

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **A. Latar Belakang**

Berdasarkan Undang-Undang Dasar pasal 28-H, Undang-Undang Nomor 23/1992 tentang Kesehatan dan Undang-Undang Nomor 40/2004, tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhinya hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu. Mekanisme sistem pembiayaan yang efektif dan efisien memerlukan jaminan kesehatan yang berbasis asuransi sosial salah satunya adalah program jamkesmas. Penyelenggaraan ini melibatkan beberapa pihak yaitu Pemerintah Pusat (DEPKES) dan Pemerintah Daerah, Pengelola Jaminan Kesehatan PT.ASKES dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yaitu Puskesmas dan Rumah Sakit, dimana masing-masing pihak memiliki peran dan fungsi yang berbeda dengan tujuan yang sama yaitu mewujudkan pelayanan kesehatan dan biaya serta mutu terkendali (Depkes RI, 2006).

Pelaksanaan jamkesmas menggunakan suatu sistem pembiayaan pelayanan yang dikenal dengan sistem INA-CBG (*Indonesia Case Base Group*) INA-CBG merupakan software untuk pengendalian biaya pelayanan kesehatan karena berhubungan dengan mutu, pemerataan, jangkauan dalam

sistem kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembelanjaan kesehatan serta mekanisme pembayaran untuk pasien berbasis kasus campuran. CBG pada prinsipnya sama dengan DRG adalah suatu sistem pemberian imbalan jasa pelayanan kesehatan pada penyedia pelayanan kesehatan yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit sebagai upaya pengendalian biaya tanpa mengesampingkan pelayanan kesehatan yang bermutu, sehingga pelayanan kesehatan yang diberikan bersifat efektif dan efisien. Diagnosis yang dituliskan dalam CBG sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9-CM. Pengelompokan diagnosis ditetapkan berdasarkan dua prinsip yaitu *clinical homogeneity* (pasien yang memiliki kesamaan klinis) dan *resource homogeneity* (sumber daya atau tindakan perawatan yang sama untuk terapi). Sistem pembayaran ini, rumah sakit maupun pihak asuransi tidak lagi merinci tagihan dengan membuat daftar pelayanan yang telah diberikan kepada seorang pasien, akan tetapi rumah sakit hanya menyampaikan diagnosis pasien waktu keluar rumah sakit (sembuh/meninggal) dan memasukkan kode ICD-10 untuk diagnosis tersebut. Besarnya tagihan untuk diagnosis tersebut sudah ditetapkan oleh pemerintah (Hatta, 2009).

Proses penentuan kode INA-CBG beserta tarifnya dimulai pada saat pasien keluar dari rumah sakit, data yang harus dimasukkan dalam software INA-CBG adalah data variabel yang dapat diambil dari resume medik dan data sosial pasien, kedua data tersebut dapat dikumpulkan secara manual maupun komputerisasi dari sistem manajemen rumah sakit (SIMRS). Rumah

sakit yang telah mempunyai SIMRS setelah data variabel tersebut dimasukkan kedalam software INA-CBG kemudian dilakukan grouping sehingga menghasilkan kode INA-CBG beserta tarif per pasien. Pada penerapan klaim jamkesmas dengan tarif INA-CBG ketepatan pengkodean akan menentukan besar-kecilnya biaya medis yang dikeluarkan. Diberlakukannya pola pembayaran dengan menerapkan INA-CBG mendorong pemberi pelayanan kesehatan (PPK) untuk lebih siap, lebih efisien dan efektif karena pengendalian biaya dan peningkatan mutu pelayanan sepenuhnya menjadi tanggung jawab PPK (Depkes, 2011).

RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta merupakan salah satu rumah sakit negeri yang telah menggunakan satu sistem pembayaran dengan berdasarkan INA-CBG untuk pasien rawat inap dengan fasilitas klas 3 (tiga) dengan jaminan asuransi jamkesmas. Pada tahun 2010 sebanyak 1000 (seribu) pasien rawat inap, dimana 30% merupakan pasien dengan indikasi dilakukan tindakan medis operatif.

Berdasarkan studi pendahuluan menggunakan wawancara dengan petugas rekam medis diketahui bahwa di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta pasien dengan disertai kode tindakan medis operatif pada sistem pembayaran INA-CBG cenderung lebih tinggi biaya yang dikeluarkan dibandingkan pembayaran INA-CBG tanpa disertai kode tindakan medis operatif. Suatu kasus pasien dengan diagnosis fraktur tanpa tindakan medis operatif dengan lama perawatan 5 (lima) hari tanpa komplikasi biaya yang

dikeluarkan akan lebih tinggi pada pasien fraktur dengan dilakukan tindakan medis operatif.

Berdasarkan latar belakang sebelumnya bahwa sistem pembayaran INA-CBG adalah sistem pembayaran yang ditetapkan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit, untuk itu sangatlah penting untuk dilakukan suatu analisis terhadap pengaruh suatu kode tindakan medis operatif terhadap biaya pelayanan kesehatan di bangsal bedah RSUP Dr. Sardjito pada penerapan sistem pembayaran INA-CBG.

## **B. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang tersebut di atas penulis akan mengangkat masalah : Apakah ada pengaruh kode tindakan medis operatif dan non medis operatif pada diagnosis *appendicitis*, *fraktur ekstremitas* dan *katarak* terhadap besaran biaya pelayanan pada sistem pembayaran INA-CBG di bangsal bedah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta ?

## **C. Tujuan Penelitian**

### **1. Tujuan Umum :**

Menganalisis pengaruh kode tindakan medis operatif dan non medis operatif pada diagnosis *appendicitis*, *fraktur ekstremitas* dan *katarak* terhadap besaran biaya pelayanan pasien jamkesmas rawat inap pada sistem pembayaran INA-CBG di bangsal bedah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

2. Tujuan Khusus :

- a. Mengetahui perbedaan tarif biaya pelayanan kesehatan pasien jamkesmas rawat inap dengan kode tindakan medis operatif dan non medis operatif pada penerapan sistem pembayaran INA-CBG di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.
- b. Mengetahui pengaruh kode tindakan medis operatif dan non medis operatif terhadap biaya pelayanan pada penerapan sistem pembayaran INA-CBG di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.

**D. Manfaat Penelitian**

Penelitian ini diharapkan akan bermanfaat bagi :

1. Instansi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai referensi dalam penelitian-penelitian selanjutnya yang berhubungan pada pengajuan klaim asuransi kesehatan berbasis INA-CBG.

2. Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai saran bagi rumah sakit dalam pengambilan kebijakan yang berkaitan dengan manajemen rumah sakit dalam penerapan program INA-CBG.

3. Peneliti

Menambah ilmu dan wawasan yang lebih luas dalam bidang asuransi kesehatan serta menerapkan teori- teori yang diperoleh di bangku kuliah.