukan simulasi tarif, dimana dilakukan simulasi penggunaan tarif DRG RS tipe C, B dan A untuk mengetahui tingkat selisih pendapatan dan CRR RSIA Budi Kemuliaan seandainya menggunakan kebijakan tarif DRG.

Untuk melakukan analisis bivariat, variabel dependen dan independen dilakukan uji beda rata-rata dengan uji *T test* menggunakan *software* statistik. Sehingga dapat diketahui beda rata-rata antara kelompok dependen dan independen tersebut berbeda atau tidak.

5.5.3. Proses Penelitian

a. Pemilihan RSIA Budi Kemuliaan sebagai Objek Penelitian

RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit swasta non profit yang berorientasi nirlaba, yang setara dengan rumah sakit tipe C. RSIA Budi Kemuliaan merupakan salah satu mitra dari Dinas Kesehatan Propinsi DKI dalam melayani pasien SKTM/Gakin DKI. Sebagian besar pasien RSIA Budi Kemuliaan berasal dari kelas ekonomi menengah ke bawah, sehingga karakteristik pasiennya mendekati karakteristik yang dimiliki oleh rumah sakit pemerintah.

RSIA Budi Kemuliaan juga menetapkan kebijakan tanpa uang muka kepada pasien yang masuk, sebaik bukti bahwa RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit yang terbuka untuk semua golongan kelas ekonomi.

Pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan sebagian besar dibayar oleh Dinas Kesehatan Propinsi dengan sistem SKTM. Sementara ini DKI Jakarta belum menerapkan kebijakan pembiayaan berdasarkan DRG Depkes. Namun demikian, bukan tidak mungkin DKI akan berubah kebijakan. Sehingga RSIA Budi Kemuliaan harus mengantisipasi dengan melakukan kajian terhadap sistem pembiayaan, diantaranya adalah dengan melihat perbedaan biaya satuan RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes.

b. Penyetaraan Objek Penelitian antara RSIA BK dengan RS Pemerintah

Tarif DRG Depkes diterbitkan dan diberlakukan bagi seluruh rumah sakit pemerintah di Indonesia, untuk tujuan meningkatkan efisiensi dan mutu pelayanan.

Untuk menyetarakan karakteristik pembiayaan RSIA Budi Kemuliaan dengan Rumah Sakit Pemerintah dilakukan sensitivitas. Sensitivitas biaya yang dilakukan dengan mendekati karakteristik sistem pembiayaan rumah sakit pemerintah.

Rumah sakit pemerintah memiliki karakteristik sistem pembiayaan dimana biaya investasi dan SDM ditanggung oleh pemerintah, sehingga untuk hal itu, biaya RSIA Budi Kemuliaan dilakukan sensitivitas dengan beberapa scenario, yaitu scenario total biaya satuan, biaya satuan tanpa investasi (sensitivitas 1), biaya satuan tanpa SDM (sensitivitas 2), dan biaya satuan tanpa investasi dan SDM (sensitivitas 3).

c. Biaya, Tarif RSIA Budi Kemuliaan dan Tarif DRG Depkes

Biaya RSIA Budi Kemuliaan dihitung secara manual dengan menggunakan metode *Activity Based Costing* (ABC). Tarif RSIA Budi Kemuliaan diambil dari tarif yang diberlakukan selama ini kepada pasien, yang diambil dari data akuntansi tahun 2009. Sedangkan tarif DRG Depkes RI yang diambil adalah tarif rumah sakit tipe C, tarif rumah sakit tipe B, dan tarif rumah sakit tipe A.

Walaupun RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit dengan stara rumah sakit tipe C, tapi karena RSIA Budi Kemuliaan adalah rumah sakit swasta maka perlu dilihat berbagai perbedaan antara semua variasi yang dimiliki antara biaya dengan seluruh pola tarif DRG.

Untuk kebutuhan analisis kesetaraan objek dan metode, maka fokus utama pada tarif DRG rumah sakit tipe C. Namun demikian untuk kebutuhan input kebijakan, maka simulasi dengan tarif DRG Depkes rumah sakit tipe yang lainnya tetap dilakukan sebagai komplementer dan informasi.

d. Kontekstual tarif INA DRG dalam studi kasus di RSIA BK

INA DRG Depkes RI dihitung berdasarkan pendekatan angka rata-rata nasional atas tarif yang diberlakukan kepada sejumlah diagnosis tertentu pada pasien rumah sakit pemerintah yang menjadi sampel. Perspektif yang dibangun dalam pengembangan konsep INA DRG memang tidak berbasiskan penghitungan unit cost, karena perhitungan unit cost untuk kasus yang sangat banyak relatif sangat sulit untuk dilakukan. Sehingga Departemen Kesehatan melakukan pendekatan tarif rata-rata. Tujuan dari konsep INA DRG adalah merubah perilaku/budaya rumah sakit agar berorientasi kepada efisiensi berdasar nilai tarif kapitasi yang tersedia. Sehingga kebiasaan pembayaran *fee for services* atau *out of*

pocket yang cenderung menginduce terjadinya *supply induce demand*, berubah menjadi *prospektif payment*.

Konteks untuk RSIA Budi Kemuliaan, selama ini RSIA Budi Kemuliaan menjadi mitra Dinkes Propinsi dalam melayani gakin dengan kebijakan SKTM. Pemda DKI tidak menerima penerapan konsep INA DRG. Namun demikian, bukan tidak mungkin Pemda DKI merubah kebijakannya. Sehingga analisis kebijakan dengan berdasarkan penerapan simulasi tarif INA DRG dalam pelayanan gakin terutama untuk pasien nyaris meninggal, menjadi sangat penting untuk melihat posisi solvabilitas keuangan RSIA Budi Kemuliaan ke depan.

Dalam konteks RSIA Budi Kemuliaan sebagai rumah sakit swasta, walaupun bersifat nirlaba namun harus tetap memperhatikan tingkat profitabilitas rumah sakit untuk dapat bertahan secara keuangan dan mampu membiayai investasi dan SDM secara wajar.

Dalam konteks RSIA Budi Kemuliaan sebagai pelaku pemberi pelayanan kesehatan, dunia bisnis kesehatan di dunia bergerak dari sistem *fee for service* menuju *prospektif payment (insurance)*. RSIA Budi Kemuliaan dapat menjadikan tarif DRG Depkes sebagai *banch mark* simulative yang dapat memberikan masukan besaran tingkat tarif yang dapat dipergunakan untuk melakukan sistem pelayanan *bipartied* atau *tripartied* di RSIA Budi Kemuliaan.

Dalam penelitian ini, biaya dan tarif RSIA Budi Kemuliaan dihitung dari perhitungan manual ABC dan data akuntansi. Sedangkan tarif INA DRG berdasarkan soft ware yang dihitung berdasar rata-rata nasional. Sehingga konteks perbandingan dua variabel besar ini bukan dalam artian saling mempengaruhi, bukan pulang saling berhubungan. Hanya untuk melihat perbedaan rata-rata pada kelompok yang sama dengan asumsi simulasi tarif yang perspektif nya berbeda. Secara metodologi memang perhitungan *unit cost* di sini dengan perhitungan tarif INA DRG tidak sama. Sehingga tidak melihat komparasi secara *within*, tetapi *between*.

e. Perspektif Penelitian

Perspektif penelitian ini adalah perspektif dari RSIA Budi Kemuliaan untuk melihat sejauh mana perbedaan biaya satuan RSIA Budi Kemuliaan

terhadap tarif Depkes RI, karena selama ini RSIA Budi Kemuliaan merupakan mitra Dinkes Propinsi DKI dalam pelayanan gakin menggunakan sistem SKTM. Dinkes Propinsi DKI sebagai pihak ketiga dalam sistem pembayaran memiliki kemungkinan untuk melakukan perubahan kebijakan pembiayaan, sehingga bukan tidak mungkin bisa berdampak kepada RSIA Budi Kemuliaan.

Oleh karena itu RSIA Budi Kemuliaan harus melakukan langkah-langkah antisipatif dengan melakukan perhitungan biaya satuan dan simulasi penggunaan tarif DRG Depkes RI.

Pemilihan tarif DRG Depkes RI sebagai pembanding karena tarif tersebut pada saat ini diberlakukan oleh Depkes RI kepada seluruh rumah sakit pemerintah, kecuali DKI Jakarta.

Dengan adanya perhitungan biaya dan simulasi tarif, maka RSIA Budi Kemuliaan dapat melakukan langkah-langkah *advocacy* kepada pihak ketiga untuk menunjukkan tingkat efisiensi dan kualitas pelayanan.

f. Langkah-Langkah Penelitian

Langkah-langkah penelitian yang dilakukan adalah:

1. Perhitungan Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal di RSIA Budi Kemuliaan.
 - a) Mengidentifikasi kasus pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan, dengan membaca buku register partus di bagian rekam medis.
 - b) Membaca status rekam medis dan mengentri aktivitas, obat, SDM, dan waktu pada matriks alur pelayanan medis yang telah dibuat.
 - c) Mengidentifikasi ruangan yang dipergunakan pasien.
 - d) Mengidentifikasi biaya investasi bangunan dan alat medis/non medis
 - e) Biaya investasi bangunan dan alat medis/non medis dilakukan perhitungan AIC yang kemudian dihitung biaya per menit.
 - f) Biaya operasional terdiri dari biaya SDM, rumah tangga, alat tulis kantor, renovasi bangunan, bahan non makanan, listrik, air, dan telepon.

- g) Biaya SDM dihitung berdasarkan beban biaya per menit yang dilakukan oleh SDM yang terlibat langsung dalam tindakan pasien. Biaya rumah tangga, alat tulis kantor, bahan non makanan, listrik, air dan telepon dihitung menurut beban per pasien dan atau per menit atau per hari di ruangan.
 - h) Biaya pemeliharaan dihitung berdasarkan biaya pemeliharaan di ruangan yang dilalui oleh pasien, yang selanjutnya dibuat beban biaya per pasien di setiap ruangnya
 - i) Biaya tidak langsung dihitung berdasar dari biaya yang ada di unit penunjang, yang kemudian dibebankan secara proporsional kepada unit-unit yang dilalui oleh pasien.
 - j) Selanjutnya didapatkan biaya investasi, biaya SDM, biaya operasional, biaya pemeliharaan, biaya tidak langsung dan total biaya satuan.
2. Biaya satuan yang sudah didapatkan kemudian dibuat menurut sensitivitas 1 (tanpa investasi), sensitivitas 2 (tanpa SDM), sensitivitas 3 (tanpa investasi dan SDM).
 3. Hasil diagnosa utama akhir pasien nyaris meninggal dikoding ke dalam ICD X dan ICD IX untuk bahan entrian *software* DRG Depkes.
 4. Diagnosa pasien dikelompokan menurut *software* DRG Depkes.
 5. Biaya satuan pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan dikelompokan menurut kelompok diagnosis DRG Depkes.
 6. Dilakukan uji beda antara total biaya satuan pasien RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes menurut kelompok DRG.

BAB 6

HASIL PENELITIAN

6.1. Hasil Penelitian

Penelitian ini mengkaji topik tentang Analisis Uji Beda antara Biaya Pasien di RSIA BK dengan tarif DRG Depkes RI. Adapun populasi studinya adalah pasien dengan kondisi nyaris meninggal (*nearmiss*). Penelitian ini dilaksanakan di RSIA BK (Rumah Sakit Ibu dan Anak Budi Kemuliaan) Jakarta Pusat, pada bulan Februari sampai dengan Juni 2010.

Pasien nyaris meninggal yang dimaksud adalah adalah pasien dengan kondisi yang mengancam keselamatan jiwa dengan tanda klinik yang berfokus kepada pendarahan, hipertensi dan sepsis. Perdarahan yang dimaksud adalah perdarahan yang lebih dari 1.500 mL atau perdarahan yang dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah dan atau diikuti dengan syok. Hipertensi yang dimaksud adalah yang berpotensi menimbulkan komplikasi menjadi pre-eklamsi hingga menimbulkan eklamsi atau HELLP *syndrom*. Sepsis yang dimaksud adalah infeksi aliran darah yang dapat menyebabkan infeksi ke seluruh tubuh (*metastatic*).

Pengumpulan data dilakukan pada instalasi rekam medis, keuangan, akuntansi, kepegawaian, logistik dan lain-lain yang terkait pelayanan pasien. Data yang dikumpulkan merupakan data sekunder tahun 2009.

Penelitian ini diawali dengan mengidentifikasi kasus-kasus pasien dengan kondisi nyaris meninggal. Proses identifikasi ini dilakukan dengan cara membaca buku register penuluruhan terhadap buku register partus secara manual yang berisi 7.977 kasus persalinan. Dari buku tersebut didapatkan kasus dengan kondisi nyaris meninggal sebanyak 90 pasien. Selanjutnya dilakukan pencarian dokumen status rekam medis pasien dan didapatkan hanya 75 pasien yang dapat dipergunakan sebagai sampel penelitian. Hal ini dikarenakan ada status yang ternyata tidak masuk kriteria nyaris meninggal dan ada juga karena tidak ditemukan dokumen status rekam medisnya.

Status rekam medis yang telah didapatkan kemudian dientri ke dalam template alur pelayanan medik. Dalam *template* tersebut dientri data-data diri pasien, tindakan, diagnosa sebelum dan setelah tindakan, laboratorium, obat, ruangan dan tenaga medis/non medis yang terlibat.

Data biaya investasi didapatkan dari bagian akuntansi dan logistik, yang selanjutnya dilakukan perhitungan AIC (*Annualize Investment Cost*), yaitu biaya yang disetahunkan yang kemudian diperoleh biaya per menit setiap ruangan yang dipakai oleh pasien. Biaya investasi ini terdiri dari bangunan dan alat medis/non medis.

Data biaya operasional didapatkan dari bagian akuntansi, logistik, sdm, dan farmasi. Biaya operasional ini terbagi dalam 3 kelompok, yaitu rumah tangga (RT), alat tulis kantor (ATK), bahan bangunan (BLT), bahan non makanan, listrik, air, telepon, dan obat. Biaya operasional dari setiap ruangan yang digunakan oleh pasien dibagi dengan kapasitas aktual pasien sehingga didapatkan rata-rata biaya RT, ATK, BLT, bahan non makanan, listrik, air dan telepon untuk setiap pasien. Komponen biaya obat dihitung tersendiri sesuai pemakaian per pasien.

Data biaya pemeliharaan didapatkan dari bagian logistik, yang selanjutnya diambil biaya pemeliharaan pada ruangan yang dipergunakan oleh pasien. Kemudian biaya pemeliharaan tersebut dibagi dengan total kapasitas aktual sehingga didapatkan rata-rata biaya pemeliharaan per pasien.

Data biaya tidak langsung yang terdiri dari ART, ATK, dan BLT dihitung dari biaya-biaya di unit penunjang yang didistribusikan menurut dasar alokasi luas lantai ke semua ruangan yang dipergunakan oleh pasien. Sehingga diketahui biaya tidak langsung per ruangan per pasien.

Data total biaya per pasien yang diperoleh, kemudian dianalisis dengan uji beda *T test* dua sampel bebas terhadap tarif DRG yang diterbitkan oleh Depkes RI.

6.2. Analisis Univariat

6.2.1. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Umur

Tabel 6.1. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Umur Tahun 2009

No	Kelompok Umur	f	%
1.	17 sd 25 tahun	18	24
2.	26 sd 33 tahun	26	34,7
3.	34 sd 41 tahun	27	36
4.	42 sd 50 tahun	4	5,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.1. diketahui bahwa sebagian besar pasien masuk yang nyaris meninggal di RSIA BK berada pada kelompok usia 34 sampai dengan 41 tahun dan 26 sampai dengan 33 tahun, yang masing-masing 36% dan 34,7%. Hanya sebagian kecil saja (5,3%) yang berada pada kelompok umur 42 sampai dengan 50 tahun.

6.2.2. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Pendidikan

Tabel 6.2. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Pendidikan Tahun 2009

No	Pendidikan	f	%
1.	S1	4	5,3
2.	SD	16	21,3
3.	SMP	13	17,3
4.	SMA	41	54,7
5.	Tidak Sekolah	1	1,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.2. diketahui bahwa sebagian besar pasien berpendidikan SMA, yaitu sebanyak 54,7%. Sedangkan yang tidak bersekolah hanya 1,3 % saja.

6.2.3. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Domisili

Tabel 6.3. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Domisili Tahun 2009

No	Domisili	f	%
1.	Depok	1	1,3
2.	Jakarta Barat	43	57,3
3.	Jakarta Pusat	14	18,7
4.	Jakarta Selatan	5	6,7
5.	Jakarta Utara	11	14,7
6.	Tangerang	1	1,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.3. diketahui bahwa pasien nyaris meninggal, sebagian berasal dari daerah Jakarta Barat, yaitu 57,3%. Sedangkan yang paling sedikit adalah yang berasal dari Tangerang dan Depok, masing-masing 1,3%.

6.2.4. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jenis Pasien

Tabel 6.4. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jenis Pasien Tahun 2009

No	Jenis Pasien	f	%
1.	Pasien Berjenjang	73	97,3
2.	Pasien Pribadi	2	2,7
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.4. diketahui bahwa jenis pasien yang mengalami kondisi nyaris meninggal sebagian besar memilih jenis pelayanan sebagai pasien berjenjang, yaitu 97,3%. Pasien berjenjang adalah pasien yang dirawat oleh Tim Medis RSIA Budi Kemuliaan, sedangkan pasien pribadi adalah pasien yang dirawat oleh dokter-dokter pribadi tertentu.

6.2.5. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Tempat Masuk Pasien

Tabel 6.5. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Tempat Masuk Tahun 2009

No	Tempat Masuk	f	%
1.	Poli Berjenjang	5	6,7
2.	Poli Pribadi	2	2,7
3.	UGD	68	90,7
Total		75	100

Tabel 6.5. menunjukkan bahwa sebagian besar pasien nyaris meninggal masuk melalui UGD, yaitu 90,7%. Ini menunjukkan bahwa pelayanan UGD menjadi sangat penting untuk mengantisipasi kejadian nyaris meninggal.

6.2.6. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Asal Rujukan

Tabel 6.6. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Asal Rujukan Tahun 2009

No	Asal Rujukan	f	%
1.	Bidan	18	24
2.	Datang Sendiri	8	10,7
3.	Dokter Umum	1	1,3
4.	Klinik	1	1,3
5.	Pasien RSIA BK	15	20
6.	Puskesmas	18	24
7.	RBBK	3	4
8.	RS Lain	6	8
9.	Rumah Bersalin	5	6,7
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.6. diketahui bahwa sebagian besar pasien dengan kondisi nyaris meninggal dirujuk oleh Bidan dan Puskesmas, yaitu 24%.



6.2.7. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Ruang Perawatan

Tabel 6.7. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Ruang Perawatan Tahun 2009

No	Ruang Perawatan	f	%
1	Larasati	1	1,3
2	Subadra	1	1,3
3	Srikandi	73	97,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.7. diketahui bahwa sebagian besar pasien dengan kondisi nyaris meninggal memilih ruang perawatan di Srikandi, yaitu sebanyak 97,3%.

6.2.8. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jumlah Hari Rawat

Tabel 6.8. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Jumlah Hari Rawat Tahun 2009

No	Jumlah Hari Rawat	f	%
1.	1 hari	3	4
2.	2 hari	16	21,3
3.	3 hari	30	40
4.	4 hari	11	14,7
5.	5 hari	6	8
6.	6 hari	5	6,7
7.	7 hari	2	2,7
8.	8 hari	1	1,3
9.	9 hari	1	1,3
Total		75	100

Tabel 6.8. menunjukkan bahwa sebagian besar (40%) pasien yang nyaris meninggal dirawat dalam waktu 3 hari, sedangkan 21% pasiennya yang dirawat selama 2 hari.

6.2.9. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Paritas

Tabel 6.9. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Paritas Tahun 2009

No	Paritas	f	%
1	0	29	38,7
2	1	10	13,3
3	2	15	20
4	3	12	16
5	4	6	8
6	6	1	1,3
7	7	1	1,3
8	8	1	1,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.9. diketahui bahwa pasien yang nyaris meninggal sebagian besar (38,7%) belum pernah melahirkan.

6.2.10. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Cara Membayar

Tabel 6.10. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Cara Membayar Tahun 2009

No	Cara Membayar	f	%
1	Askes	2	2,7
2	Bayar Sendiri	9	12
3	SKTM / Gakin	64	85,3
Total		75	100

Berdasarkan tabel 6.10 diketahui bahwa sebagian besar (64%) pasien yang nyaris mati membayar rumah sakit dengan menggunakan SKTM/Gakin.

6.2.11. Karakteristik Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Depkes

Tabel 6.11. Distribusi Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Depkes Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa	Kode DRG	f	%
1.	IM Antepartum Disorders	134.161	1	1,33
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	134.162	1	1,33
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	224.121	1	1,33
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	146.132	4	5,33
5.	IP Cesarean Delivery	146.101	17	22,67
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	146.102	17	22,67
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	146.103	25	33,33
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	131.112	1	1,33
9.	IP Other Digestive System Procedures	61.401	2	2,67
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	146.122	4	5,33
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	146.112	2	2,67
Total			75	100

Berdasarkan tabel 6.11 diketahui bahwa kasus-kasus nyaris meninggal yang terjadi di RSIA BK sebagian besar (33,3 %) masuk kelompok IP Cesarean Delivery w/CC.

6.2.12. Distribusi ALOS Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG

Tabel 6.12. Distribusi ALOS Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	ALOS DRG	ALOS RSIA BK	
			Rata-Rata	SD
1.	IM Antepartum Disorders	4,90	3,00	0
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	6,90	3,00	0
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	4,30	2,00	0
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	6,00	2,50	0,58
5.	IP Cesarean Delivery	5,51	3,18	0,88
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	5,60	4,41	2,15
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	7,50	3,48	1,53
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	6,70	3,00	0
9.	IP Other Digestive System Procedures	9,10	3,50	0,71
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	4,68	3,00	1,83
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	6,10	2,00	1,41

Berdasarkan tabel 6.12. diketahui bahwa kasus-kasus nyaris meninggal berada pada kisaran 11 kelompok diagnosa DRG. Tabel diatas menunjukkan bahwa rata-rata lama hari rawat berdasarkan DRG lebih tinggi paling tinggi adalah 9,1 hari sedangkan RSIA rata-rata lama hari rawatnya paling tinggi adalah 5. Lama hari rawat kasus nyaris meninggal memiliki standar deviasi maksimal 2, artinya variasi lama hari rawat cukup tipis sehingga bisa dikatakan relatif homogen dalam masing-masing kelompok diagnosa DRG.

6.2.13. Distribusi Rata-Rata Total Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG

Tabel 6.13. Distribusi Rata-Rata dan Standar Deviasi Total Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Rata-rata TOT	SD	Sensitivitas 1	SD	Sensitivitas 2	SD	Sensitivitas 3	SD
1.	IM Antepartum Disorders	3.057.523	0	1.848.830	0	2.245.216	0	1.036.522	0
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	2.651.052	0	1.442.460	0	1.838.745	0	630.152	0
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	3.039.013	0	1.830.320	0	2.226.705	0	1.018.012	0
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	2.367.069	381.234	1.387.659	178.784	1.616.322	314.918	636.913	153.095
5.	IP Cesarean Delivery	2.995.426	794.429	1.759.512	508.459	2.189.421	727.330	953.507	476.598
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	4.272.860	2.203.596	2.317.287	1.087.988	3.337.473	2.003.234	1.381.900	904.559
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	3.599.453	1.490.423	2.001.440	637.017	2.768.411	1.354.221	1.170.398	540.840
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	2.621.389	0	1.412.696	0	1.932.204	0	723.510	0
9.	IP Other Digestive System Procedures	3.535.267	1.454.171	2.166.556	1.227.872	2.844.108	1.216.698	1.475.398	990.399
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	3.222.321	1.786.468	1.933.600	919.696	2.419.697	1.648.011	1.130.975	781.581
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	2.502.087	628.843	1.595.277	201.915	1.812.902	628.843	906.092	201.915

Berdasarkan tabel 6.13 diketahui bahwa rata-rata total biaya pasien nyaris meningkat disertai dengan sensitivitas. Sensitivitas -1 artinya adalah biaya dikurangi investasi, sedangkan sensitivitas -2 artinya biaya dikurangi SDM, sensitivitas 3 artinya biaya dikurangi investasi dan SDM. Pada sensitivitas -3, terlihat bahwa biaya dengan sensitivitas kurang dari 30% daripada tanpa sensitivitas.

6.2.14. Struktur Rata-rata Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG

Tabel 6.14. Struktur Rata-rata Biaya Satuan Pasien Nyaris Meninggal Menurut Kelompok Diagnosa DRG Tahun 2009

Kelompok Diagnosa Penyakit menurut DRG Depkes	Biaya Investasi		Biaya Operasional		Biaya Pemeliharaan		Biaya Tdk Lgs	
	Rupiah	%	Rupiah	%	Rupiah	%	Rupiah	%
IM ANTEPARTUM DISORDERS	1,208,693	40	1,763,304	57.67	11,812	0.39	73,714	2.41
IM ANTEPARTUM DISORDERS w/CC	1,208,592	46	1,356,934	51.18	11,812	0.45	73,714	2.78
IM IOTHER FACTORS INFLUENCING HEALTH STATUS	1,208,693	40	1,744,794	57.41	11,812	0.39	73,714	2.43
IM VAGINAL DELIVERY w/CC	979,410	41	1,302,133	55.01	11,812	0.50	73,714	3.11
IP CESAREAN DELIVERY	1,275,351	42	1,706,645	55.64	11,812	0.39	73,714	2.40
IP CESAREAN DELIVERY w/ CC	1,955,573	46	2,231,761	52.23	11,812	0.28	73,714	1.73
IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC	1,598,013	44	1,915,949	53.23	11,812	0.33	73,714	2.05
IP DILATION & CURETTAGE, INTRAUTERINE & CERVICAL PROCEDURES w/CC	1,208,693	46	1,327,170	50.63	11,812	0.45	73,714	2.81
IP OTHER DIGESTIVE SYSTEM PROCEDURES	1,368,711	39	2,081,031	58.86	11,812	0.33	73,714	2.09
IP VAGINAL DELIVERY WITH PROCEDURE EXCEPT STERILIZATION &/OR DILATION	1,972,478	43	2,579,288	55.62	11,812	0.25	73,714	1.59
IP VAGINAL DELIVERY WITH STERILIZATION &/OR DILATION & CURETTAGE w/CC	906,810	36	1,509,751	60.34	11,812	0.47	73,714	2.95

Berdasarkan tabel 6.14 diketahui bahwa proporsi biaya investasi ada pada kisaran 36% sampai dengan 46%, sedangkan biaya operasional menyerap biaya paling besar, yaitu kisaran 50,63% sampai dengan 60,34%. Proporsi biaya pemeliharaan cukup kecil, yaitu kisaran 0,25% sampai dengan 0,47%. Sedangkan biaya tidak langsung berada pada kisaran 1,59% sampai 2,81%.

6.2.15. Tarif DRG dan Rata-Rata Tarif RSIA BK Menurut Kelompok Diagnosa DRG

Tabel 6.15. Tarif DRG dan RSIA BK Menurut Kelompok Diagnosa Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RS C	RS B	RS A	Tarif RSIA BK	
					Rata-Rata	SD
1	IM Antepartum Disorders	801,579	1,357,110	1,767,382	3,117,707	0
2	IM Antepartum Disorders w/CC	1,269,948	2,150,081	2,800,078	2,403,680	0
3	IM Other Factors Influencing Health Status	740,053	1,252,945	1,631,726	3,852,261	0
4	IM Vaginal Delivery w/CC	1,185,286	2,006,744	2,613,408	4,403,942	1,988,241
5	IP Cesarean Delivery	1,238,402	2,096,671	2,730,522	4,980,978	1,671,152
6	IP Cesarean Delivery w/CC	1,365,964	2,312,640	3,011,781	7,693,003	5,307,160
7	IP Cesarean Delivery w/ MCC	1,683,330	2,849,956	3,711,534	6,843,655	2,903,440
8	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	1,613,226	2,731,266	3,556,962	3,491,232	0
9	IP Other Digestive System Procedures	2,249,669	3,808,794	4,960,242	7,670,171	2,011,398
10	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	1,031,734	1,746,774	2,403,764	6,461,230	5,029,082
11	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	1,265,613	2,142,741	2,790,519	5,188,664	1,497,982

Rata-rata tarif RSIA BK sekitar empat kali lebih besar daripada tarif RS Tipe C.

6.2.16. Pendapatan RSIA BK dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosa DRG

Tabel 6.16. Pendapatan RSIA Budi Kemuliaan dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosa Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG	
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK	RSIA BK
1.	IM Antepartum Disorders	801.579	1.357.110	1.767.382	3.117.707	3.117.707
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	1.269.948	2.150.081	2.800.078	2.403.680	2.403.680
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	740.053	1.252.945	1.631.726	3.852.261	3.852.261
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	4.741.144	8.026.976	10.453.632	17.615.768	17.615.768
5.	IP Cesarean Delivery	21.052.828	35.643.408	46.418.869	84.676.622	84.676.622
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	23.221.388	39.314.880	51.200.277	130.781.044	130.781.044
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	42.083.250	71.248.900	92.788.350	171.091.384	171.091.384
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	1.613.226	2.731.266	3.556.962	3.491.232	3.491.232
9.	IP Other Digestive System Procedures	4.499.338	7.617.588	9.920.484	15.340.341	15.340.341
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	4.126.936	6.987.096	9.615.057	25.844.918	25.844.918
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	2.531.226	4.285.482	5.581.038	10.377.327	10.377.327
Jumlah		146.684.587	196.868.442	84.204.585	259.348.445	259.348.445

Berdasarkan tabel 6.16. diketahui bahwa pendapatan terbesar dalam pola tarif DRG ada pada kelompok IC Cesarean Delivery w/MCC di kelas A, yaitu Rp. 92.788.350,- sedangkan terkecil adalah dari kelompok IM Antepartum Disorders di kelas C, yaitu sebesar Rp. 801.579,-. Sedangkan menurut pentarifan RSIA BK terlihat pendapatan terbesar berasal dari IP Cesarean Delivery w/MCC yaitu sebesar Rp. 171.091.384,- dan yang terkecil adalah berasal dari kelompok IM Antepartum Disorders w/CC yaitu sebesar Rp. 2.403.680,-.

6.2.17. Pengeluaran RSIA Budi Kemuliaan Menurut Variasi Sensitivitas

Tabel 6.17. Pengeluaran RSIA BK Menurut Variasi Sensitivitas Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA	Sensitif 1'	Sensitif 2''	Sensitif 3'''
1.	IM Antepartum Disorders	3.057.523	1.848.830	2.245.216	1.036.522
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	2.651.052	1.442.460	1.838.745	630.152
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	3.039.013	1.830.320	2.226.705	1.018.012
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	9.468.276	5.550.636	6.465.290	2.547.650
5.	IP Cesarean Delivery	49.080.974	28.675.364	36.068.073	15.662.464
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	72.638.625	39.393.880	56.737.043	23.492.297
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	89.986.332	50.035.995	69.210.279	29.259.941
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	2.621.389	1.412.696	1.932.204	723.510
9.	IP Other Digestive System Procedures	7.070.535	4.333.113	5.688.217	2.950.795

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA	Sensitif 1*	Sensitif 2**	Sensitif 3***
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	9.274.582	5.329.627	7.442.454	3.497.499
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	5.004.174	3.190.554	3.625.804	1.812.183
	Total	259.348.445	146.684.587	196.868.442	84.204.585

Keterangan: * Total Biaya Tanpa Investasi, ** Total Biaya Tanpa SDM, *** Total Biaya Tanpa Investasi dan SDM

6.2.18. Selisih Pendapatan (Rugi/Laba) RSIA BK dengan DRG menurut Kelompok Diagnosa DRG

a. Menggunakan Total Biaya Satuan RSIA BK

Tabel 6.18. Selisih Pendapatan RSIA BK dengan DRG Menurut Kelompok Diagnosa Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA BK	RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A
1	IM Antepartum Disorders	60.183,72	- 2.255.944	- 1.700.413	- 1.290.141
2	IM Antepartum Disorders w/CC	-247.372	- 1.381.104	- 500.971	149.026
3	IM Other Factors Influencing Health Status	813.248,01	- 2.298.960	- 1.786.068	- 1.407.287
4	IM Vaginal Delivery w/CC	8.147.492	- 4.727.132	- 1.441.300	985.356
5	IP Cesarean Delivery	33.754.381,33	- 29.869.413	- 15.278.833	- 4.503.372
6	IP Cesarean Delivery w/CC	58.142.419	- 49.417.237	- 33.323.745	- 21.438.348
7	IP Cesarean Delivery w/ MCC	81.105.051,30	- 47.903.082	- 18.737.432	2.802.018

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA BK	RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A
9	IP Other Digestive System Procedures	8.269.806,23	- 2.571.197	547.053	2.849.949
10	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	12.955.633	- 8.762.349	- 5.902.189	-3.274.228
11	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	5.373.153,34	- 2.472.948	- 718.692	576.864
	Jumlah	209.243.839,47	- 152.667.529	- 78.732.713	- 23.614.590

Berdasarkan tabel 6.18. diketahui bahwa selisih pendapatan terbesar adalah pada tarif berdasarkan RSIA BK, sedang yang lainnya minus.

b. Menggunakan Sensitivitas - 1 (Tanpa Investasi) di RSIA Budi Kemuliaan

Tabel 6.19. Selisih Pendapatan RSIA BK (Tanpa Investasi) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA BK	RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A
1.	IM Antepartum Disorders	1.268.877,17	- 1.047.251	- 491.720	- 81.448
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	961.219,90	- 172.512	707.621	1.357.618
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	2.021.941,46	- 1.090.267	- 577.375	- 198.594
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	12.065.131,86	- 809.492	2.476.340	4.902.996
5.	IP Cesarean Delivery	54.764.917,34	- 8.858.877	5.731.703	16.507.164
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	91.387.164,32	- 16.172.492	- 79.000	11.806.397
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	121.055.388,77	- 7.952.745	21.212.905	42.752.355
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	2.078.536,45	200.530	1.318.570	2.144.266
9.	IP Other Digestive System Procedures	11.007.228,19	166.225	3.284.475	5.587.371
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	18.110.518,24	- 3.607.464	- 747.304	1.880.657
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	7.186.773,55	- 659.328	1.094.928	2.390.484
Jumlah		321.907.697,25	- 40.003.671	33.931.145	89.049.268

c. Menggunakan Sensitivitas - 2 (Tanpa SDM) di RSIA Budi Kemuliaan

Tabel 6.20. Selesih Pendapatan RSIA BK (Tanpa SDM) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA BK	RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A
1.	IM Antepartum Disorders	872.491,42	- 1.443.637	- 888.106	- 477.834
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	564.935,48	- 568.797	311.336	961.333
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	1.625.555,70	- 1.486.652	- 973.760	- 594.979
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	11.150.478,07	- 1.724.146	1.561.686	3.988.342
5.	IP Cesarean Delivery	47.456.466,97	- 16.167.327	- 1.576.747	9.198.714
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	74.044.001,44	- 33.515.655	- 17.422.163	- 5.536.766
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	101.881.104,98	- 27.127.029	2.038.621	23.578.071
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	1.559.028,13	- 318.978	799.062	1.624.758
9.	IP Other Digestive System Procedures	9.652.124,13	- 1.188.879	1.929.371	4.232.267
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	16.166.131,92	- 5.551.850	- 2.691.690	- 63.729
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	6.751.523,60	- 1.094.578	659.678	1.955.234
Jumlah		271.723.841,86	- 90.187.526	- 16.252.710	38.865.413

d. Menggunakan Sensitivitas - 3 (Tanpa Investasi dan SDM) di RSIA Budi Kemuliaan

Tabel 6.21. Selisih Pendapatan RSIA BK (Tanpa Investasi dan SDM) dengan DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	RSIA BK	RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A
1.	IM Antepartum Disorders	2.081.184,87	- 234.943	320.588	730.860
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	1.773.527,60	639.796	1.519.929	2.169.926
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	2.834.249,16	- 277.959	234.933	613.714
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	15.068.117,52	2.193.494	5.479.326	7.905.982
5.	IP Cesarean Delivery	68.467.002,98	4.843.209	19.433.789	30.209.250
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	107.288.746,80	- 270.909	15.822.583	27.707.980
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	141.831.442,45	12.823.309	41.988.959	63.528.409
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	2.767.721,58	889.716	2.007.756	2.833.452
9.	IP Other Digestive System Procedures	12.389.546,09	1.548.543	4.666.793	6.969.689
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	21.321.016,78	- 396.965	2.463.195	5.091.156
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	8.565.143,81	719.043	2.473.299	3.768.855
Jumlah		384.387.699,63	22.476.331	96.411.147	151.529.270

Selisih pendapatan di atas menunjukkan bahwa dengan sensitivitas-1 terlihat RSIA bisa mendapat laba pada tipe B dan A, sedangkan dengan sensitivitas -2 hanya mendapat laba pada tipe A saja. Sedangkan jika menggunakan sensitivitas -3 bisa mendapat laba di semua tipe Rumah Sakit.

6.2.19. Tingkat Pemulihan Biaya (CRR/Cost Recovery Rate) menurut Kelompok Diagnosa DRG

a. Menggunakan Total Biaya Satuan RSIA Budi Kemuliaan

Tabel 6.22. Tingkat Pemulihan Biaya Satuan dengan Tarif DRG dan tanpa DRG menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG	
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK	RSIA BK
1.	IM Antepartum Disorders	26.22	44.39	57.80	101.97	101.97
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	47.90	81.10	105.62	90.67	90.67
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	24.35	41.23	53.69	126.76	126.76
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	50.07	84.78	110.41	186.05	186.05
5.	IP Cesarean Delivery	41.34	70.00	91.16	166.29	166.29
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	31.97	54.12	70.49	180.04	180.04
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	46.77	79.18	103.11	190.13	190.13
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	61.54	104.19	135.69	133.18	133.18

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	32.02	54.21	74.60	200.51
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	50.58	85.64	111.53	207.37
Jumlah		41.13	69.64	90.89	180.68

b. Pendapatan RSIA Terhadap Biaya Total Minus Investasi

Tabel 6.23. Tingkat Pemulihan Biaya Satuan Minus Investasi dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK
1.	IM Antepartum Disorders	43.36	73.40	95.59	168.63
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	88.04	149.06	194.12	166.64
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	40.43	68.45	89.15	210.47
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	85.42	144.61	188.33	317.36
5.	IP Cesarean Delivery	70.38	119.16	155.19	283.09
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	58.95	99.80	129.97	331.98

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK
7	IP Cesarean Delivery w/MCC	84.11	142.40	185.44	279.50
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	114.19	193.34	251.79	247.13
9.	IP Other Digestive System Procedures	103.84	175.80	228.95	354.03
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	53.36	90.34	124.32	334.16
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	79.34	134.32	174.92	325.25
	Jumlah	72.73	123.13	160.71	319.46

Dengan melakukan sensitivitas I, dapat diketahui bahwa CRR berada di atas 100% untuk simulasi pada tarif DRG Rumah Sakit tipe B

dan A.

c. Menggunakan Pendapatan RSIA Terhadap Biaya Total Minus SDM

Tabel 6.24. Tingkat Pemulihan Biaya Satuan Minus SDM dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG	
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	RSIA BK	RSIA BK
1.	IM Antepartum Disorders	35.70	60.44	78.72	138.86	138.86
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	69.07	116.93	152.28	130.72	130.72
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	33.24	56.27	73.28	173.00	173.00
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	73.33	124.15	161.69	272.47	272.47
5.	IP Cesarean Delivery	56.56	95.76	124.71	227.50	227.50
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	40.93	69.29	90.24	230.50	230.50
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	60.80	102.95	134.07	247.21	247.21
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	83.49	141.35	184.09	180.69	180.69
9.	IP Other Digestive System Procedures	79.10	133.92	174.40	269.69	269.69
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	42.64	72.19	99.34	267.03	267.03
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	69.81	118.19	153.93	286.21	286.21
Jumlah		54.19	91.74	119.74	238.02	238.02

Total biaya satuan minus SDM menunjukkan bahwa simulasi tarif DRG hanya bisa mendapatkan CRR di atas 100% di kelas A.

d. Menggunakan CRR Pendapatan RSIA Terhadap Biaya Total Minus Investasi dan SDM

Tabel 6.25. Tingkat Pemulihan Biaya dengan Tarif DRG dan Tanpa DRG Menurut Kelompok Diagnosis Tahun 2009

No	Kelompok Diagnosa DRG	Dengan DRG			Tanpa DRG RSIA BK
		RSU Kelas C	RSU Kelas B	RSU Kelas A	
1.	IM Antepartum Disorders	77.33	130.93	170.51	300.79
2.	IM Antepartum Disorders w/CC	201.53	341.20	444.35	381.44
3.	IM Other Factors Influencing Health Status	72.70	123.08	160.29	378.41
4.	IM Vaginal Delivery w/CC	186.10	315.07	410.32	691.45
5.	IP Cesarean Delivery	129.88	219.89	286.37	522.39
6.	IP Cesarean Delivery w/CC	98.85	167.35	217.94	556.70
7.	IP Cesarean Delivery w/ MCC	143.83	243.50	317.12	584.73
8.	IP Dilation and Curettage, Intrauterine & Cervical Procedures w/CC	222.97	377.50	491.63	482.54
9.	IP Other Digestive System Procedures	152.48	258.15	336.20	519.87
10.	IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterilization &/or Dilation	91.23	154.45	212.54	571.30
11.	IP Vaginal Delivery with Sterilization &/or Dilation & Curettage w/CC	139.68	236.48	307.97	572.64
Jumlah		126.69	214.50	279.95	556.49

Simulasi tarif dengan sensitivitas -3, menunjukkan CRR diatas 100% di semua tipe rumah sakit yang disimulasikan menggunakan tarif DRG.

6.3. Analisis Bivariat

6.3.1. Biaya Satuan dengan Tarif DRG RS Tipe C

a. Biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan Tarif DRG Depkes RS Tipe C

Tabel 6.26. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Biaya RSIA BK	3.457.979	1.549.016	178.865	75	0,000
2.	Tarif DRG RS Tipe C	1.422.412	272.948	31.517	75	

Berdasarkan tabel 6.26, diketahui bahwa rata-rata biaya RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 3.457.979,00 dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe C adalah Rp. 1.422.412,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan lebih tinggi daripada tarif DRG kelas C dengan standar deviasi sebesar Rp. 272.948,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas C yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata memiliki perbedaan dengan biaya yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe C.

b. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -1 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe C

Tabel 6.27. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dengan Tarif DRG RS Tipe C

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Investasi	1.955.794	754.740	87.150	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe C	1.422.412	272.948	31.517	75	

Berdasarkan tabel 6.27, diketahui bahwa sensitivitas tarif Rumah Sakit Tipe C adalah Rp. 1.955.794,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi adalah

Rp. 1.422.412,00. Besaran tarif Rumah Sakit Tipe C berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 272.948,00. Artinya tarif DRG Depkes tipe C yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan biaya tanpa investasi yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa investasi dengan tarif DRG RS Tipe C

c. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -2 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe C

Tabel 6.28. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM dengan Tarif DRG RS Tipe C

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa SDM	2.624.913	1.406.692	162.431	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe C	1.422.412	272.948	31.517	75	

Berdasarkan tabel 6.28, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe C adalah Rp. 2.624.913,00 dan rata-rata total biaya tanpa SDM adalah Rp. 1.422.412,00. Besaran tarif Rumah Sakit Tipe C berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 272.948,00. Artinya tarif DRG Depkes tipe C yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan biaya tanpa SDM yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independent T-Test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif DRG RS Tipe C

d. Biaya satuan dengan Sensitivitas -3 terhadap tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe C

Tabel 6.29. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM dengan Tarif DRG RS Tipe C

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM	1.122.728	637.389	73.599	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe C	1.422.412	272.948	31.517	75	

Berdasarkan tabel 6.29, diketahui bahwa sensitivitas tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 1.122.728,00 dan rata-rata total biaya tanpa biaya investasi dan SDM adalah Rp. 1.422.412,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 272.948,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas C yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan biaya tanpa investasi dan SDM yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-Test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya tanpa investasi dan SDM di RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif DRG RS Tipe C.

e. Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe C

Tabel 6.30. Hasil Uji T Test Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe C

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	0,000
2	Tarif DRG RS Tipe C	1.422.412	272.948	31.517	75	

Berdasarkan tabel 6.30, diketahui bahwa rata-rata tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 6.247.897,00 dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe C adalah Rp. 1.422.412,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan tarif DRG kelas C dengan standar deviasi sebesar Rp. 272.948,00. Artinya tarif

DRG Depkes kelas C yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara tarif RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe C.

6.3.2. Biaya Satuan dengan Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe B

a. Biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan Tarif DRG Depkes RS Tipe B

Tabel 6.31. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Biaya RSIA BK	3.457.979	1.549.016	178.865	75	0,000
2.	Tarif DRG RS Tipe B	2.408.210	462.114	53.360	75	

Berdasarkan tabel 6.31, diketahui bahwa rata-rata biaya RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 3.457.979,00 dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe B adalah Rp. 2.408.210,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan lebih tinggi daripada tarif DRG kelas B dengan standar deviasi sebesar Rp. 462.114,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata memiliki perbedaan dengan biaya yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe B.

b. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -1 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe B

Tabel 6.32. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Investasi	1.955.794	754.740	87.150	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe B	2.408.210	462.114	53.360	75	

Berdasarkan tabel 6.32, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe B adalah Rp. 1.955.794,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi adalah Rp. 2.408.210,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 462.114,00. Artinya tarif DRG Depkes tipe B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan biaya tanpa investasi yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa investasi dengan tarif DRG tipe B.

c. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -2 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe B

Tabel 6.33. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa SDM	2.624.913	1.406.692	162.431	75	0,190
2.	Tarif RS Tipe B	2.408.210	462.114	53.360	75	

Berdasarkan tabel 6.33, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe B adalah Rp. 2.624.913,00 dan rata-rata total biaya tanpa SDM adalah Rp. 2.408.210,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan tidak berbeda dengan total

biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 462.114,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata sama dengan biaya tanpa SDM yang dihitung RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,190. Hal ini menunjukkan tidak adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya tanpa SDM di RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG RS Tipe B

d. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -3 terhadap tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe B

Tabel 6.34. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM	1.122.728	637.389	73.599	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe B	2.408.210	462.114	53.360	75	

Berdasarkan tabel 6.34, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe B adalah Rp. 1.122.728,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi dan SDM adalah Rp. 2.408.210,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 462.114,00.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya tanpa investasi dan SDM di RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe B.

e. Tarif RSIA BK dengan Tarif Depkes Rumah Sakit Tipe B

Tabel 6.35. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	0,000
2.	Tarif DRG RS Tipe B	2.408.210	462.114	53.360	75	

Berdasarkan tabel 6.35, diketahui bahwa rata-rata tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 6.247.897,- dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe B adalah Rp. 2.408.210,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan tarif DRG kelas B dengan standar deviasi sebesar Rp. 462.114,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independent T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara tarif RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe B.

6.3.3. Biaya Satuan dengan Tarif DRG RS Tipe A

a. Biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan Tarif DRG Depkes RS Tipe A

Tabel 6.36. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG RS Tipe A

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Biaya RSIA BK	3.457.979	1.549.016	178.865	75	0,000
2.	Tarif DRG RS Tipe A	3.143.118	594.747	68.675	75	

Berdasarkan tabel 6.36, diketahui bahwa rata-rata biaya RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 3.457.979,00 dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe A adalah Rp. 3.143.118,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan hampir sama dengan tarif DRG kelas A dengan standar deviasi sebesar Rp. 594.747,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata hampir sama dengan biaya yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya tidak ada perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe A.

b. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -1 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe A

Tabel 6.37. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dengan Tarif DRG RS Tipe A

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Investasi	1.955.794	754.740	87.150	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe A	3.143.118	594.747	68.675	75	

Berdasarkan tabel 6.37, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe A adalah Rp. 1.955.794,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi adalah Rp. 3.143.118,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 594.747,00. Artinya tarif DRG Depkes tipe A yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa investasi dengan tarif DRG tipe A.

c. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -2 Terhadap Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe A

Tabel 6.38. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM dengan Tarif DRG RS Tipe A

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa SDM	2.624.913	1.406.692	162.431	75	0,003
2.	Tarif RS Tipe A	3.143.118	594.747	68.675	75	

Berdasarkan tabel 6.38, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe A adalah Rp. 2.624.913,00 dan rata-rata total biaya tanpa SDM adalah Rp. 3.143.118,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya

tanpa SDM dengan standar deviasi sebesar Rp. 594.747,00. Artinya tarif DRG Depkes Tipe A yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-Test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,003. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif DRG RS Tipe A

d. Biaya satuan dengan Sensitivitas -3 terhadap tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe A

Tabel 6.39. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM dengan Tarif DRG RS Tipe A

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM	1.122.728	637.389	73.599	75	0,000
2.	Tarif RS Tipe A	3.143.118	594.747	68.675	75	

Berdasarkan tabel 6.39, diketahui bahwa sensitifitas tarif Rumah Sakit Tipe A adalah Rp. 1.122.728,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi dan SDM adalah Rp. 3.143.118,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 594.747,00. Artinya tarif DRG Depkes Tipe A yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya tanpa investasi dan SDM di RSIA Budi Kemuliaan tanpa investasi dan SDM dengan tarif DRG RS Tipe A

f. Tarif RSIA BK dengan Tarif DRG Depkes Rumah Sakit Tipe A

Tabel 6.40. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif DRG Depkes RS Tipe A

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	0,000
2.	Tarif DRG RS Tipe A	3.143.118	594.747	68.675	75	

Berdasarkan tabel 6.40, diketahui bahwa rata-rata tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 6.247.897,00 dan rata-rata tarif DRG Rumah Sakit Tipe A adalah Rp. 3.143.118,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan tarif DRG kelas A dengan standar deviasi sebesar Rp. 594.746,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas A yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independent T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara tarif RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Rumah Sakit Tipe A.

6.3.4. Biaya Satuan dengan Tarif RSIA Budi Kemuliaan

a. Biaya RSIA BK dengan Tarif RSIA BK

Tabel 6.41. Hasil Uji T Test Biaya RSIA BK dengan Tarif RSIA BK

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Biaya RSIA BK	3.457.979	1.549.016	178.865	75	0,000
2.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	

Berdasarkan tabel 6.41, diketahui bahwa rata-rata biaya RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 3.457.979,00 dan rata-rata tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 6.247.897,00. Besaran tarif pasien RSIA Budi Kemuliaan yang mengalami kondisi nyaris meninggal lebih tinggi daripada biayanya dengan Standar Deviasi sebesar Rp. 3.528.514,00. Artinya biaya yang dihitung secara manual dengan pendekatan Activity Base Costing (ABC) dengan simple

distribution ternyata memiliki perbedaan dengan tarif yang diberlakukan di RSIA Budi Kemuliaan. Ini artinya konsisten dengan hasil CRR yang menunjukkan nilai positif (156,06%).

Hasil uji statistik dengan independen *T-test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif RSIA Budi Kemuliaan.

b. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -1 Terhadap Tarif RSIA BK

Tabel 6.42. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Investasi dengan Tarif DRG RS Tipe B

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Investasi	1.955.794	754.740	87.150	75	0,000
2.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	

Berdasarkan tabel 6.42, diketahui bahwa sensitivitas tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 1.955.794,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi adalah Rp. 6.247.897,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 3.528.514,00. Artinya tarif DRG Depkes kelas B yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan RI ternyata berbeda dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

Hasil uji statistik dengan independen *T-test* (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka *P-value* sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa investasi dengan tarif RSIA Budi Kemuliaan.

c. Biaya Satuan dengan Sensitivitas -2 Terhadap Tarif RSIA BK

Tabel 6.43. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa SDM dengan Tarif DRG RSIA BK

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa SDM	2.624.913	1.406.692	162.431	75	0,000
2.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	

Berdasarkan tabel 6.43, diketahui bahwa sensitivitas tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 2.624.913,00 dan rata-rata total biaya tanpa SDM adalah Rp. 6.247.897,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dengan standar deviasi sebesar Rp. 3.528.514,00.

Hasil uji statistik dengan independen T-Test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan yang bermakna secara statistik antara biaya RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif yang dipergunakan oleh RSIA Budi Kemuliaan.

d. Biaya satuan dengan Sensitivitas -3 terhadap tarif RSIA BK

Tabel 6.44. Hasil Uji T Test Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM dengan Tarif DRG RSIA BK

No	Komponen	Rata-rata	SD	SE	N	P-value
1.	Total Biaya Tanpa Biaya Investasi dan SDM	1.122.728	637.389	73.599	75	0,000
2.	Tarif RSIA BK	6.247.897	3.528.514	407.438	75	

Berdasarkan tabel 6.44, diketahui bahwa sensitivitas tarif RSIA Budi Kemuliaan adalah Rp. 1.122.728,00 dan rata-rata total biaya tanpa investasi dan SDM adalah Rp. 6.247.897,00. Besaran tarif RSIA Budi Kemuliaan berbeda dengan total biaya tanpa investasi dan SDM dengan standar deviasi sebesar Rp. 3.528.514,00.

Hasil uji statistik dengan independen T-test (Uji T Sampel Berpasangan) diperoleh angka P-value sebesar 0,000. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan

yang bermakna secara statistik antara biaya tanpa investasi dan SDM di RSIA Budi Kemuliaan tanpa SDM dengan tarif DRG RSIA Budi Kemuliaan.



BAB 7

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Penelitian

Dalam proses pelaksanaannya, penelitian ini mengalami keterbatasan sebagai berikut:

1. Data rekam medis belum seluruhnya dikomputerisasi, sehingga identifikasi kasus-kasus pasien nyaris meninggal dilakukan secara manual dengan membaca buku status kelahiran. Sehingga memakan waktu yang cukup lama
2. Data alur pelayanan pasien didapatkan dengan menelusuri lembaran status rekam medis pasien, sehingga diketahui diagnosa pasien, tindakan, obat, pemberi pelayanan, dan segala aktivitas pasien.
3. Data ICD X dan ICD IX yang ada di status rekam medis kurang lengkap, sehingga dilakukan lagi pengkodean ulang oleh petugas rekam medis.
4. Data ICD X dan ICD IX masih kurang jelas, sehingga dilakukan pengkodean ulang oleh petugas rekam medis RSUD untuk kepentingan entri ke perangkat lunak DRG.
5. Data status rekam medis belum mencantumkan rincian waktu pelaksanaan setiap tindakan, sehingga dilakukan pengisian berdasarkan hasil wawancara dengan petugas medis.
6. Belum dilakukan konfirmasi FGD untuk menetapkan standar alur medis, tindakan, waktu per tindakan dan obat berdasarkan kasus pasien nyaris meninggal.
7. Data-data biaya investasi masih banyak yang belum lengkap harga pembelian dan umur pemakaiannya. Sehingga dilakukan pendekatan dengan melihat harga-harga pembelian sebelumnya dan atau data-data lain yang mendekati.
8. Data biaya operasional yang dikumpulkan berdasarkan nilai rata-rata per pasien di setiap ruangan yang dilalui pasien dengan pendekatan pembobotan dasar alokasi (*distribusi sederhana/simple distribution*), sehingga belum menunjukkan gambaran rincian penggunaan bahan habis pakai per tindakan

9. Data obat diidentifikasi berdasarkan data status rekam medis. Sebagian dari data obat tertulis tidak lengkap, baik nama obat maupun dosis pemakaiannya. Sehingga dilakukan konfirmasi berdasarkan masukan dari petugas medis.
10. Data laboratorium masih berdasarkan beban biaya rata-rata per pemeriksaan, belum diidentifikasi secara mendalam untuk mendapatkan biaya satuan per setiap pemeriksaan laboratorium.

7.2. Analisis Univariat

7.2.1. Karakteristik Pasien Nyaris meninggal

Usia pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan sebagian besar adalah usia produktif yang sehat, yaitu berusia 26-41 tahun (70,7%). Sedangkan pasien yang berusia beresiko tinggi malah lebih rendah yaitu hanya 5,3% saja dari total kasus di RSIA Budi Kemuliaan.

Pendidikan pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan sebagian besar tidak berpendidikan tinggi (94,7%). Sehingga faktor pengetahuan bisa jadi merupakan salah satu variabel yang menjadi predisposisi terjadinya kasus nyaris meninggal. Pengetahuan yang kurang dapat menyebabkan kurangnya informasi tentang cara penanganan kehamilan dan kelahiran, sehingga proses pencegahan terjadinya kasus nyaris meninggal kurang mendapatkan perhatian yang memadai.

Sebagian besar pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan berdomisili di Jakarta Barat (43%), hal ini dikarenakan lokasi RSIA Budi Kemuliaan yang relatif mudah dijangkau dari arah Jakarta Barat. Hal lainnya adalah karena wilayah Jakarta Barat cukup dekat dengan RSIA Budi Kemuliaan.

Sebagian besar pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan merupakan pasien berjenjang (97,3%), artinya pasien diterima oleh tim RSIA Budi Kemuliaan yang terdiri dari bidan, perawat, dokter umum atau dokter jaga. Sedangkan pasien pribadi adalah pasien yang menentukan dan memilih sendiri dokter mana yang akan merawat dirinya, proporsinya hanya 2,7% saja.

Sebagian besar pasien nyaris mati diterima oleh RSIA Budi Kemuliaan masuk melalui UGD (90,7%), hal ini menunjukkan bahwa pasien yang datang dalam kondisi gawat darurat. Jika pasien tidak segera diberikan tindakan yang cepat dan tepat, dapat menimbulkan kematian.

Sebagian pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan dirujuk dari Bidan dan Puskesmas, yang proporsinya mencapai 48%. Hal ini menunjukkan bahwa RSIA Budi Kemuliaan sebagai rumah sakit rujukan untuk kasus ibu dan anak sudah sangat diakui oleh banyak provider kesehatan di luar Budi Kemuliaan.

Sebagian besar pasien nyaris meninggal di RSIA BK dirawat di ruang Srikandi dan Subadra yang setara dengan kelas III, yaitu sebanyak 98,6%. Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar pasien nyaris meninggal yang datang berasal dari kelompok ekonomi yang kurang mampu.

Pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan, sebagian besar dirawat 2-3 hari, yaitu sebanyak 61,3%. Hal ini menunjukkan tingginya kualitas pelayanan yang dimiliki oleh RSIA Budi Kemuliaan, karena pasien sangat cepat untuk kembali pulih.

Sebagian besar pasien yang nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan belum pernah melahirkan sebelumnya, yaitu 38,8%. Hal ini mungkin disebabkan karena kurangnya pengetahuan dan pengalaman dari pasien dalam menghadapi kehamilan dan kelahiran.

Sebagian besar pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan dibayar melalui sistem SKTM/Gakin, yaitu 85,3%. Hal ini menunjukkan bahwa pasien yang nyaris meninggal, sebagian besar berasal dari kalangan masyarakat ekonomi kurang mampu.

RSIA Budi Kemuliaan menjadi salah satu rujukan sebagian besar pasien nyaris meninggal, karena adanya kebijakan kemudahan tentang pembayaran uang muka pasien. RSIA Budi Kemuliaan tidak menerapkan peraturan pembayaran uang muka, sehingga pasien-pasien yang tidak mampu dan dalam keadaan kegawatan dapat segera mendapatkan pertolongan medis yang sesuai standar pelayanan.

Walaupun RSIA Budi Kemuliaan merupakan rumah sakit swasta di Jakarta, namun visinya yang bersifat sosial menyebabkan RSIA Budi Kemuliaan menjadi salah satu rumah sakit rujukan yang direkomendasikan oleh Dinkes Propinsi DKI dalam penerapan program pelayanan untuk orang miskin.

Dengan karakteristik RSIA Budi Kemuliaan yang tidak berorientasi profit, yang ditunjukkan dengan tidak adanya pembayaran uang muka dan

diupayakannya peminimalan tindakan-tindakan yang tidak diperlukan (*unnecessary procedure*) sehingga rata-rata LOS nya hanya 2 hari, dengan variasi terbanyak 2-3 hari untuk kasus-kasus kegawatan, maka RSIA Budi Kemuliaan memiliki potensi untuk menjadi mitra Departemen Kesehatan untuk menjadi rujukan dalam penanganan pasien-pasien Jamkesmas.

Namun demikian, pihak Departemen Kesehatan perlu melakukan kajian ulang tentang biaya satuannya karena RSIA Budi Kemuliaan sebagai rumah sakit swasta memiliki beban biaya mandiri untuk investasi dan ketenagaan. Hal ini berbeda dengan hampir seluruh rumah sakit pemerintah yang beban biaya investasi dan ketenagaan merupakan tanggung jawab pemerintah. Sehingga pemerintah dapat menetapkan tarif yang dibawah rata-rata keumuman tarif di rumah sakit swasta. Untuk kebijakan tarif, RSIA Budi Kemuliaan memiliki standar tarif yang relative lebih rendah daripada RSIA sekelas/setipe yang ada di Jabodetabek. Hal ini merupakan salah satu keunggulan kompetitif yang dimiliki RSIA Budi Kemuliaan, selain ketersediaan dokter spesialis kebidanan yang jumlah dan kompetensinya lumayan banyak dan bagus.

7.2.2. Karakteristik Diagnosa Pasien Nyaris Meninggal

Diagnosa pasien nyaris meninggal di RSIA BK memiliki variasi yang sangat beragam, karena diagnosa sekundernya cukup banyak. Namun demikian, dapat dikelompokkan secara garis besar bahwa pasien RSIA Budi Kemuliaan meliputi kelompok melahirkan dengan secsio Caesar, normal, forceps, vacuum dan kehamilan beresiko. Variasi diagnosis yang sangat beragam menyebabkan banyaknya catatan komplikasi yang ada, sehingga meng-induce tindakan, obat dan biaya yang tinggi.

Penulisan ICD X dan ICD IX CM yang ada di RSIA Budi Kemuliaan masih belum bagus, sehingga menimbulkan kesulitan dalam melakukan proses koding ke dalam soft ware DRG Depkes. Namun hal ini sudah diantisipasi dengan melakukan pengecekan manual terhadap lembaran status pasien. Keterbatasan pengetahuan dan keterampilan dari tenaga rekam medis menjadi hambatan tersendiri dalam proses penulisan ICD X dan ICD IX CM secara lengkap. Sehingga ada diagnosis-diagnosa yang sebenarnya ada namun belum

tercantumkan dalam resume pasien. Kendala lain adalah tulisan dokter yang juga kurang terbaca, sehingga tidak mudah melakukan verifikasi terhadap proses koding.

Dalam rangka meningkatkan peluang kerjasama dengan pihak ketiga (Asuransi dan Perusahaan), sebaiknya RSIA Budi Kemuliaan melakukan perbaikan dan penyempurnaan penulisan diagnosis dan koding secara lengkap dan rinci. Sehingga memudahkan proses-proses penelusuran dan pengajuan klaim kepada payer.

Kesalahan dalam membaca dan meresume diagnosis, kesalahan menentukan diagnosis utama dan sekunder, serta kesalahan dalam menentukan tindakan, akan menyebabkan perubahan dan perbedaan dalam pengelompokan kelompok DRG dalam *software*, sehingga akan berpengaruh terhadap nilai tarif yang akan dibayarkan oleh pihak Depkes terhadap pemberi pelayanan.

Pada proses penyusunan diagnosis dan prosedur (tindakan) ini, terdapat kelemahan dalam sistem *software* DRG. Proses ini membuka peluang terjadinya moral hazard dalam proses koding, dimana petugas klaim RS mungkin untuk melakukan simulasi dan manipulasi kode agar terjadi klaim yang lebih besar. Sehingga fungsi kendali biaya yang diharapkan tidak terjadi secara optimal, yang mungkin terjadi adalah over klaim sehingga Departemen Kesehatan harus membayar pasien jauh lebih tinggi dari yang seharusnya diterima oleh pasien.

Bagi rumah sakit yang lemah dalam sistem rekam medis nya, baik ketenagaan dan perangkat pendukung lain, maka akan memungkinkan terjadinya kesalahan penulisan resume medis, koding, dan akhirnya mendapatkan pembayaran yang lebih kecil dari tarif yang ada di rumah sakit. Namun sebaliknya, jika sistem rekam medis rumah sakit sudah bagus yang ditunjang tenaga rekam medis yang sangat faham ICD X dan ICD IX CM serta memahami hal-hal terkait medis, maka sangat mungkin pihak rumah sakit memanfaatkan peluang ini untuk mendapatkan laba yang lebih besar untuk rumah sakit.

Peluang *moral hazard* di rumah sakit didukung oleh sistem verifikasi dan pertanggungjawaban yang sangat sederhana. Petugas verifikasi hanya melakukan verifikasi secara administrasi, tanpa pemahaman medis yang cukup. Sehingga tidak memiliki kemampuan cukup untuk melakukan koreksi yang

optimal. Begitupula sistem pertanggung jawabannya, pertanggungjawaban dianggap sah dan resmi jika sudah ditandatangani oleh petugas verifikasi dan direktur rumah sakit. Dengan demikian Departemen Kesehatan sudah memiliki kewajiban untuk membayar klaim.

Proses pengkodean diagnosis pasien RSIA BK untuk keperluan input *software* DRG dilakukan 3 kali, pertama mengentri kode ICD X dan ICD IX CM yang ada di resume medis. Karena datanya tidak begitu jelas, maka dilakukan pengkodean ulang yang dibantu oleh staf rekam medis di rumah sakit. Setelah didapatkan kodenya, petugas *software* DRG masih melakukan proses verifikasi ulang untuk memastikan bahwa kodenya sudah sesuai dengan diagnosis akhirnya.

Dengan menggunakan *software* DRG maka dari 75 kasus pasien RSIA BK dengan berbagai macam komplikasi, terkelompokan menjadi 11 kelompok besar menurut versi DRG. Sebagian besar pasien nyaris meninggal di RSIA BK masuk ke dalam kelompok diagnosa IP Cesarean Delivery, IP Cesarean Delivery with Complication (w/CC) dan IP Cesarean Delivery with Major Complication (w/MCC). IP artinya adalah Inpatient Procedures (Prosedur/tindakan pasien rawat inap). Pelayanan rawat inap yang diberikan kepada pasien yang mencakup prosedur/tindakan, penggunaan alat, serta obat-obatan yang diberikan.

Ketiga diagnosa diatas merupakan proporsi terbesar kasus nyaris meninggal, yaitu 77,33% dari keseluruhan kasus. Sebagian besar kasus nyaris meninggal memiliki kode DRG: 146101, 146102, dan 146103. Arti dari kode angka DRG tersebut adalah: angka 14 menunjukkan MDC (*Major Diagnostic Categories/MDC*) yaitu *Childbirth*, dengan tingkat keparahan tingkat 1, tingkat 2 dan tingkat 3.

7.2.3. Rata-Rata Lama Hari Rawat

Rata-rata lama hari rawat menurut *software* DRG lebih tinggi dibandingkan kenyataan di RSIA Budi Kemuliaan. Kisaran lama rata-rata lama hari rawat menurut DRG berkisar dari 4,2 sampai dengan 9,1 hari, sedangkan di RSIA Budi Kemuliaan berkisar dari 2 sd 5 hari saja. Secara kualitas pelayanan rawat inap, RSIA Budi Kemuliaan mungkin lebih baik daripada standar DRG. Rendahnya rata-rata hari rawat di RSIA Budi Kemuliaan mungkin dikarenakan

obat atau tindakan yang diberikan oleh RSIA Budi Kemuliaan lebih efektif daripada yang dilakukan oleh RSUD yang menjadi sampel dalam penghitungan *software* DRG.

7.2.4. Biaya Satuan

Biaya satuan kasus yang dihitung di RSIA Budi Kemuliaan berdasarkan metode *Activity Based Costing* (ABC) dan *simple distribution*. Langkah pertama adalah melakukan identifikasi alur pelayanan medis (*clinical pathway*), yang selanjutnya diidentifikasi tindakan, kebutuhan bahan habis pakai (BHP), obat dan penunjang medis/non medis, tenaga, ruangan dan waktu pelaksanaan. Kelemahan metode ini bahwa data-data yang bersifat historis sehingga memungkinkan akurasi yang lemah, karena sebagian didasarkan dari perkiraan, seperti jumlah waktu tindakan.

Dalam perhitungan ini tidak dilakukan standarisasi *clinical pathway* melalui FGD atau penyepakatan yang lainnya. Sehingga penghitungannya murni biaya satuan di setiap kasus yang ada, yaitu sebanyak 75 kasus, dan didapatkan variasi 75 *unit cost*. Berbeda jika menggunakan standarisasi *clinical pathway*, tentunya akan didapatkan 1 *unit cost* saja. Karena semua variabelnya disepakati diawal melalui FGD. Walaupun tanpa melakukan standarisasi *clinical pathway*, berdasarkan data aktivitas terlihat bahwa ada kesamaan pola-pola tindakan untuk diagnosis yang menyerupai seperti pada kelompok bedah seksio. Walau kemudian ada variasi penggunaan ruang kamar bersalin khusus (semi ICU), BMHP, obat dan yang lainnya.

Biaya investasi yang dihitung dalam metode ABC disini dihitung dalam satuan menit sebelum dibebankan kepada pasien. Barang-Barang investasi setelah dilakukan penghitungan AIC kemudian dilakukan pembagian dalam asumsi 365 hari, 24 jam, 60 menit. Perhitungan ini memiliki kelemahan, yaitu adanya waktu yang idle, karena penggunaan barang investasi tersebut tidak 24 jam penuh. Ada masa-masa alat tersebut tidak dipakai, sehingga ada cost yang idle dan tidak terhitung. Sehingga biaya satuan per menit untuk investasi menjadi relative lebih kecil dari yang sebenarnya. Bisa dikatakan bahwa ini adalah biaya satuan investasi yang bersifat normatif. Berbeda halnya jika digunakan biaya investasi

dengan satuan 8 jam per hari yang sesuai pemakaian, tentunya biaya satuan investasinya akan menjadi 3 kali lebih besar daripada nilai investasi yang didapatkan dengan perhitungan asumsi 24 jam. Perhitungan 8 jam ini bisa menjadi perhitungan yang bersifat actual berdasarkan kenyataan pemakaian. Dalam penelitian ini, biaya investasi terdiri dari biaya bangunan dan alat medis/non medis yang harganya > 1 juta dan atau masa hidupnya lebih dari 1 tahun. Kendala yang didapatkan adalah banyaknya barang yang tidak ditemukan umur pemakaiannya, sehingga dilakukan pendekatan sesuai dengan pembelian terdahulu. Hal ini juga berpotensi menimbulkan variasi biaya satuan investasi.

Biaya operasional yang dihitung disini tidak berdasarkan real per tindakan, tidak dihitung per pasien menggunakan berapa cm benang atau pun kain. Tetapi dihitung menurut biaya rata-rata per pasien. Hal ini dikarenakan jika menggunakan perhitungan per pasien, maka ada resiko bahan habis pakai ada yang idle karena sisa dan tidak dipergunakan. Oleh karena itu, biaya operasional diasumsikan dibagi rata dibebankan kepada pasien, sehingga untuk penggunaan di UGD dan OK, total biaya operasional dibagi per pasien secara rata-rata. Sedangkan untuk di kamar bersalin dan atau kamar bersalin khusus serta kamar perawatan dihitung per hari per pasien secara rata-rata. Sehingga diharapkan seluruh total biaya operasional sudah terbebaskan sepenuhnya kepada pasien.

Dalam penelitian ini, biaya operasional terdiri dari biaya tenaga, rumah tangga, alat tulis kantor, alat-alat bangunan, bahan non makanan, listrik, air dan telepon. Biaya bahan habis pakai baik medis dan non medis sudah masuk ke dalam pengelompokan di atas. Begitu pula biaya makan/konsumsi sudah masuk ke dalam pengelompokan diatas.

Biaya pemeliharaan dipergunakan berdasarkan nilai pemeliharaan gedung dan ruangan. Sedangkan biaya tidak langsung dihitung berdasarkan alokasi pembebanan biaya rumah tangga, alat tulis kantor, alat-alat bangunan dan bahan non makanan dari unit penunjang non medis seperti bagian secretariat, sdm, akuntansi dan keuangan. Penghitungan pembebanan ini menggunakan simpel distribusi dengan dasar alokasi yang proporsional. Biaya ketenagaan dari bagian yang lain belum dihitung untuk pembebanan biaya tidak langsung kepada pasien nearmiss, karena kesulitan teknis dalam menentukan dasar alokasi. Sehingga jika

diasumsikan biaya tenaga di bagian lain dibebankan juga ke pasien *nearmiss*, kemungkinan biaya satuan pasiennya akan lebih tinggi lagi.

Biaya satuan pasien dihitung dengan menjumlahkan total biaya langsung yang meliputi investasi, operasional dan pemeliharaan, serta biaya tidak langsung dari unit penunjang non medis. Struktur biaya yang terbentuk adalah biaya investasi, biaya operasional, pemeliharaan dan tidak langsung. Sedangkan pada umumnya perhitungan biaya satuan dengan menggunakan *clinical pathway* berbasis ABC, struktur biayanya dibagi menjadi biaya pendaftaran, penegakan diagnosis, pra terapi, terapi, post terapi dan pasien pulang.

Penghitungan biaya satuan untuk 75 kasus dibuat secara link antara *data file* dan *sheet* sehingga memungkinkan untuk dikembangkan menjadi suatu *software* yang fleksibel untuk kebutuhan rumah sakit dalam melakukan mengecek atau memverifikasi biaya satuan pasien dengan diagnosis apapun.

7.2.5. Biaya Pasien Nyaris Meninggal

Biaya pasien nyaris meninggal dihitung dengan tingkat sensitivitas yang memperhatikan peniadaan biaya investasi dan ketenagaan. Hal ini dikarenakan, basis perhitungan tarif yang dilakukan oleh DRG Depkes itu menggunakan sampel rumah sakit pemerintah. Nilai investasi dan ketenagaan di rumah sakit pemerintah ditanggung oleh pemerintah. Hal ini dilakukan agar terjadi proporsionalisme dalam perbandingan analisis uji beda nantinya.

Sehingga rata-rata biaya yang didapatkan adalah, rata-rata biaya total per pasien, rata-rata biaya total minus investasi per pasien, rata-rata biaya total minus ketenagaan per pasien, dan rata-rata biaya total minus investasi dan ketenagaan.

Data satuan per pasien yang didapatkan dalam *software excel* kemudian dilakukan agregasi data untuk melihat biaya rata-rata menurut pengelompokan DRG. Hal dimaksudkan agar jenis pengelompokannya sama dengan rata-rata tarif yang saat ini dikeluarkan oleh *software DRG*.

Rata-rata biaya per pasien nyaris meninggal di RSIA Budi Kemuliaan, menurut kelompok diagnosis DRG berkisar antara Rp. 2.502.087,00 sampai dengan Rp. 3.599.459,00 yaitu pada kelompok IP Vaginal Delivery With

Sterlization &/or Dilation & Curettage dan IP Cesarean Delivery w/MCC. Rata-rata biaya pada seluruh diagnosis adalah Rp. 3.078.496,00 per pasien.

Jika biaya pasien dilakukan sensitivitas dengan mengurangi biaya investasi (sensitivitas -1), maka biaya per pasien berkisar antara Rp. 1.442.460,00 sampai dengan Rp. 2.317.287,00 yaitu untuk kelompok IM Antepartum Disorders w/ CC dan IP Cesarean Delivery w/CC. rata-rata biaya pada seluruh diagnosis adalah Rp. 1.790.512,00.

Jika biaya pasien dilakukan sensitivitas dengan mengurangi biaya ketenagaan (sensitivitas -2), maka biaya per pasien berkisar antara Rp. 1.812.902,00 sampai dengan Rp. 2.844.108,00 yaitu pada kelompok IP Vaginal Delivery with Procedure Except Sterlization & / or Dilation dan IP Other Digestive System Procedures. Rata-rata biaya per pasien adalah Rp. 2.844.108,00.

Jika biaya pasien dilakukan sensitivitas dengan mengurangi biaya investasi dan ketenagaan (sensitivitas -3), maka biaya per pasien berkisar antara Rp. 630.152,00 sampai dengan Rp. 1.475.398,00 yaitu pada kelompok IM Antepartum Disorders dan IP Other Digestive System Procedures. Rata-rata biaya secara keseluruhan per pasien adalah Rp. 1.005.762,00.

Biaya dengan sensitivitas diatas, menunjukkan bahwa variabel investasi sangat berperan penting dalam kendali biaya, jika dibandingkan dengan variabel ketenagaan. Walaupun kedua-duanya memiliki proporsi yang besar dalam alokasi biaya. Penurunan biaya tanpa investasi dan ketenagaan hampir berkurang 70% dari biaya secara keseluruhan.

Oleh karena itu, pihak *stakeholder* harus memperhatikan variabel investasi dan ketenagaan sebagai strategi kendali biayanya.

Struktur rata-rata biaya pasien nyaris meninggal lebih besar pada biaya investasi dan biaya operasional, yang mencapai hamper 90%. Hal ini terjadi dikarenakan RSIA Budi Kemuliaan banyak melakukan investasi dalam 5 tahun terakhir, baik dalam bentuk pembangunan, renovasi gedung maupun pembelian alat medis/non medis.

7.2.6. Tarif Pasien Nyaris Meninggal RSIA Budi Kemuliaan

Berdasarkan standar tarif DRG, terlihat bahwa paling kecil adalah tarif untuk kelompok diagnosis IM Other Factors Influencing Health Status dan paling tinggi adalah tarif untuk kelompok diagnosis IP Other digestive system procedures. Sedangkan kenyataan yang ada di RSIA Budi Kemuliaan, biaya paling kecil ada kelompok diagnosis IM Antepartum Disorders w/CC dengan nilai Rp. 2.403.680,00 dan paling tinggi adalah IP Other Digestive System Procedures yaitu Rp. 7.670.171. Ternyata tarif rata-rata menurut versi RSIA Budi Kemuliaan dan DRG menunjukkan bahwa IP Other Digestive System Procedures menempati urutan biaya paling tinggi.

Tarif pasien nyaris mati di RSIA Budi Kemuliaan lebih tinggi daripada tarif DRG Depkes di semua tipe rumah sakit. Variasi banyak terjadi pada kelompok IC Cesarean Delivery w/CC, dengan nilai standar deviasi Rp. 5.307.160,00.

7.2.7. Pendapatan Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK

Pendapatan RSIA BK menurut versi tarif yang saat ini berlaku yaitu sebesar Rp. 468.592.294,00 dengan pendapatan terbesar dari diagnosis IP Cesarean Delivery w/MCC yaitu sebesar Rp. 171.091.384,00 dan pendapatan terkecil dari kelompok diagnosis IM Other Factors influencing health status.

Pendapatan menurut tarif RSIA BK sebanyak 4,39 kali lebih besar dari pada menggunakan tarif DRG RS Tipe C. Jika dibandingkan dengan RS Tipe B sebanyak 2,59 kalinya, sedangkan jika dibandingkan dengan RS Tipe A sebanyak 1,99 kalinya.

7.2.8. Selisih Pendapatan Pasien Nyaris Meninggal RSIA Budi Kemuliaan

Selisih pendapatan terhadap biaya pasien nyaris meninggal terlihat bahwa pada penggunaan tarif RSIA Budi Kemuliaan saat ini memberikan keuntungan sebesar Rp. 209.243.839,00, sedangkan jika menggunakan tarif DRG terlihat pendapatannya negatif. Pada perhitungan ini, biaya yang dihitung termasuk biaya investasi, operasional, pemeliharaan dan tidak langsung. Bisa jadi

jauhnya selisih tarif DRG terhadap tarif rumah sakit karena komponen biaya investasi dan tenaga di rumah sakit pemerintah ditanggung oleh pemerintah.

Dengan sensitivitas -1, biaya satuan yang didapatkan kemudian dikurangkan dengan variabel investasi. Sehingga biaya yang dimaksudkan sudah tidak menyertakan biaya investasi. Dengan kondisi demikian, ternyata RSIA Budi Kemuliaan jika menggunakan tarif DRG Depkes setara dengan RS Tipe B dan tipe A sudah bisa mendapatkan laba. Sedangkan pada tarif RS tipe C masih rugi. Hal ini mungkin dikarenakan tarif kelas B dan A lebih tinggi. Tingginya tarif kelas B dan kelas A dikarenakan tingginya investasi untuk RS tipe A dan B dibandingkan tipe C.

Dengan sensitivitas -2, biaya satuan yang didapatkan kemudian dikurangkan dengan variabel ketenagaan. Sehingga biaya yang dimaksudkan sudah tidak menyertakan biaya tenaga. Dengan kondisi demikian, ternyata RSIA Budi Kemuliaan jika menggunakan tarif DRG Depkes setara dengan RS tipe A sudah bisa mendapatkan laba. Sedangkan pada tarif RS tipe B dan C masih rugi.

Dengan sensitivitas -3, biaya satuan yang didapatkan kemudian dikurangkan dengan variabel investasi dan ketenagaan. Sehingga biaya yang dimaksudkan sudah tidak menyertakan biaya investasi dan tenaga. Dengan kondisi demikian, ternyata RSIA Budi Kemuliaan jika menggunakan tarif DRG Depkes setara dengan semua tipe RS sudah bisa mendapatkan laba. Hal ini menunjukkan bahwa tarif DRG hanya bisa diterapkan di rumah sakit pemerintah saja, dengan asumsi bahwa biaya investasi dan tenaga ditanggung oleh pemerintah.

7.2.9. Tingkat Pemulihan Biaya Pasien Nyaris Meninggal RSIA BK

Tingkat pemulihan biaya (CRR) pada pendapatan per biaya total menunjukkan bahwa pada saat ini tingkat pemulihan biaya menurut versi tarif RSIA Budi Kemuliaan menunjukkan angka 181%, artinya tingkat pemulihannya tinggi dengan tingkat laba 81%. Sedangkan jika menggunakan tarif DRG RS Tipe C, B dan A maka CRR nya berada di bawah 91%. Jika menggunakan sensitivitas-1 terlihat bahwa pola CRR mengalami pergeseran, dimana pada versi tarif tipe B dan A mengalami pergeseran menjadi 123% dan 161%. Hal ini berarti dengan

asumsi bahwa investasi tidak masuk maka terlihat masih bisa mendapatkan laba dan sehat secara ekonomi jika menggunakan standar tarif RS Tipe B dan A.

Biaya dengan sensitivitas-2 menunjukkan bahwa dengan asumsi tenaga tidak masuk dalam perhitungan, maka terlihat CRR berada di bawah 100% untuk simulasi tarif menggunakan standar RS tipe C dan A.

Sedangkan jika dilihat dengan sensitivitas -3, maka terlihat disemua simulasi tarif DRG kelas C, B dan A menunjukkan nilai yang positif diatas 100%. Hal ini memberikan informasi bahwa tarif DRG Depkes yang saat ini diberlakukan di rumah sakit pemerintah, tidak membuat rugi pihak rumah sakit karena pemerintah melakukan subsidi terhadap investasi dan tenaga. Bahkan jika dibandingkan dengan RSIA Budi Kemuliaan terlihat bahwa jika RSIA Budi Kemuliaan mendapatkan subsidi investasi dan tenaga maka RSIA Budi Kemuliaan mendapatkan pendapatan 5 kali dari modal.

Di satu sisi ini juga mencerminkan bahwa RSIA Budi Kemuliaan sudah cukup melakukan efisiensi pada aspek biaya operasional non tenaga.

7.3. Analisis Bivariat dengan Menggunakan Uji T

Analisa uji beda biaya dalam penelitian ini dibagi kedalam 5 kelompok besar, yaitu membandingkan antara biaya terhadap tarif yang ada (tarif RSIA Budi Kemuliaan, tarif DRG kelas C, tarif kelas B, dan tarif kelas A); biaya dengan sensitivitas tanpa investasi (sensitivitas-1) terhadap tarif yang ada; biaya dengan sensitivitas tanpa tenaga (sensitivitas-2) terhadap tarif yang ada; biaya dengan sensitivitas tanpa investasi dan tenaga (sensitivitas-3) terhadap tarif yang ada; dan tarif RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG.

Pada analisis uji beda antara total biaya satuan dengan tarif DRG di semua kelas RS menunjukkan perbedaan bermakna, dimana ditunjukkan dengan $P\text{ value} = 0,000$. Perbedaan ini diperlihatkan dengan kondisi selisih pendapatan yang mencapai -23 juta sampai -152 juta lebih rendah dibandingkan perbedaan berdasar biaya satuan yang dihitung manual. Hal ini dikarenakan tarif yang ditetapkan depkes jauh dibawah perhitungan manual RSIA Budi Kemuliaan yang mencakup biaya investasi, operasional, pemeliharaan dan tidak langsung.

Pada analisis uji beda antara total biaya satuan tanpa investasi dengan tarif DRG di semua kelas RS menunjukkan perbedaan bermakna, dimana ditunjukkan dengan $P\ value = 0,000$. Perbedaan ini diperlihatkan dengan kondisi selisih pendapatan yang mencapai -30 juta pada RS tipe C, 33 juta pada RS tipe B dan 89 juta pada RS tipe A. Hal ini mungkin dikarenakan biaya investasi di RSIA Budi Kemuliaan cukup tinggi, sehingga ketika dikurangkan menjadi bermakna dan berdampak positif terhadap selisih pendapatan di RS tipe B dan A.

Pada analisis uji beda antara total biaya satuan tanpa SDM dengan tarif DRG di semua kelas RS menunjukkan perbedaan bermakna, dimana ditunjukkan dengan $P\ value = 0,000$ kecuali terhadap RS Tipe A yang diperlihatkan dengan $P\ value = 0,190$. Ini artinya tidak ada perbedaan antara biaya satuan tanpa SDM dengan tarif RS tipe A.

Pada analisis uji beda antara total biaya satuan tanpa investasi dan SDM dengan tarif DRG di semua kelas RS menunjukkan perbedaan bermakna, dimana ditunjukkan dengan $P\ value = 0,000$. Perbedaan ini diperlihatkan dengan kondisi selisih pendapatan yang mencapai 22 juta pada RS tipe C dan 151 juta pada RS tipe A. Hal ini mungkin dikarenakan biaya investasi dan SDM di RSIA Budi Kemuliaan cukup tinggi, sehingga ketika dikurangkan menjadi bermakna dan berdampak positif terhadap selisih pendapatan di RS tipe C, B dan A.

Pada uji analisis diatas terlihat adanya perbedaan yang sangat bermakna, pada berbagai sensitivitas biaya. Hal ini menunjukkan bahwa komponen investasi dan SDM harus mendapat perhatian serius dalam melakukan pengendalian biaya.

Pada simulasi tarif diatas terlihat bahwa tarif DRG Depkes bisa mendapatkan selisih pendapatan yang positif, ketika sensitivitas -3 dilakukan. Ini sesuai dengan realitas bahwa rumah sakit pemerintah yang menggunakan DRG itu bisa mendapat laba jika menggunakan tarif DRG, karena investasi dan SDM disubsidi oleh pemerintah. Jika RSIA Budi Kemuliaan akan mengakomodasi konsep pembiayaan DRG, maka harus diperhatikan cost containment pada variabel investasi dan SDM yang sangat besar. Hal ini pun harus mendapat perhatian dari pihak ke tiga seperti asuransi ataupun pembayar yang lain untuk mengkaji *unit cost* diagnosis, agar RSIA Budi Kemuliaan tidak merugi.

Perbedaan yang tinggi antara biaya RSIA Budi Kemuliaan dan tarif RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes di semua tingkatan rumah sakit mungkin saja terjadi karena banyak faktor. Diantaranya mungkin terjadi karena kesalahan pengentrian kode diagnosis utama dan sekunder. Hal ini dikarenakan sistem *software* DRG Depkes mengharuskan lengkapnya penulisan semua diagnosis kasus pasien. Sedangkan diagnosis yang didapatkan dari rekam medis RSIA BK terkait kasus pasien nyaris meninggal tidak semuanya tertulis lengkap. Sehingga bisa saja terjadi ada diagnosis yang tertinggal dalam proses entri sehingga *outputnya* di bawah yang seharusnya. Hal yang lain yang mungkin terjadi adalah kesalahan menempatkan antara diagnosis utama dan diagnosis sekunder. Kesalahan penempatan ini akan berpengaruh kepada perhitungan dalam *software* DRG. Sehingga RSIA Budi Kemuliaan jika akan mengembangkan tarif dengan pendekatan DRG Depkes RI, maka harus diperhatikan proses-proses yang terjadi dalam rekam medis.

Basis perhitungan biaya satuan menjadi penting diperhatikan dalam penetapan tarif DRG. Sehingga tidak merugikan pihak pemberi pelayanan kesehatan ataupun membuka terjadinya *moral hazard*. Perbedaan wilayah di Indonesia juga akan menyebabkan perbedaan tingkat utilisasi rumah sakit, *demand* masyarakat dan *supply* terhadap rumah sakit. Sehingga simulasi perhitungan *unit cost* pada pada penyakit yang jumlah kasusnya tinggi dan berbiaya tinggi pada region-region yang berbeda.

Perangkat lunak sederhana yang dikembangkan dalam penelitian ini dapat dijadikan alat untuk melakukan simulasi perhitungan biaya satuan kasus/diagnosis kasus.

Dalam menghadapi daerah-daerah yang belum bersedia mengadopsi sistem DRG perlu dilakukan persuasi dan analisa biaya yang dibandingkan antara menggunakan DRG dan tanpa DRG, sehingga terlihat kemanfaatan sistem DRG dalam sistem kesehatan daerah dan sistem kesehatan nasional.

Dalam rangka *national coverage*, nampaknya hal ini belum bisa dilakukan di rumah sakit swasta. Karena biaya investasi dan SDM yang cukup tinggi. Hal yang belum *fair* dalam perhitungan tarif DRG adalah belum measukan komponen biaya investasi dan SDM, karena hal itu ditanggung pemerintah.

Biaya tinggi di rumah sakit juga harus menjadi perhatian pemerintah, rumah sakit masih dibebankan pajak yang tinggi, sehingga sebaiknya pajak dibebaskan untuk pelayanan Jamkesmas ataupun orang miskin, sehingga bisa menekan biaya dan tarif rumah sakit.



BAB 8

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

1. Rata-rata total biaya tindakan pada pasien dengan kondisi nyaris meninggal adalah Rp. 3.078.496,00.
2. Rata-rata proporsi biaya investasi pada pasien dengan kondisi nyaris meninggal adalah 42%, sedangkan rata-rata biaya operasional adalah 55,3%. Rata-rata proporsi biaya pemeliharaan adalah 0,38%. Sedangkan biaya tidak langsung berada adalah 2,4 %.
3. Selisih pendapatan antara biaya satuan RSIA BK dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe C, tipe B dan tipe A menunjukkan kerugian.
4. Selisih pendapatan antara biaya satuan dengan sensitivitas 1 (tanpa investasi) RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe C, tipe B dan tipe A menunjukkan laba pada tipe B dan tipe A.
5. Selisih pendapatan antara biaya satuan dengan sensitivitas 2 (tanpa SDM) RSIA Budi Kemuliaan dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe C, tipe B dan tipe A menunjukkan laba pada tipe A.
6. Selisih pendapatan antara biaya satuan dengan sensitivitas 3 (tanpa investasi dan SDM) RSIA BK dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe C, tipe B dan tipe A menunjukkan laba pada semua tipe rumah sakit C, B dan A.
7. Tingkat pemulihan biaya satuan dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe C menunjukkan CRR 41,%, biaya satuan dengan sensitivitas 1 CRR nya 72%, biaya satuan dengan sensitivitas 2 CRR nya 54%, biaya satuan dengan sensitivitas 3 CRR nya 126%.
8. Tingkat pemulihan biaya satuan dengan tarif DRG Depkes Rumah Sakit tipe B menunjukkan CRR 69,64 %, biaya satuan dengan sensitivitas 1 CRR nya 123,12%, biaya satuan dengan sensitivitas 2 CRR nya 91,74 %, biaya satuan dengan sensitivitas 3 CRR nya 214,5 %.
9. Tingkat pemulihan biaya satuan dengan tarif DRG Depkes tipe A menunjukkan CRR 90,89 % , biaya satuan dengan sensitivitas 1 CRR nya 160,71 %, biaya

satuan dengan sensitivitas 2 CRR nya 119,74 %, biaya satuan dengan sensitivitas 3 CRR nya 279,95 %.

10. Uji beda total biaya satuan, dengan sensitivitas 1, dengan sensitivitas 2, dengan sensitivitas 3 dan tarif RSIA Budi Kemuliaan terhadap tarif Depkes menunjukkan perbedaan bermakna dengan $P\ value = 0,000$. Kecuali pada uji antara biaya dengan sensitivitas 2 terhadap tarif Depkes Tipe B menunjukkan tidak berbeda dengan $P\ value = 0,190$.
11. Alur pelayanan medik dengan pendekatan *Activity Based Costing* dengan *Simple Distribution* dapat dijadikan instrumen perangkat lunak penghitungan biaya satuan kasus.

8.2. Saran

1. Untuk Pihak RSIA Budi Kemuliaan:
 - a. RSIA Budi Kemuliaan sebaiknya melakukan perbaikan terhadap sistem pencatatan diagnosis pasien, dengan dilengkapi kode ICD X dan ICD IX CM yang rapih.
 - b. RSIA Budi Kemuliaan sebaiknya melakukan peningkatan efisiensi dalam biaya investasi dan operasional, karena menyerap hampir 70% dari total biaya.
 - c. Jika RSIA BK akan mengakomodasi sistem tarif INA DRG Depkes RI, maka harus diperhatikan subsidi untuk biaya investasi dan SDM yang cukup tinggi.
 - d. Perangkat lunak berbasis *activity base costing* dan *simple distribution* dapat dijadikan dasar perhitungan biaya satuan kasus untuk input kebijakan tarif DRG.
 - e. Penghitungan biaya dengan ABC dapat dijadikan dasar untuk melakukan *advocacy*, sehingga pengembangan *software* tersebut untuk RSIA Budi Kemuliaan harus terus dikembangkan untuk mengontrol biaya dan *advocacy*.

2. Untuk Pihak Dinas Kesehatan Propinsi DKI

Jika Dinas Kesehatan Propinsi akan membuat kebijakan kapitasi atau pun penerapan INA DRG, maka harus diperhatikan komponen biaya investasi dan SDM yang menyerap porsi yang cukup tinggi. Sehingga harus dilakukan pendekatan *cross* subsidi yang berkeadilan.

3. Untuk Pihak Departemen Kesehatan RI

- a. Departemen kesehatan sebaiknya melakukan simulasi perhitungan biaya satuan di beberapa regional di Indonesia, untuk melihat selisih pendapatan dengan biaya, dengan sensitivitas 1, 2, dan 3.
- b. Departemen kesehatan sebaiknya melakukan pengawasan yang lebih ketat kepada sistem klaim DRG, karena memiliki resiko yang besar untuk terjadinya moral *hazard* dalam proses entri kode biaya karena bisa berpengaruh kepada pengelompokan diagnose dan tarif yang dikeluarkan oleh software INA DRG, sehingga dapat memicu biaya tinggi di Depkes.
- c. Perangkat lunak berbasis *activity base costing* dan *simple distribution* dapat dijadikan dasar perhitungan biaya satuan kasus untuk input kebijakan tarif DRG.

DAFTAR PUSTAKA

- Australian Refined Diagnosis Related Group, 2006, *Definition Manual*, Australian Government Department of Health and Ageing.
- Amrizal, M.N, 2005, *Introduction of Clinical Pathway – Casemix*.
- Atik Nurwahyuni, 2004, *Pengembangan Model Form Klaim Rawat Inap Standar Berbasis Diagnosis Bagi Asuransi Kesehatan di Jakarta Tahun 2004*.
- Aljunid, S, 2005, *Role of Case-Mix in Health Care System*.
- Averill, R.F, et all, 1998, *The Evolution of Casemix Measurement Using Diagnosis Related Groups*.
- Bitran, Ricardo & Yip, Winnie C., 1998, *A Review of Health Care Provider Payment Reform In Selected Countries In Asia And Latin America*.
- Bleser, L.D, et all, 2004, *Classifying Clinical Pathway*.
- Brook, Chris, 2001, *Casemix Funding for Acute Hospital Care in Victoria, Australia*.
- Cleverley, William O. & Cameron, Andrew E, 2007, *Essentials of Health Care Finance*, Sixth Edition.
- Departemen Kesehatan Republik Indonesia, 1999, *Standar Pelayanan Rumah Sakit*, Jakarta.
- _____, 2006, *Clinical Pathway di Rumah Sakit*, Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik, Departemen Kesehatan Republik Indonesia.
- Diagnosis Related Groups, *Definitions Manual*, Third Revision.
- Effendi, Sofyan, 2007, *Cost of Treatment Berdasarkan Diagnosis Related Groups (e623a, e62b, e62c) di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Banjar Provinsi Jawa Barat, Tahun 2006*.
- Ermawati, 2005, *Studi Kasus Variasi Biaya Tahun 2004 dalam Penyusunan Drg's Diare/Gastroenteritis Dengan Unit Cost Pada Kelompok Umur Anak-Anak di RSUD Tangerang*, Program Pascasarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- European Pathway Association, 2005, *Clinical/Care Pathways*.

- Feyner, R, *et all*, 2005, *Cost Profit-Accounting Based On A Clinical Pathway For Cabg : A Practical Tool For Drg-Implementation*.
- Firmanda, Dody & Aryanti, Lestari 2006, *Clinical Pathways, Rsup Fatmawati Jakarta*.
- Friedman, e.a.et all, 1998, *Seri Skema Diagnosis dan Penalaksanaan Ginekologi*, Edisi Kedua, Jakarta, Binarupa Aksara.
- Gardner, Kathryn; Aallhusen John; Kamm, James; Tobin, James; 1997, *Determining The Cost Of Care Through Clinical Pathways*.
- Gruen, Reinhold, Anne, *Financial Management In Helath Services*.
- Hasan, 2004, *Studi Kasus Pembiayaan Berdasarkan Drg's Apendektomi di RS Sumber Waras Jakarta Tahun 2003*.
- Hindle, don, 1997 *Case Mix and Financial Management*.
- Hindle, Don, 1997, *Technical Aspects Of Product Costing*.
- Ikatan Dokter Indonesia, 1998, *Standar Pelayanan Medik Ikatan Dokter Indonesia*, Jakarta.
- Ikatan Dokter Anak Indonesia, 2006, *Standar Pelayanan Medik Diare Akut*.
- Lim, E.K & *et all*, 2005, *Learning Clinical Pathway Patterns By Hidden Markov Model*.
- Mackay, E.V, *et all*, *Illustration Textbook Of Gynaecology, Second Edition*, W.B: Saunders, Bailliere Tindall, Sydney.
- Mamahit, Makentur J.N, 2005, *Studi Kasus Sectio Caesaria Yang Berdasarkan Diagnosis Related Groups di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Tangerang Tahun 2004*, Program Pasca Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- Medicare *Office of Inspector General*, 2001, *Medicare Hospital Prospective Payment System ; How Drg Rates Are Calculated and Updated*.
- Mixmarina, Diba Astried, 2007, *Analisis Penyusunan Clinical Pathway Operasi Histerektomi di RS Cengkareng Tahun 2006*, Program Pasca Sarjana, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.
- National Colaborating Centre for Women's And Children's Health, 2004 *Caesarean Section, Clinical Guideline, 2004*.

- Nina, 2004, *Studi Kasus Biaya Pengobatan Penyakit Malaria Di RSUD ST Imanuddin Peangkalan Bun Tahun 2003*.
- Novak, E.R, *et all*, 1997, *Novak's Textbook Of Gynecology, Eight Edition*.
- Perkumpulan Obstetri dan Ginekologi Indoensia, 1991, *Standar Pelayanan Medik Obstetri dan Ginekologi*, Jakarta.
- Rivany, R, 1998, *Casemix, Reformasi Mikroekonomi di Instri Layanan Kesehatan*.
- Rivany, R, 2005, *Hubungan Clinical Pathway dengan DRG'S Casemix, INA-Version*.
- Rosch, J, *et all*, 2005, *Cost Unit Accounting Based On Clinical Pathway*.
- Sabiston, D.C, 1995, *Buku Ajar Bedah (Essential Of Survery) Bagian I*, Jakarta: EGC.
- Scott, Joan C. & Scott, John W, 1997, *Clinical Pathways And Casemix, Collaborative Health Care Deliver Models For Integration And Coordination Of Care*.
- Sjaaf, A, 2006, *Integrated Care Pathway*, dibawakan Pada Pelatihan *Integrated Care Pathway* di RS Cengkareng, Jakarta 29 Juni 2006.
- Susi, 2005, *Cost of Treatment Penyakit Stroke di Rumah Sakit Bukit Tinggi*.
- Fetter, *DRG's Their Design and Development*, Health Administration Press, Michigan, 1991.
- Langenbrunner, *How To Manuals, Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*, The World Bank, USAID, 2009.



LAMPIRAN

Lampiran 1 Hasil Analisis Bivariat

Paired Samples Statistics

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1 total biaya rumah sakit	3457979.2634	75	1549015.81628	178864.93970
tarif DRG RS Tipe C	1422412.2133	75	272947.97983	31517.31793
Pair 2 total biaya rumah sakit	3457979.2634	75	1549015.81628	178864.93970
Tarif DRG RS Tipe B	2408209.7600	75	462113.69930	53360.29374
Pair 3 total biaya rumah sakit	3457979.2634	75	1549015.81628	178864.93970
Tarif DRG RS Tipe A	3143118.0667	75	594746.50666	68675.41114
Pair 4 total biaya rumah sakit	3457979.2634	75	1549015.81628	178864.93970
Tarif RSIA BK	6247897.1231	75	3528513.74476	407437.67208
Pair 5 total biaya tanpa investasi	1955794.4931	75	754740.40625	87149.91534
tarif DRG RS Tipe C	1422412.2133	75	272947.97983	31517.31793
Pair 6 total biaya tanpa investasi	1955794.4931	75	754740.40625	87149.91534
Tarif DRG RS Tipe B	2408209.7600	75	462113.69930	53360.29374
Pair 7 total biaya tanpa investasi	1955794.4931	75	754740.40625	87149.91534
Tarif DRG RS Tipe A	3143118.0667	75	594746.50666	68675.41114
Pair 8 total biaya tanpa investasi	1955794.4931	75	754740.40625	87149.91534
Tarif RSIA BK	6247897.1231	75	3528513.74476	407437.67208

	Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 9 total biaya tanpa tenaga	2624912.5650	75	1406691.74645	162430.77170
tarif DRG RS Tipe C	1422412.2133	75	272947.97983	31517.31793
Pair 10 total biaya tanpa tenaga	2624912.5650	75	1406691.74645	162430.77170
Tarif DRG RS Tipe B	2408209.7600	75	462113.69930	53360.29374
Pair 11 total biaya tanpa tenaga	2624912.5650	75	1406691.74645	162430.77170
Tarif DRG RS Tipe A	3143118.0667	75	594746.50666	68675.41114
Pair 12 total biaya tanpa tenaga	2624912.5650	75	1406691.74645	162430.77170
Tarif RSIA BK	6247897.1231	75	3528513.74476	407437.67208
Pair 13 total biaya tanpa investasi dan tenaga	1122727.7946	75	637389.34742	73599.38226
tarif DRG RS Tipe C	1422412.2133	75	272947.97983	31517.31793
Pair 14 total biaya tanpa investasi dan tenaga	1122727.7946	75	637389.34742	73599.38226
Tarif DRG RS Tipe B	2408209.7600	75	462113.69930	53360.29374
Pair 15 total biaya tanpa investasi dan tenaga	1122727.7946	75	637389.34742	73599.38226
Tarif DRG RS Tipe A	3143118.0667	75	594746.50666	68675.41114
Pair 16 total biaya tanpa investasi dan tenaga	1122727.7946	75	637389.34742	73599.38226
Tarif RSIA BK	6247897.1231	75	3528513.74476	407437.67208



Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 total biaya rumah sakit & tarif DRG RS Tipe C	75	.123	.292
Pair 2 total biaya rumah sakit & Tarif DRG RS Tipe B	75	.123	.292
Pair 3 total biaya rumah sakit & Tarif DRG RS Tipe A	75	.127	.278
Pair 4 total biaya rumah sakit & Tarif RSIA BK	75	.695	.000
Pair 5 total biaya tanpa investasi & tarif DRG RS Tipe C	75	.110	.349
Pair 6 total biaya tanpa investasi & Tarif DRG RS Tipe B	75	.110	.349
Pair 7 total biaya tanpa investasi & Tarif DRG RS Tipe A	75	.115	.325
Pair 8 total biaya tanpa investasi & Tarif RSIA BK	75	.662	.000
Pair 9 total biaya tanpa tenaga & tarif DRG RS Tipe C	75	.139	.233
Pair 10 total biaya tanpa tenaga & Tarif DRG RS Tipe B	75	.139	.233
Pair 11 total biaya tanpa tenaga & Tarif DRG RS Tipe A	75	.143	.220
Pair 12 total biaya tanpa tenaga & Tarif RSIA BK	75	.697	.000
Pair 13 total biaya tanpa investasi dan tenaga & tarif DRG RS Tipe C	75	.138	.238
Pair 14 total biaya tanpa investasi dan tenaga & Tarif DRG RS Tipe B	75	.138	.238
Pair 15 total biaya tanpa investasi dan tenaga & Tarif DRG RS Tipe A	75	.144	.218
Pair 16 total biaya tanpa investasi dan tenaga & Tarif RSIA BK	75	.634	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences							t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference		Upper				
				Lower	Upper					
Pair 1 total biaya rumah sakit - tarif DRG RS Tipe C	2035567.05009	1539394.35323	177753.94885	1681384.57558	2389749.52461	11.452	74	.000		
Pair 2 total biaya rumah sakit - Tarif DRG RS Tipe B	1049769.50343	1560947.53299	180242.69567	690628.09261	1408910.91424	5.824	74	.000		
Pair 3 total biaya rumah sakit - Tarif DRG RS Tipe A	314861.19676	1587202.03193	183274.30408	-50320.82567	680043.21919	1.718	74	.090		
Pair 4 total biaya rumah sakit - Tarif RSIA BK	-2789917.85964	2693049.02026	310966.51536	-3409532.16704	-2170303.55224	-8.972	74	.000		
Pair 5 total biaya tanpa investasi - tarif DRG RS Tipe C	533382.27980	773950.18181	89368.06916	355312.51492	711452.04468	5.968	74	.000		
Pair 6 total biaya tanpa investasi - Tarif DRG RS Tipe B	-452415.26687	840694.26789	97075.01237	-645841.45132	-258989.08242	-4.660	74	.000		
Pair 7 total biaya tanpa investasi - Tarif DRG RS Tipe A	-1187323.57353	905554.67050	104564.44656	-1395672.78135	-978974.36572	-11.355	74	.000		
Pair 8 total biaya tanpa investasi - Tarif RSIA BK	-4292102.62993	3080951.76087	355757.66570	-5000965.25258	-3383240.00728	-12.065	74	.000		
Pair 9 total biaya tanpa tenaga - tarif DRG RS Tipe C	1202500.35167	1395084.43157	161090.47442	881520.57472	1523480.12861	7.465	74	.000		
Pair 10 total biaya tanpa tenaga - Tarif DRG RS Tipe B	216702.80500	1418145.98964	163753.39377	-109582.95458	542988.56458	1.323	74	.190		

	Paired Differences							t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	% Confidence Interval of the Difference		Lower	Upper			
Pair 11	total biaya tanpa tenaga - Tarif DRG RS Tipe A	-518205.50167	1446622.76917	167041.60904	-851043.17318	-185367.83015	-3.102	74	.003	
Pair 12	total biaya tanpa tenaga - Tarif RSIA BK	-3622984.55807	2740292.11761	316421.67835	-4253468.51500	-2992500.60113	-11.450	74	.000	
Pair 13	total biaya tanpa investasi dan tenaga - tarif DRG RS Tipe C	-299684.41868	657894.29947	75967.09018	-451052.15007	-148316.68730	-3.945	74	.000	
Pair 14	total biaya tanpa investasi dan tenaga - Tarif DRG RS Tipe B	-1285481.96535	733926.51414	84746.53410	-1454343.12061	-1116620.81009	-15.169	74	.000	
Pair 15	total biaya tanpa investasi dan tenaga - Tarif DRG RS Tipe A	-2020390.27202	806744.59172	93154.84144	-2206005.34537	-1834775.19866	-21.689	74	.000	
Pair 16	total biaya tanpa investasi dan tenaga - Tarif RSIA BK	-5125169.32842	3163266.04095	365262.50005	-5852970.74693	-4397367.90991	-14.031	74	.000	

Lampiran 2 Alur Pelayanan Medik

KEGIATAN

	H-1	Ket	H-2	Ket	H-3	Ket	Tempat
I. PENDAFTARAN							
1 Catat identitas pasien	V						UGD
2 Siapkan status	V						UGD
3 Periksa kelengkapan status	V						UGD
4 Memberikan status dan kartu berulang	V						UGD
II. PENEKAMAN DIAGNOSIS							
1 Pencatatan Pasien	V						UGD
2 Anamnesis dan pemeriksaan vital sign oleh	V						UGD
3 Pemeriksaan Dokter Spesialis Kandungan	V						UGD
Anamnesis	V						UGD
Pemeriksaan Fisik	V						UGD
Pemeriksaan keadaan umum	V						UGD
Pemeriksaan Obstetri	V						UGD
4 Konsultasi dokter	V						KB
Umum	V						KB
Penyakit SpOG							
5 Pemeriksaan Penunjang							
Laboratorium	V				V		KB
Darah Lengkap	V						KB
USG							
III. PRA OPERASI							
1 Visite dokter	V						KB
Anamnesis	V						KB
Pemeriksaan Fisik	V						KB
Pemeriksaan Keadaan Umum	V						KB
Pemeriksaan vital sign	V						KB
Pemeriksaan Obstetri	V						KB
2 Konsultasi dokter spesialis	V						KB KH
Kandungan							
3 Asuhan Kebidanan							

Mengukur tanda vital pasien	V							KB KH
Mempuasakan pasien	V							KB KH
Memberikan obat sesuai instruksi dokter	V							KB KH
Memasang infus	V							KB KH
Mencukur daerah operasi	V							KB KH
Memasang kateter	V							KB KH
Mengkaji tingkat kenyamanan pasien	V							KB KH
Memberikan dukungan dan motivasi	V							KB KH
Tata laksana PES	V						cateter, MgSo4 IV, MgSO 4 drip	KB KH
Mengukur Balance cairan	V							KB KH
mengobservasi his dan DJF	V							KB KH
4 Pemberian Obat Antibiotika								
Kedacilin	2						2 gram/ IV	OK
Infus RL	5							OK
Obat-obat Lain								
syntocinon	1						10 unit	OK
O 2								
2 liter								OK
IV. OPERASI								
1 Pembiusan Anestesi spinal								
lidocain	V							OK
epedrin	V							OK
syntocinon	V							OK
primperan	V							OK
metergin	V							OK
morfin	V							OK
sulfas atropin	V							OK
2 Pembedahan								
Prosedur Pembedahan								dilakukan secara
Pasien tertentang dalam anestesi	V							OK
A dan Antiseptik Daerah Operasi	V							OK

Mengobservasi kontraksi uterus dan perdarahan	24	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
megobservasi luka operasi dan rembesan	24	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
Memberikan obat sesuai instruksi dokter	3	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
Mengobservasi rasa nyeri pada pasien	3	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
Memberikan makanan sesuai diet	3	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
Membantu mobilisasi pasien	3	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
Memberikan dukungan dan motivasi pada pasien	3	KB KH	3	Ruang SKD	3	Ruang SKD
4 Pemberian Obat						
IVFD						
NaCl			1			Ruang SKD
tranfusi darah			1	PRC		Ruang SKD
Ringer Laktat			2			Ruang SKD
Iberet			2		2	2x1 tabl
Mefinal			3		3	3x1 tabl
5 Diet Makanan						
ML						
MB			V		V	Ruang SKD
6 Ganti Verban						
Jika luka baik (normal)			V			Ruang SKD
Jika ada indikasi (luka tidak kering, merah, nanah +)						
VI. ADMINISTRASI PASIEN PULANG						
1 Hidup						
Ijin Dokter					V	Ruang SKD
Membuat resep sebelum pulang					V	Ruang SKD
Membuat resume medis sebelum pasien pulang					V	Ruang SKD
Membuat rekapitulasi pemakaian obat dan alat					V	Ruang SKD
Memeriksa bukti pembayaran					V	Ruang SKD
Menyerahkan resume keperawatan					V	Ruang SKD
Menyerahkan kartu kontrol					V	Ruang SKD
Pendidikan Kesehatan (penyuluhan)					V	Ruang SKD

Durasi	Pelaksana a	Ket	LANGSUNG				TUC
			Gedung dan Alat	vol	Investasi sat	UC	
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll			31	296.56	9.194
2	med rec	by iphone diambil /	UGD		1354	616.32	834.495
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll	KB		50	840.81	42.040
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll	OK		1430	222.25	317.813
			SKD		30	217.18	6.515
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll	LAB		2895		1.210.057
5	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
2	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
5	kerja tim	Perawat, Bidan, dll					
5	dr nila						
5	dr SPOG						
5	Tenaga Lab						
5	dr umum						
5	dr umum						
2	dr umum						
5	dr umum						
5	dr umum						
5	dr Sp OG						

Operasional			Pemeliharaan				Tidak lgs	Rupiah	TIDAK LANGSUNG		Total Biaya
SDM	bidan	perawat	dokter umum	dokter spesialis obgyn	dokter spesialis anastesi	petugas lab	penata anastesi	Gedung dan	ATK	ART BLT	
vol	sat	UC	TUC	UC	TUC	UC	TUC	UGD	UCD	UCD	
	741 menit	289	214,199	289	214,199	289	214,199	UGD	1,971	UCD	25,989.72
	31 menit	206	6,394	206	6,394	206	6,394	KB	2,470	KB	9,884.16
	32 menit	584	18,698	584	18,698	584	18,698	OK	7,140	OK	32,097.84
	60.5 menit	854	51,656	854	51,656	854	51,656	SKD	222.67	SKD	5,622.51
	1 paket	#####	275,000	#####	275,000	#####	275,000	LAB	9.04	LAB	119.30
	30 menit	108	3,238	108	3,238	108	3,238		11,812		73,713.52
	1 paket	#####	120,000	#####	120,000	#####	120,000				
			689,185		689,185		689,185				
Biaya Rumah Tangga											
UGD	Sat	UC	TUC	UC	TUC	UC	TUC				
KB	1 pasien	2,570	2,570	2,570	2,570	2,570	2,570				
OK	1 pasien	21,571	21,571	21,571	21,571	21,571	21,571				
SKD	1 pasien	65,191	65,191	65,191	65,191	65,191	65,191				
CLAB	1 hari	673	673	673	673	673	673				
	1 pasien	80	80	80	80	80	80				
			90,085		90,085		90,085				
Biaya ATK											
UGD	Sat	UC	TUC	UC	TUC	UC	TUC				
KB	1 pasien	2165	2,165	2165	2,165	2165	2,165				
OK	1 pasien	4142	4,142	4142	4,142	4142	4,142				
SKD	1 pasien	3472	3,472	3472	3,472	3472	3,472				
LAB	1 hari	257	257	257	257	257	257				
	1 pasien	298	298	298	298	298	298				
			10,334		10,334		10,334				
Biaya BLT											
UGD	Sat	UC	TUC	UC	TUC	UC	TUC				
KB	1 pasien	5,170	5,170	5,170	5,170	5,170	5,170				
OK	1 pasien	3,697	3,697	3,697	3,697	3,697	3,697				
SKD	1 pasien	13,901	13,901	13,901	13,901	13,901	13,901				
LAB	1 hari	552	552	552	552	552	552				
	1 pasien	18	18	18	18	18	18				
			23,338		23,338		23,338				

Nama Obat	Harga Satuan	JML DOS	Jumlah Harga yang dipakai	Uraian	8.030	Vol	Sat	UC	TUC
Acron inj. (ranitidine)	16.995	0	0	dextrose 5 % inf	0		1 pasien	13.049	13.049
Adalat 10 mg	2.400	0	0	diazepam	0		1 pasien	23.726	23.726
Adalat 5 mg	1.606	0	0	digoxin	0		1 pasien	72.030	72.030
Adalat oros 20 mg	13.585	0	0	difenilin inj	0		1 hari	875	875
Adrenalalin inj	660	0	0	dormitum inj	0		1 pasien	185	185
Aldamet	9.995	0	0	dulcolax supp	10.038	per supp			
Alimmin F inj.	1.774	0	0	Dycinon inj	35	per tablet			
Amofluid inf.	2.932	0	0	Ephedrine 25 mg	1	35.3925			
Amoxan 500 mg	20.130	0	0	Ephedrine HCl inj	10.560				
Amoxan inj 1 gr	1.774	0	0	Esmeron 50 mg inj	0				
aquabidest 25 ml	14.581	0	0	ester C inj	18.635				
Asan Mefenamat 500 mg	1.920	0	0	ester C tab	0				
Aseping 500 ml ini.	798	0	0	flagyl supp 1 gr	0				
Aspirin	1.920	0	0	Fluimucil 200 mg kap	0				
Biosanbe tab	798	0	0	gastridin	7.948	per tablet			
bisopron inj	18.563	0	0	Hemobion	1.040	per kaplet			
bisolvon syrp	9.075	0	0	heparin	2.429	per tablet			
Bungsan 0.5 % inj.	5.829	0	0	iberet 500 mg	24.2928				
busopan inj	13.775	0	0	im boost force tab	0				
Ca. Glukonas inj.	36.857	0	0	inbion tab	1.100	per tablet			
captopril 12.5 mg	69.999	0	0	induxin inj	75	per tablet			
captopril 25 mg	6.500	0	0	lapepsa	0				
Catapres 150 mg inj.	530	0	0	Instotena	0				
cedocard 5 mg tab	720	0	0	insulin	0				
Cefadroxil 500 mg	6.600	0	0	ISDN 5 mg tab	7.903	per tablet			
Ceftriaxone inj.	9.788	0	0	isoprenosine tab	2.151				
Cholprenon	5.467	0	0	Kalium 25 mEq	28.726				
ciprofloxacin 500 mg	22.000	0	0	Kcl 25 meq 25 ml	57.452.01				
clindamycin 300 mg	442	0	0	Kedacilin inj 1 gr	0				
clinium 300 mg	4.100	0	0	Ketalar 100 mg/ml inj	0				
combivent 2.5 ml	4.100	0	0	Ketalar 50 mg/ml inj	0				
cortidex inj	4.100	0	0	Ketamin	0				
Cortidex tab	4.100	0	0	Ketopain	0				
Cytotex 200 mcg	4.100	0	0	Ketosterol	0				
DBP inj.	4.100	0	0	KSR	49.000				
dextrose 10 % inf	4.100	0	0	lanoxin inj	9.541				
				lasix inj	0				

Lampiran 3 Data Dasar

No	No RM	NAMA PASIEN	Umur	Kelas Kamar	IKTM/ GAKI	ASKES
1	29 92 49	JIDA WIDIA-ROMI KURNIAW	17	SKD	>	
2	29 97 46	KASUM-MUHAMMAD	33	SKD	>	
3	29 95 92	OBARIAH-AGUS SUWARNI	34	SKD	>	
4	29 84 07	NOVITA SARI-M. RIZAL	18	SKD	>	
5	29 85 58	HERMIATI-DENY HERMAW	27	SKD	>	
6	29 91 96	MULYATI-H-SURTO	34	SKD	>	
7	29 88 32	CHRISTIEN-OKI SUSANTO	31	SKD	>	
8	29 94 22	MARYATI-RUSTAM	36	SKD	>	
9	29 99 99	ENIH APRIANI-GITO RASIT	33	SKD	>	
10	30 00 85	SUMIYATI-UMAR DANI	37	SKD	>	
11	30 20 30	URIPAH-TOIPUR	50	SKD	>	
12	30 22 94	SULYANAHI-SYAIFUL RAHM	30	SKD	>	
13	30 37 83	IURHAYATI-SYAHRIUL MUJ	30	SKD	>	
14	30 39 32	SULASTRI-WIRATMOKO	28	SKD	>	
15	30 54 20	JUMROH-SUHENDRA	26	SKD	>	
16	30 58 72	SANAH-ANDRE AGUS SET	28	SKD	>	
17	30 60 06	MULYA NINGSIH-ABDUL	20	SKD	>	
18	38 50 02	MARYATI-SUJONO	47	SKD	>	
19	38 56 52	SAWATI-STEEVE MAHARI	21	SKD	>	
20	39 57 60	RESKA DWI-TB. SAPIUDIN	20	SKD	>	
21	39 62 80	MURNI SUNDARI-RIUKMAN	20	SKD	>	
22	39 69 41	NINING-NAWI	34	SKD	>	
23	39 70 09	JULASMINI-MOCH. AMASIDI	30	SKD	>	
24	39 68 19	NING INDAH WAHYUNI-SUTI	26	SKD	>	
25	39 75 72	SI HERAWATI-AHMAD ADR	26	SKD	>	
26	39 76 72	NURHAENI-SUBAGYO	29	SKD	>	
27	30 21 60	ROHANA-SUHENDI	25	SKD	>	
28	30 26 76	EVISUPIAH-SYAHRONI	34	SKD	>	
29	30 27 48	LI FITRIA-M BUDHI MULYA	28	SKD	>	
30	30 27 80	NY SETIAWAN-LIEM OESK	32	SKD	>	
31	30 36 19	SURYENIMUH. SARBANI	21	SKD	>	
32	30 59 10	NURHAYATI-AGUS ARIFIN	32	SKD	>	
33	30 47 28	SARTINEM-SUKONO	38	SKD	>	
34	30 73 37	NURMAH-NURHASAN	37	SKD	>	
35	30 73 79	EVIRATNASARI-EFENDI	36	SKD	>	
36	30 75 50	RIOTUL HIDAYATI-AGUS S	31	SKD	>	
37	39 61 20	ASTRI ASTUTI-HASNAM	31	SKD	>	
38	39 66 87	RUAELA-ARIDIN B RISWAT	36	SKD	>	
39	39 62 08	SI DEVIANTI-RURI ASIMAR	20	SKD	>	
40	40 26 09	SRI SUPRIHATIN-SUGITO	38	SKD	>	
41	39 73 65	ESTRINA-RAMU ATMAJAY	22	SKD	>	
42	30 65 26	SUPARNI-SYAHRI	38	SKD	>	
43	40 87 83	SUTARNIYATI-HUSEN	24	SKD	>	
44	40 94 86	TIKA RONAH-SUSILO	36	SKD	>	
45	41 04 02	ZUBAEDIAH-KAMSIN	26	SKD	>	

Byr sendiri	Pendidikan	Alamat	Asal rujukan	Paritas	Kode ICD-X
	SD	Jakarta Barat	Datang sendiri	0	Z35.015
	SMA	Jakarta Utara	Pasien RSIA BK	2	O00.1.016
	SMA	Jakarta Pusat	Bidan Anis Nur setiy	3	Z35.2.014.1.J81
	SMA	Jakarta Barat	Datang sendiri	0	Z35.2.015
	SMA	Jakarta Barat	Bidan Rochaeni	0	Z35.014.1.J81
	SMA	Jakarta Barat	RS Tangerang	1	Z35.047.034.2.014.1
	SMA	Jakarta Utara	PKM grogol	0	O48.047.014.1.J81
	SD	Jakarta Barat	RBBK cab. Pekojan	4	O80.072.1.075.1
	SD	Jakarta Pusat	PKM Tn. Abang	3	Z35.015
	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	4	Z35.014.1.015
	tidak sekolah	Jakarta Barat	PKM. Tambora	8	Z35.044.1.099.0
	SMA	Jakarta Barat	Datang sendiri	1	Z35.047.014.1
	SMA	Jakarta Barat	RBBK cab. Petojo	1	Z35.014.1.068
	SMA	Jakarta Selatan	RB Avicena	0	Z35.015.068
	SMP	Jakarta Barat	Bidan Titik Hariyati	0	Z35.099.0
	SMA	Jakarta Barat	Bidan Rosdiana	0	Z35.047.016.P05.9
	SMA	Jakarta Barat	Bidan Nurmalia	0	Z35.014.1.J81
	SD	Jakarta Barat	PKM Kembangan	4	Z35.015
	SMP	Jakarta Pusat	Pasien RSIA BK	0	Z35.047.014.1.J81
	SMA	Jakarta Barat	Datang sendiri	0	Z35.047.014.1.J81
	SD	Jakarta Barat	Bidan Emi	0	Z35.047.0.014.1
	SD	Jakarta Barat	PKM Tambora	7	Z35.014.1
	SD	Jakarta Barat	RSUD tarakan	3	Z35.047.1.015
	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	0	Z35.047.2.015
	SMP	Jakarta Barat	Bidan Bustinar	0	O47.014.1.J81
	SMA	Jakarta Utara	PKM Tambora	1	Z35.015.034.2.045.9.036.4
	SMA	Jakarta Barat	PKM Tambora	0	Z35
✓	SMA	Jakarta Barat	RB Angrek Mas	2	Z35.014.1.014.0.068
	SMA	Jakarta Barat	RBBK cab. Grogol	1	Z35.014.1.J81
✓	SMA	Jakarta Barat	Datang sendiri	2	Z35.020.044.1
	SMA	Jakarta Barat	PKM Dwi Warna	0	Z35.014.1
	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	0	Z35.047.044
	SD	Jakarta Utara	PKM penterangan	2	Z35.047.014.1
	SMA	Jakarta Selatan	Bidan Komang	3	Z35.014.1.J81.036.4
	SD	Jakarta Barat	Bidan Imas	2	Z35.013
	S1	Jakarta Selatan	RSB Kartini	0	Z35.J81.042.042
✓	SMA	Jakarta Pusat	Bidan Anis	1	Z35.013.J81
	SD	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	2	Z35.014.1.J81.P08.0
	SMA	Jakarta Barat	Bidan Rosa Damaya	0	Z35.044.1.075.1
	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	3	Z35.014.1.J81.030.0
✓	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	0	Z35.047.014.1.J81.041.0.099.0
✓	SMA	Jakarta Barat	Pasien RSIA BK	3	Z35.034.2.032.1
	SMP	Jakarta Pusat	PKM Gambar	0	Z35.047.042.015
	SD	Jakarta Barat	PKM Kembangan	2	Z35.014.1.J81
	SMP	Jakarta Barat	Bidan Cendana	0	Z35.014.1.J81.099.0

Diagnosa awal	Diagnosa utama	Penyakit	Penyerta
G 1 hamil 36 mgg d/ PK I laten + riw eklamsi			riw eklamsi
G 3 P 1 A 1 hamil 7 d/ KET + hipertensi			
G 4 P 3 A 0 hamil 28 mgg d/ PEB + susp oedem paru		susp oedem paru	
G 1 hamil 26 mgg d/ eklamsi			
G 1 hamil 35 mgg d/ PEB + sesak e.c oedem paru		sesak e.c oedem paru	pks SC 1 x
G 2 P 1 A 0 hamil 40 mgg d/ belum inpartu + bks SC 1 x + PEB + dd/ oedem paru			
G 1 P 0 A 0 hamil 43 mgg d/ belum inpartu + PEB + susp oedem paru		suspek oedem paru	
P 4 A 0 post partum 1 jam 30 menit d/ HPP e.c atonia Uteri + syok			
G 4 P 3 A 0 hamil aterm d/ PK I aktif + eklamsi imminens			
G 5 P 4 A 0 hamil 30 mgg d/ PEB + eklamsi imminens			
G 5 P 8 (+1) A 0 hamil 32 mgg d/ kontraksi + HAP e.c PPT + anemia ringan (Hb : 9.0)		anemia ringan	
G 2 P 1 A 0 Hamil 39 mgg d/ belum inpartu + PEB			
G 2 P 1 A 0 hamil 40 mgg d/ partus kala I fase laten + PEB + keluar air-air 1 jam + anc. Gawat Janin			
G 1 P 0 A 0 hamil 35 mgg d/ riw eklamsi + gawat janin + susp oedem plasenta		suspek solusio plasenta	
G 1 P 0 A 0 Hamil 24 mgg d/ kontraksi + anemia berat (Hb 5.0)		anemia berat	
G 1 P 0 A 0 hamil 40 mgg d/ belum inpartu + eklamsi imminens + susp IUGR			
G 3 P 0 A 0 hamil 41 mgg d/ Partus kala I fase Aktif + PEB + susp oedem Paru + Ketuban Pecah 2 jam			
G 5 P 4 (+1) A 0 hamil 34 mgg d/ partus kala I fase laten + eklamsi imminens			
G 3 P 0 A 0 hamil aterm d/ belum inpartu + PEB + oedem paru		oedem paru	
G 3 P 0 A 0 hamil 40 mgg d/ belum inpartu + PEB + obs sesak ec oedem paru		obs sesak ec oedem paru	
G 3 P 4 (+1) A 0 hamil 37 mgg (HPHT) aterm (kilnis) d/ belum inpartu + PEB			
G 3 P 7 A 0 hamil 34-35 mgg d/ Partus kala I fase aktif + PEB			
G 3 P 3 (+1) A 0 hamil 33 mgg d/ blim inpartu + eklamsi imminens			
G 2 P 0 A 0 hamil 40 mgg d/ belum inpartu + eklamsi imminens + os tidak bisa melihat			
G 2 P 0 A 0 hamil 47 mgg d/ belum inpartu + PEB + Suspek oedem paru			
G 2 P 1 A 0 hamil aterm d/ belum inpartu + eklamsi imminens + bekas SC + solusio plasenta + IUFD		solusio plasenta	oedem anasarka
G 8 P 0 A 0 hamil aterm d/ partus kala II + ketuban pecah 30 menit			
G 5 P 2 A 0 Hamil 32 mgg d/ kontraksi + PEB + Hellp Syndrome + anc. gawat janin			
G 1 P 0 A 0 hamil 39 mgg d/ HAP e.c + PPT + kontraksi + perdarahan berulang			
G 1 P 0 A 0 Hamil 39 minggu d/ Partus Kala I Laten + PEB			
G 1 P 0 A 0 Hamil 39 mgg d/ belum inpartu + Kepala di atas PAP + Bekas Laparotomi + plasenta letak rendah + Ketu		plasenta letak rendah	
G 3 P 2 A 0 hamil 38 mgg d/ belum inpartu + PEB			
G 4 P 3 (+1) A 0 hamil 28 mgg d/ Konstraksi + PEB + Suspek Oedem paru + IUFD			
G 3 P 2 A 0 Hamil aterm d/ PEB			
G 1 P 0 A 0 hamil 41 mgg d/ Partus kala II + sesak e.c oedem Paru + Ketuban Pecah 4.5 jam			
G 2 P 1 A 0 hamil 35 mgg d/ PEB + oedem paru			
G 4 P 0 (+1) A 1 hamil 37 mgg d/ Partus Kala I fase aktif + PEB + Suspek oedem paru + makrosomi		Suspek Oedem paru	
G 1 P 0 A 0 hamil 35 mgg d/ kontraksi HAP e.c PPT + syok			
G 5 P 3 (+1) A 1 hamil 36 mgg d/ partus kala I fase aktif + PEB + Suspek Oedem paru + gemelly		Suspek Oedem paru	
G 1 hamil 38 mgg d/ belum inpartu + PEB + oedem paru + IC A 6.1 + anemia ringan (hb: 8.7)			anemia ringan
G 4 P 3 A 1 hamil 34 mgg (USG) aterm (kilinis) d/ Partus kala I laten + bekas SC 1x'06 + letak sungsang			letak sungsang
G 1 P 0 A 0 hamil 38 mgg d/ belum inpartu + KPD 6 jam + HDK			HDK
G 3 P 2 A 0 hamil 36 mgg d/ partus kala I fase laten + PEB + sesak e.c oedem paru		sesak e.c oedem paru	anemia sedang
G 1 P 0 A 0 hamil 32 mgg d/ PEB + susp oedem paru + anemia sedang (Hb 8.3)		suspek oedem paru	

data penunjang	KODE ICD-X	diagnosa utama	Diagnosa akhir	penyulit	penyerta
	O82 O14.1 O15	P1 Post SC d/ PEB + riwayat eklamsi		riwayat eklamsi	
	O00.1 -5.743. T80.9	P1 A 2 post Laparotomi d/ KET + post Transfusi		odem paru	
	O82 O14.1 J81	P1 A 0 post SC d/ PEB + odem paru			
	O82 O15	P1 A 0 post SC d/ eklamsi		susp oedem paru	bks SC
	O82 O14.1 J81	P1 post SC d/ PEB + susp oedem paru			
	O82 O34.2 O14.0	P2 A0 post SC d/ bks SC + Heliip Syndrom			
	O82 O14.1 J81	P1 post SC d/riw PEB + susppek oedem paru		susppek oedem paru	
	5.683. T80.9	P4 post hysterektomi total + post transfusi 13 unit		riw eklamsi berulang	
	O80 O14.1 O15	P4 post partum + PEB +riw eklamsi berulang			
	O82 O15 J81	P5 post SC d/ PEB + eklamsi irminrens + observasi sesak			
	O82 Z30.2 D62 T80.9	P9(+1) post SC d/ post steril pomroy + anemia sedang + post transfusi			
	O82 O15	P2 A1 post SC d/ eklamsi imminrens + ICA 7.1			
	O82 O14.0 O45.9 N17.0	P2 post SC d/ helip syndrom + solusio plasenta 1/5 bagian + susppek gg. Ginjal		enta 1/5 bagian + susppek gg. Ginjal	
	O82 O15	P1 post SC d/ riw eklamsi + riw oliguria + obs. Kemburuc + hiposalbuminemia(2.1) + trombositopenia (66)		riw oliguria	
	Z35. T80.9	G1 hamil 24 mngg d/ kontraksi + post transfusi PRC 5 unit			
	O82 O15	P1 post SC d/ eklamsi imminrens perbaikan			
	O82 O15	P1 post SC d/ Heliip Syndrom			
	O82 O14.0	P5 (+1) A0 post SC d/ riwayat eklamsi			
	O82 O15	P1 post SC d/ oedem paru perbaikan			
	O82 J81	P1 post SC d/ PEB + Oedem Paru		Oedem Paru	
	O82 O14.1 J81	P1 post SC d/ riw eklamsi			
	O80 T80.9	P8 post partum + post transfusi			
	O82 O15	P1 (+1) A0 Post SC d/ eklamsi			
	O82 O14.1	P1 A0 post SC dengan TD tidak terkontrol + PEB			
	O82 O14.1 J81	P1 post SC d/ PEB + Suspek Oedem Paru			
	O82 O14.1 N17.0	P2 (+1) Post SC hari ke2 d/ PEB. anuria. GGA (gagal ginjal akut)		(gagal ginjal akut)	Hb: 6.1 gr/dl. ureum 72
	O81.4.072.1	P1 post vacuum ext d/ HPP (500 cc)			
	O82 O15 O14.0	P3 Post SC d/ eklamsi + Heliip Syndrome		Heliip Syndrome	
	O82 O14.1 J81	P1 post SC d/ PEB + oedem paru			
	O82 O44.1 O72.1	P3 Post SC d/ PPT + HPP 1000 CC		Heliip syndrome	
	O82 O14.1 O14.0 D62	P1 A0 post SC d/ PEB + Heliip syndrome + anemia ringan			Decompensasi cordis
	O82 O14.1 J81.9	P3 A0 post SC d/ PEB + Decompensasi cordis		oedem Paru	
	O82 O14.1 J81 Z37.1 Z30.2	P4 (+2) A0 post SC d/ PEB + oedem Paru + IUFD gemelly + steril pomroy		Oedema Paru	
	O80 O14.1 J81	P3 A0 post partum. d/ PEB dan Oedema Paru Perbaikan			pneumonia
	O81.3 J13	P1 post forsep ekstraksi +d/ riw sesak. s.c pneumonia perbaikan			broncho pneumonia
	O82 J81 J18.0	P2 A0 post SC d/ oedem paru + broncho pneumonia		oedem paru	
	O82 O14.1 J81	P3 (+1) A1 post SC d/ PEB + oedem Paru			
	O82 O75.1 T80.9 D62	P1 A0 post SC d/ riw syok + post transfusi 2 unit + Anemia sedang (hb 8.0)		oedem Paru	
	O84.2 O14.1 J81	P5(+1) A1 post SC d/ PEB + susppek oedem paru + gemelly		oedem paru	
	O82 O14.1 J81	P1 A0 post SC d/ PEB perbaikan + oedem paru perbaikan			
	O82 O72 T80.9	P4 A1 post SC d/ riw HPP 2000 cc + post transfusi 4 unit			
	O82 O14.0 O42	P1 post SC d/ Heliip syndrome + KPD			
	O82 O14.0 Z30.2 T80.9 D62	P3 post SC d/ riwayat Heliip syndrome + steril pomroy + anemia ringan + post transfusi 5 unit		oedem Paru	
	O82 O14.1 J81 O99.0	P1 post SC d/ PEB perbaikan + riwayat oedem paru + anemia sedang (Hb 8.3)			

No Medrec	DU	D2	D2	P2	P	IMA DRG	>Nama Kelompok DRG
299249	O.82.1	O.14.0	O.15.9		74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
299746	O.00.9	O.43.0			54.19	061401	IP OTHER DIGESTIVE SYSTEM PROCEDURES
299592	O.14.0	J.81			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
298407	O.82.1	O.15.9			74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
298568	O.82.1	O.14.0	J.81		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
299196	O.82.1	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
298832	O.82.1	O.14.0	J.81		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
299422	O.72.1	O.62.2	D.50.9	99.04	68.6	146122	IP VAGINAL DELIVERY WITH PROCEDURE EXCEPT STERILIZATION & OR DILATION
299999	O.14.0	O.15.9			72.31	134161	IM ANTEPARTUM DISORDERS
280086	O.82.1	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
302030	O.82.1	D.50.9			66.32	146102	IP CESAREAN DELIVERY
302294	O.82.1	O.15.9		99.04	74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
303783	O.82.1	O.14.0	N.17.8		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
303932	O.82.1	O.15.9	E.88.0		74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
305672	O.82.1	O.15.9			74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
306006	O.82.1	O.14.9			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
305002	O.82.1	O.15.9			74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
305652	O.82.1	J.81			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
305750	O.82.1	O.14.9	J.81		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
306280	O.82.1	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
307009	O.82.1	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
306619	O.82.1	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
307572	O.82.1	J.81			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
302150	O.14.0	O.14.0	N.17.9		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
302676	O.81.4	O.72.1			72.79	146132	IM VAGINAL DELIVERY w/CC
302748	O.15.9	O.14.0			74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
302780	O.14.0	J.81			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
303619	O.82.1	O.72.1			74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
305910	O.14.0	D.64.9			74.1	146101	IP CESAREAN DELIVERY
304728	O.42.9				74.99	146101	IP CESAREAN DELIVERY
307337	O.82.1	O.14.0	I.51.9		66.32	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
307379	O.82.1	O.14.0	J.81	P.95	73.59	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
307550	O.82.1	O.14.0	J.81		72.79	146132	IM VAGINAL DELIVERY w/CC
306120	O.81.5	A.16.2			74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
306687	O.82.1	J.81	J.18.0		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
273865	O.82.1	O.14.0	J.81		74.99	146102	IP CESAREAN DELIVERY w/ CC
305208	O.82.1	O.43.0	D.64.9		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC
402609	O.82.1	O.14.0	J.81		74.99	146103	IP CESAREAN DELIVERY w/ MCC

RS C ALOS	RP	RS B		RS A	IP	NO	BULAN	KETERANGAN	DEBET	KREDIT
		ALOS	RP							
5.64	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	NIHIL	JANUARI	ROMI K - WINDA W / NY	9120102	4.560.951
9	2.249.669	9.1	3.808.794	9.1	4.960.242		JANUARI	AGUS S - SOBARIAH / NY		5.100.192
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JANUARI	MIZAL - NOVITA S / NY		5.661.284
5.64	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	JUNI	DENNY H - FITRI E Y / NY & BY		3740538
0	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JANUARI	SUROTO - MULYATI H / NY		4.690.943
5.55	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	NIHIL	JANUARI	OKI S - CHRISTIEN / NY	4349066	115
7.54	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JANUARI	GITO R - NENIH A / NY		11933616
4.16	1.031.734	4.2	1.746.774	4.2	2.274.845	PKRS	JANUARI	UMAR D - SUMYATI / BY / TUNAI		3117707
4.87	801.579	4.9	1.357.110	4.9	1.767.382	PKRS	JANUARI	AB14125		1002100
5	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	JANUARI	AB14766		
5	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	NIHIL	FEBRUARI	TOIPUR - URIPAH / NY	3870979	115
5	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	MARET	SYAIFUL R - ROSLIYANAH / NY		4627194
0	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	MARET	SYAHRUL M - EVAN / NY		4470625
0	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	MARET	WIRATMOKO		5930000
5.64	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	APRIL	SUHENDRA - JUMROH / NY		972.452
5.64	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	APRIL	ANDRE AGUS S - NURHASANAH / NY		3.641.517
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	APRIL	SUDOMO - MARYATI / NY & BY		4.867.950
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS		STEEVE M - MEGAWATI / NY & BY		5.057.708
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JUNI	MAYI - NINING / NY & BY		4723599
5.55	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	JUNI	RUKMAN - MURNI S / NY & BY		3658627
5.55	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	JUNI	MAYI - NINING / NY & BY		
5	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	JUNI	SUTRISNO - ENDANG I W / NY		4518324
7.54	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JUNI	A ADRIAN - DESIH / NY & BY		6173752
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	MARET	SUHENDI - ROHANA / NY		2866398
6.03	1.185.286	6	2.006.744	6	2.613.408	PKRS	MARET	SYAHROMI - EVI S / NY		
0	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	MARET	M BUDI M - HERLY F / NY		
0	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	MARET	LIEM OSMAN - LANY S / NY / TUNAI		5175070
5	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	MEI	M SARBANI - SURYEMI / NY		4210972
5	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	MEI	AGUS A - NURHAYATI / NY		4862438
5	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	APRIL	SUKONO - SARTINEM / NY		4.323.104
5.55	1.230.429	5.5	2.083.173	5.5	2.712.943	PKRS	APRIL	SUKONO - SARTINEM / NY		
7.54	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JUNI	EFFENDI - EVI R / NY & BY		3.978.878
0	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JUNI	AGUS S - MUNTASIROTUL / NY & BY		5561954
7.54	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JUNI	HASNAM - ASTRIA / NY & BY		14854327
7	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	JULI	AIDIN B R - NURLELA / NY & BY		
5.64	1.365.964	5.6	2.312.640	5.6	3.011.781	PKRS	JULI	RURI AMSANI - DESID / NY & BY		7924106
7.54	1.683.330	7.5	2.849.956	7.5	3.711.534	PKRS	SEPTEMBER	SUGITO - SRI SUPRIHATIN / NY & BY		8619835

BIAYA INVESTASI	BIAYA SDM	BIAYA ART	BIAYA ATK	BIAYA BLT	BY NON MAKANAN	BIAYA LISTRIK	BIAYA AIR
1297442	689185.13	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8079.1232
1208693.5	92240.07	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8079.1232
1516906.4	798308.16	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1328728.5	858871.56	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
24162226.9	689185.13	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1528728.5	859077.82	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
6049226.75	689185.13	89748.915	10205.739	23061.798	109427.3	66113.954	7660.1195
24162226.9	973050.46	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1524787.8	812307.7	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1210056.8	889185.13	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
2435930.4	956928.63	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
892068.09	689185.13	89412.594	10077.264	22785.618	108989.67	52497.563	7241.1159
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
6049226.75	689185.13	89748.915	10205.739	23061.798	109427.3	66113.954	7660.1195
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1528728.5	812307.7	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1528728.5	859077.82	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
1528728.5	812307.7	90757.876	10591.164	23890.337	110740.19	76963.126	8917.1304
6049226.75	689185.13	89748.915	10205.739	23061.798	109427.3	66113.954	7660.1195
2736261.9	1086734	91430.517	10848.114	24442.697	111616.45	84195.908	9755.1376
1848763.6	973050.46	91430.517	10848.114	24442.697	111616.45	84195.908	9755.1376
6049226.75	689185.13	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
3871188.5	1086734	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
1208693.5	812307.7	90085.235	10334.214	23337.978	109864.93	69730.345	8917.1304
2736261.9	1087579.3	91430.517	10848.114	24442.697	111616.45	84195.908	9755.1376

BIAYA TELEPON	BIAYA OBAT	BIAYA PEMELIHARAAN	BIAYA TDK LGS	TOTAL	Biaya		Tot By		Tot By		Tot By	
					Operasional	Investasi	Tanpa Tenaga	Tanpa Tenaga	Tanpa Tenaga	Tanpa Tenaga		
8749.925205	604904.8485	11812.22098	73.713.52	2.997.239	1614271.73	1699797.47	2308054.36	1010612.344				
8749.925205	369372.1082	11812.22098	73.713.52	2.507.013	1212793.93	1296319.67	1983773.06	775079.6039				
9657.511394	1079230.733	11812.22098	73.713.52	3.811.488	2209056.231	2294561.97	3013180.17	1496273.815				
9657.511394	513409.6568	11812.22098	73.713.52	3.318.053	1703798.555	1789324.3	2459181.25	930452.7384				
9657.511394	499554.7295	11812.22098	73.713.52	4.022.010	1520257.197	1605782.94	3332824.66	916597.8111				
9657.511394	217190.595	11812.22098	73.713.52	3.022.040	1407785.757	1493311.5	2162962.19	634233.6767				
8296.132111	367236.3564	11812.22098	73.713.52	2.061.388	1370935.445	1456461.19	1372202.81	767276.059				
9657.511394	7110330.435	11812.22098	73.713.52	5.516.651	3014898.23	3100423.97	4543600.37	2127373.516				
8749.925205	630814.6323	11812.22098	73.713.52	3.057.523	1763304.082	1848829.83	2245215.58	1036522.128				
9657.511394	942153.7259	11812.22098	73.713.52	3.696.292	2085976.762	2171504.51	2883984.6	1359196.808				
8749.925205	245129.8293	11812.22098	73.713.52	2.550.079	1254496.711	1340022.46	1860394.12	650837.325				
9657.511394	711698.5713	11812.22098	73.713.52	4.521.601	2000144.54	2085670.28	3564672.09	1128741.553				
7842.339017	152185.4811	11812.22098	73.713.52	2.127.811	1150216.776	1235742.52	1438625.49	546557.3907				
8749.925205	390049.5696	11812.22098	73.713.52	2.816.758	1522539.02	1608064.76	2004450.52	796757.0653				
8296.132111	211434.7433	11812.22098	73.713.52	1.905.586	1215133.832	1300659.58	1216401.2	611474.446				
9657.511394	1146742.973	11812.22098	73.713.52	2.625.858	1331638.761	1417164.51	1813550.26	604856.8067				
8749.925205	442316.2387	11812.22098	73.713.52	3.951.592	2337338.135	2422863.88	3092514.56	1563786.055				
7842.339017	313855.7596	11812.22098	73.713.52	2.869.025	1574805.689	1660331.43	2056717.19	848023.7343				
8749.925205	354022.0974	11812.22098	73.713.52	2.292.739	1311887.055	1397412.8	1603553.46	708227.6692				
8296.132111	14888.25886	11812.22098	73.713.52	3.105.935	1491680.868	1577206.61	2246857.3	718128.7873				
8749.925205	621008.7388	11812.22098	73.713.52	2.780.807	1486511.547	1572037.29	1968499.05	759729.593				
40566.09758	158476.2851	11812.22098	73.713.52	1.709.116	1018587.347	1104113.09	1019930.72	414927.9615				
9657.511394	596752.3327	11812.22098	73.713.52	3.047.717	1753498.189	1839023.93	2235409.69	1026716.234				
7842.339017	1921256.963	11812.22098	73.713.52	3.388.659	1454379.667	1639905.41	2415618.52	566854.9527				
8749.925205	103686.1647	11812.22098	73.713.52	3.036.797	1743452.629	1828103.11	2224488.87	1015795.414				
9657.511394	2051238.106	11812.22098	73.713.52	3.881.650	2919288.258	3004814	3192466.11	2315628.872				
8749.925205	850575.1765	11812.22098	73.713.52	2.530.395	1236175.615	1321701.36	1718087.11	509393.6504				
8296.132111	254668.1991	11812.22098	73.713.52	4.856.088	3241833.268	3327359.01	3997009.7	2458281.187				
10565.09758	689616.6018	11812.22098	73.713.52	3.608.654	1994400.213	2079925.96	2796346.77	1267618.258				
8749.925205	558359.1606	11812.22098	73.713.52	1.949.020	1258567.287	1344093.03	1259834.65	654907.9017				
8749.925205	614307.575	11812.22098	73.713.52	5.267.768	2445980.41	2531505.15	4161034.04	1444772.131				
8749.925205	401029.6332	11812.22098	73.713.52	3.939.809	2005519.983	2091045.73	2966758.83	1117995.269				
8749.925205	1444983.001	11812.22098	73.713.52	2.258.179	1567726.042	1653251.79	1568993.41	964066.6563				
8749.925205	528812.8675	11812.22098	73.713.52	3.041.016	1746797.026	1832322.77	2228708.52	1020015.071				
8749.925205	667259.4678	11812.22098	73.713.52	2.707.294	1413074.907	1498600.65	1894986.4	686292.9525				
10565.09758	383054.5507	11812.22098	73.713.52	2.827.738	1533519.083	1619044.83	2015430.58	806737.1289				
		11812.22098	73.713.52	6.808.613	2851898.776	2937424.52	5721878.97	1850690.496				
		11812.22098	73.713.52	2.955.522	1661302.318	1746828.06	2143213.81	934520.3631				
		11812.22098	73.713.52	3.083.968	1789748.918	1875274.66	2271660.41	1062966.963				
		11812.22098	73.713.52	4.635.274	1813486.736	1899012.48	3547695.13	811433.2184				