

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan salah satu penyakit yang digolongkan ke dalam jenis penyakit katastropik, yaitu penyakit tidak menular yang berpotensi menjadi penyebab utama kematian sekaligus membutuhkan biaya tinggi selama proses penyembuhannya. PJK sendiri termasuk dalam jenis penyakit akibat gangguan fungsi jantung yang disebabkan adanya penyempitan arteri koroner oleh timbunan lemak (aterosklerosis) sehingga otot jantung kekurangan suplai darah (Cleveland Clinic, 2021). Selain itu, penyakit ini pun disebabkan oleh faktor risiko lain seperti pola hidup kurang sehat dan status ekonomi keluarga yang rendah (Setyaji et al., 2018).

Berdasarkan data dari WHO (2021), tercatat bahwa penyakit jantung dan pembuluh darah (kardiovaskular) termasuk PJK telah menyebabkan 17,9 juta kematian dari total 58 juta kematian penduduk (30,9%) di dunia setiap tahunnya. Di Indonesia, survei *Sample Registration System* dilakukan pada 2016 dan PJK menjadi penyebab kematian tertinggi kedua (13,3%) setelah penyakit serebrovaskular (Usman et al., 2019). Selain itu, menurut data Riskesdas (2019), pada tahun 2018, 15 dari 1000 penduduk Indonesia (1,5%) mengalami penyakit jantung dimana selang dua tahun berikutnya, data Profil Kesehatan Jawa Timur (2021) menyatakan bahwa pada tahun 2020, 15 dari 1000 penduduk Jawa Timur (1,5%) mengalami penyakit jantung. Data ini menunjukkan bahwa cakupan prevalensi penyakit jantung termasuk PJK adalah sama atau tidak ada perubahan

menuju penurunan dari tahun 2018 dengan skala nasional ke tahun 2020 di skala provinsi Jawa Timur.

Sejak Januari 2014, didasarkan pada Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, pemerintah menyelenggarakan suatu sistem pembiayaan kesehatan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial yang disebut sebagai Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sistem pembiayaan kesehatan ini dijalankan dalam rangka meningkatkan status kesehatan masyarakat dan mengurangi risiko penanggungan biaya kesehatan secara mandiri (*out of pocket*) yang seringkali berbiaya besar dan tidak terduga. Akan tetapi, pada penerapannya, pembiayaan kesehatan di Indonesia terus meningkat akibat beberapa sebab, salah satunya klaim penyakit katastropik. PJK menduduki posisi nomor satu sebagai penyakit katastropik dengan beban penyerapan biaya tertinggi dalam program JKN, yaitu mencapai sebesar lebih dari Rp 8,2 Triliun (Pratama, 2021). Selain itu, beban pembiayaan PJK tertinggi pada periode JKN 2016-2019 berada di provinsi Jawa Timur yang disusul oleh Jawa Tengah, Jawa Barat, DKI Jakarta, dan Sumatera Utara (Puspa, 2021).

Masalah beban biaya kesehatan yang tinggi khususnya pada PJK dapat ditanggulangi melalui pengendalian tata kelola yang baik pada salah satu fungsi pembiayaan kesehatan, yaitu pembelian (*purchasing*) (Annisa et al., 2020). *Purchasing* dalam program JKN didefinisikan sebagai fungsi biaya yang dapat digunakan untuk menyediakan intervensi kesehatan sesuai dengan ketersediaan Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan dan diharapkan dapat dimanfaatkan secara cermat dan efisien sesuai prioritasnya. Rumah sakit sebagai fasilitas kesehatan

rujukan tingkat lanjut (FKRTL) turut memegang peranan penting dalam *purchasing* program JKN. Berdasarkan Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional, rumah sakit berperan sebagai penyelenggara layanan kesehatan yang tidak lagi terbatas padai pasien umum melainkan juga pasien peserta JKN.

RS PHC Surabaya merupakan sebuah rumah sakit umum swasta kelas B Pendidikan yang terletak di Kota Surabaya, Jawa Timur. Rumah sakit ini beroperasi dengan visi untuk menjadi rumah sakit terbaik dalam memberikan pelayanan kesehatan. Visi tersebut akan dicapai melalui beberapa misinya, yaitu dengan memberikan pelayanan kesehatan bermutu tinggi sekaligus meningkatkan kinerja profitabilitas perusahaan. Salah satu bentuk pelayanan yang disediakan oleh RS PHC Surabaya adalah pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisistik maupun subspecialistik meliputi rawat jalan tingkat lanjut dan rawat inap tingkat lanjut. Pelayanan ini termasuk juga bagi pasien PJK dengan jenis pembayaran baik umum maupun dengan JKN. Kunjungan pasien PJK di RS PHC Surabaya berdasarkan instalasi dan jenis pembayarannya selama tiga tahun terakhir (2019-2021) adalah sebagai berikut:

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan Pasien PJK Berdasarkan Instalasi dan Jenis Pembayaran di RS PHC Surabaya Tahun 2019-2021

Kunjungan	Tahun					
	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Rawat Jalan						
JKN	2057	40,05%	1376	43,26%	767	42,42%
Umum	3079	59,95%	1805	56,74%	1041	57,58%

Tabel 1.1 Dilanjutkan ke Halaman 4

Lanjutan

Tabel 1.1 Jumlah Kunjungan Pasien PJK Berdasarkan Instalasi dan Jenis Pembayaran di RS PHC Surabaya Tahun 2019-2021

Kunjungan	Tahun					
	2019		2020		2021	
	n	%	n	%	n	%
Total	5136		3181		1808	
Rawat Inap						
JKN	208	43,33%	61	40,67%	53	44,17%
Umum	272	56,67%	89	59,33%	67	55,83%
Total	480		150		120	

Sumber: Diolah dari Laporan Unit Rekam Medis RS PHC Surabaya Tahun 2019-2021

Tabel 1.1 menunjukkan bahwa jumlah kunjungan pasien di RS PHC Surabaya periode tahun 2019 sampai 2021 cukup bervariasi. Jika ditinjau secara akumulatif, di tahun 2021, rumah sakit cenderung mengalami penurunan jumlah kunjungan dibandingkan dengan dua tahun sebelumnya meskipun pada pasien umum rawat jalan (57,58%) dan pasien JKN rawat inap (44,17%) mengalami peningkatan dibandingkan dengan tahun sebelumnya. Hal ini sesuai dengan penelitian Setyorini (2021) yang menyatakan bahwa kondisi pandemi Covid-19 sejak tahun 2020 menyebabkan rumah sakit swasta harus mengalami penurunan jumlah kunjungan pasien pada pelayanan rawat jalan dan rawat inap yang dapat berdampak terhadap penurunan pendapatan rumah sakit.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, rumah sakit juga berperan sebagai (*provider*) yang pembayaran atas penyediaan layanan kesehatannya akan dibayarkan secara prospektif dengan sistem klaim tarif paket yang disebut sebagai *Indonesian-Case Based Groups* (INA-CBGs) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagai penanggung

layanan kesehatan (*insurer*). Adanya pembayaran dengan sistem tarif INA-CBGs ini dapat menyebabkan rumah sakit memiliki selisih biaya dengan tarif riil rumah sakit. Selisih biaya yang terjadi dapat bernilai positif maupun negatif.

Tabel 1.2 Selisih Biaya antara Tarif INA-CBGs dan Tarif Riil Rumah Sakit pada Pelayanan PJK di RS PHC Surabaya Tahun 2021

Bulan	Profis	Tarif INA-CBGs (Rp)	Tarif Rumah Sakit (Rp)	Top Up (Rp)	Selisih Biaya (Rp)	%
Januari	27	709.529.300	722.126.844	98.637.400	86.039.856	11,9
Februari	26	631.854.300	879.368.779	65.933.700	-181.580.779	-20,6
Maret	29	622.580.500	885.662.286	10.725.800	-252.355.986	-28,5
April	31	582.007.700	630.029.200	32.703.700	-15.317.800	-2,4
Mei	39	638.242.800	1.012.942.914	21.997.900	-352.702.214	-34,8
Juni	31	600.676.100	672.485.612	32.703.700	-39.105.812	-5,8
Juli	15	213.084.300	260.018.884	-	-46.934.584	-18
Agustus	29	392.674.400	475.261.672	21.977.900	-60.609.372	-12,8
September	47	973.779.200	1.277.819.832	131.341.100	-172.699.532	-13,5
Oktober	33	742.433.000	855.751.474	187.777.000	74.458.526	8,7
November	47	695.724.100	908.165.206	35.411.800	-177.029.306	-19,5
Total	354	6.802.585.700	8.579.632.703	639.210.000	-1.137.837.003	-13,3

Sumber: Diolah dari Laporan Unit Casemix RS PHC Surabaya Tahun 2021

Tabel 1.2 menunjukkan mengenai selisih biaya yang dialami oleh RS PHC Surabaya dalam melayani pasien PJK-JKN. Persentase selisih biaya antara tarif INA-CBGs dan tarif rumah sakit cukup beragam pada setiap bulannya, yaitu antara 11,9% sampai -34,8% dengan nominal selisih biaya antara Rp 86.039.856 sampai Rp -352.702.214. Di akhir tahun, dengan produksi fisik mencapai 354 pasien, total selisih biaya pada pelayanan pasien PJK-JKN menunjukkan adanya selisih biaya negatif sebesar Rp -1.137.837.003 (-13,3%). Adanya selisih biaya negatif pada pelayanan ini dikhawatirkan dapat merugikan rumah sakit. Menurut suatu studi terdahulu, adanya perbedaan tarif dengan selisih besar, dapat menimbulkan dampak kerugian bagi FKRTL terutama rumah sakit swasta yang konsisten memperhatikan profitabilitas organisasi (Astuti, et al., 2021).

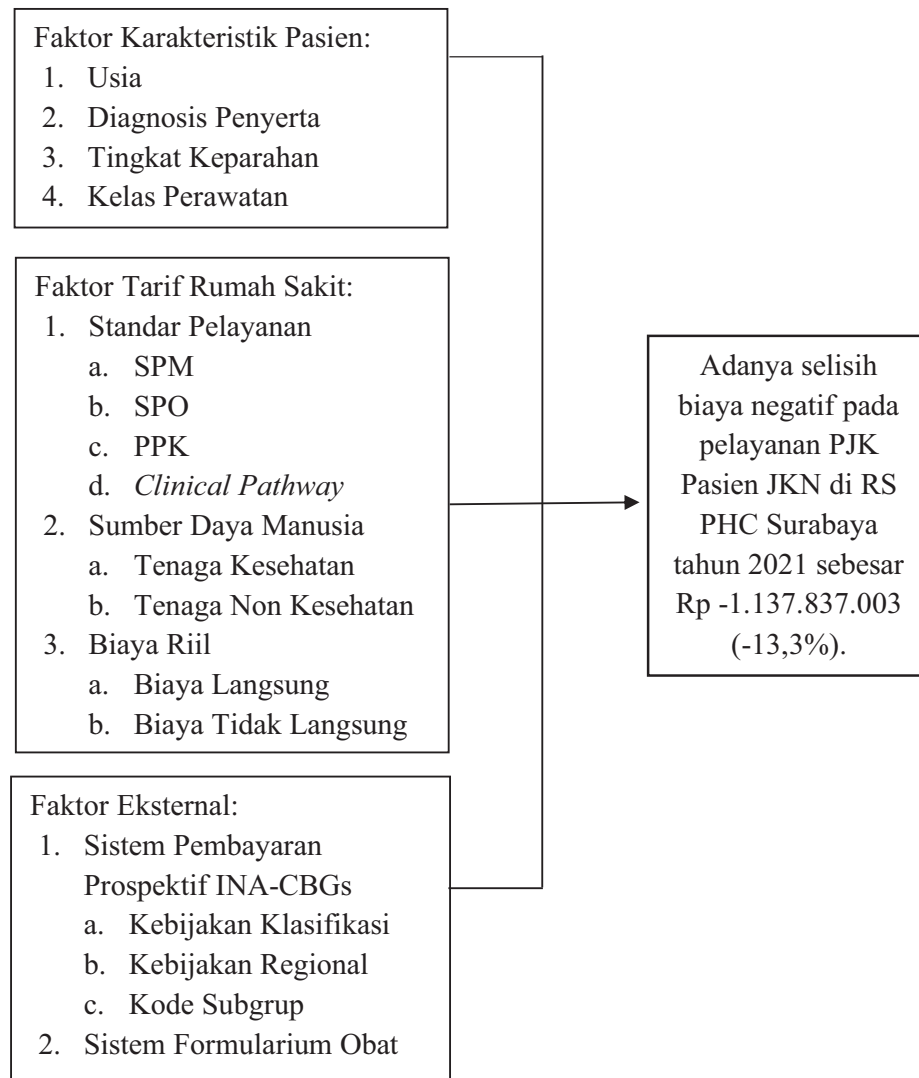
Di dalam mengatasi selisih biaya negatif, maka terdapat langkah strategis yang perlu dilakukan oleh manajemen rumah sakit, yaitu mengenai strategi efisiensi. Strategi pengelolaan ini dapat dijalankan melalui suatu metode yang disebut sebagai audit operasional. Audit operasional merupakan proses penilaian kinerja yang layak diaplikasikan dalam manajemen organisasi suatu fasilitas kesehatan. Berdasarkan suatu penelitian terdahulu, dijelaskan bahwa terdapat pengaruh efisiensi antara audit operasional terhadap kualitas laporan keuangan rumah sakit sehingga dapat diketahui penyebab selisih biaya dan rekomendasi perbaikan yang tepat bagi manajemen rumah sakit (Permatasari, et al., 2018). Hal ini dikarenakan manajemen yang memberikan perhatian terhadap audit operasional cenderung lebih terbuka dalam menindaklanjuti hasil audit dan rekomendasinya sehingga kinerja organisasi pun dapat ditingkatkan agar semakin efisien. Selain itu, penelitian lain juga menunjukkan adanya pengaruh secara positif pelaksanaan audit operasional terhadap efisiensi pelayanan kesehatan pasien BPJS di rumah sakit (Riyasari, et al., 2020).

Berdasarkan uraian latar belakang di atas, maka masalah yang diangkat dalam penelitian ini adalah adanya selisih biaya negatif pada pelayanan PJK pasien JKN di RS PHC Surabaya tahun 2021 sebesar Rp -1.137.837.003 (-13,3%).

1.2 Identifikasi Masalah

Mengacu pada data laporan RS PHC Surabaya, maka masalah penelitian ini adalah adanya selisih biaya negatif pada pelayanan PJK pasien JKN di RS PHC Surabaya pada tahun 2021 sebesar Rp -1.137.837.003 (-13,3%). Menurut penelitian

oleh Nisa & Raharjo (2021) serta Sari & Kawedar (2018), beberapa faktor yang memungkinkan terjadinya masalah tersebut antara lain:



Gambar 1.1 Identifikasi Penyebab Masalah

Berdasarkan identifikasi penyebab masalah pada Gambar 1.1, masalah selisih biaya negatif yang terjadi disebabkan oleh faktor karakteristik pasien, faktor tarif rumah sakit, dan faktor lingkungan eksternal.

1. Faktor Karakteristik Pasien

a. Usia

Berdasarkan penelitian Nisa & Raharjo (2021), mayoritas usia pasien pengidap PJK adalah pada kelompok usia 45-59 tahun. Usia disini merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi biaya sebab bertambahnya usia seseorang dapat memperlama hari perawatan yang mempengaruhi pengeluaran biaya.

b. Diagnosis Penyerta

Diagnosis penyerta dipengaruhi oleh komorbid dan komplikasi pasien. Semakin banyak jumlah diagnosis penyerta yang dialami oleh pasien, maka jumlah perawatan dan pengobatan pun akan semakin banyak. Hal ini akan mempengaruhi besaran biaya yang dikeluarkan.

c. Tingkat Keparahan

Tingkat keparahan penyakit dengan diagnosis utama PJK adalah bervariasi. Tingkat keparahan sendiri dipengaruhi oleh kondisi pasien yang mengalami komorbid maupun komplikasi. Kondisi tersebut mempengaruhi seberapa kompleks tindakan yang perlu dilakukan oleh rumah sakit yang mengakibatkan adanya perbedaan biaya yang juga perlu dibayarkan oleh pasien.

d. Kelas Perawatan

RS PHC Surabaya melayani kelas perawatan 1, 2, 3 bagi pasien JKN dengan diagnosis PJK. Kelas perawatan yang berbeda berpengaruh terhadap perbedaan tarif INA-CBGs yang dibayarkan oleh BPJS

Kesehatan kepada rumah sakit dan tarif pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit atas perawatan pasien.

2. Faktor Tarif Rumah Sakit

a. Standar Pelayanan

Berdasarkan data sekunder, RS PHC Surabaya menyusun suatu standar guna memberikan pelayanan yang bermutu sekaligus dapat melakukan efisiensi biaya. Standar pelayanan yang dimiliki oleh rumah sakit terdiri atas dokumen Standar Pelayanan Minimal (SPM), Standar Prosedur Operasional (SPO), PPK (Panduan Praktik Klinis), dan *Clinical Pathway*. Standar pelayanan yang ada perlu ditaati oleh setiap SDM di rumah sakit. Apabila standar pelayanan ini tidak dipatuhi, maka selisih biaya negatif dapat mungkin terjadi.

b. Sumber Daya Manusia

Kualitas SDM meliputi pengetahuan, keterampilan, dan komitmen dalam memberikan pelayanan bagi pasien PJK-JKN. Apabila SDM yang tersedia tidak atau kurang berkualitas, seperti pengetahuan petugas *coding* yang minim dalam pengkodean INA-CBGs, dokter yang tidak patuh terhadap SOP, perawat yang kurang terampil, maupun tenaga lainnya yang tidak berkomitmen dalam memberikan pelayanan sesuai prosedur maka dapat memungkinkan terjadinya selisih biaya negatif.

c. Biaya Riil

Besaran biaya riil RS PHC Surabaya dipengaruhi oleh komponen biaya yang terdiri atas biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Biaya langsung meliputi biaya kamar perawatan, pemeriksaan penunjang, tindakan medis, konsultasi, BHP medis, dan biaya administrasi bagi pasien PJK-JKN. Sedangkan, biaya tidak langsung terdiri atas biaya untuk menjalankan operasional, investasi, dan pemeliharaan (Sari & Kawedar, 2018). Penetapan tarif riil RS PHC Surabaya dilakukan dengan mempertimbangkan *unit cost* dan margin sehingga keduanya dapat mempengaruhi selisih biaya negatif yang dialami oleh rumah sakit.

3. Faktor Lingkungan Eksternal

a. Sistem Pembayaran Prospektif

Tarif INA-CBGs disusun berdasarkan diagnosis, diagnosis penyerta, dan tindakan yang diberikan kepada pasien yang dibayarkan di awal kepada rumah sakit menurut kode subgrup. Biaya pembayaran pada rumah sakit pun bervariasi bergantung pada klasifikasi atau tipe rumah sakit serta regional atau lokasi rumah sakit. Besaran tarif INA-CBGs ini dapat berpengaruh terhadap selisih biaya negatif rumah sakit.

b. Formularium Obat

Formularium merupakan ketetapan yang dibuat oleh pemerintah sebagai dasar pemberian terapi bagi pasien JKN. Formularium terdiri atas daftar nama obat, jenis, *unit cost* terkecil, spesifikasi teknis, dan

pabrik penyedia obat. Formularium ini berbentuk *e-katalog* yang dapat diakses dengan mudah bagi rumah sakit untuk memperoleh obat yang dibutuhkan oleh pasien. Harga dalam formularium dapat mempengaruhi terjadinya selisih biaya negatif di rumah sakit.

1.3 Pembatasan dan Rumusan Masalah

Pembatasan dan rumusan masalah dalam penelitian adalah sebagai berikut.

1.3.1 Pembatasan Masalah

Penelitian ini dibatasi hanya pada beberapa variabel sebagai akibat dari adanya keterbatasan sumber daya penelitian sekaligus untuk mencapai tujuan penelitian yang lebih efektif dan efisien. Batasan masalah dalam penelitian ini antara lain:

1. Faktor Karakteristik Pasien, populasi yang dianalisis adalah pasien rawat inap pada kelas perawatan JKN 1, 2, dan 3 yang mendapatkan hasil asesmen DPJP yaitu diagnosis utama PJK. Kode *grouping* diagnosis sekunder yang termasuk dalam kriteria inklusi adalah I-1-15 (DCA) dan I-1-40 (PTCA) dengan tingkat keparahan I, II, dan III sebab pasien dengan kriteria tersebut memiliki prosedur pelayanan yang dapat dibandingkan dengan standar pelayanan rumah sakit. Selain itu, penelitian ini tidak meneliti pasien yang naik kelas perawatan karena dapat menjadi perancu sebagai akibat adanya perbedaan selisih tarif antara kelas kepesertaan tujuan dengan kelas semula.
2. Faktor Tarif Rumah Sakit, variabel yang dianalisis hanya standar prosedur pelayanan yang meliputi SPM, SPO, PPK, dan CP dan biaya riil langsung. Pada era JKN, penerapan standar pelayanan dapat dijadikan sebagai alat kendali mutu dan biaya sehingga apabila biaya pelayanan riil yang diberikan

kepada pasien melebihi tarif INA-CBGs, maka rumah sakit dapat segera mengupayakan efisiensi melalui evaluasi kesesuaian standar pelayanan terhadap prosedur pelayanan.

1.3.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang dan identifikasi masalah, maka rumusan masalah penelitian ini antara lain:

1. Bagaimana karakteristik pasien PJK-JKN (usia, diagnosis penyerta, *severity level*, dan kelas perawatan) di RS PHC Surabaya?
2. Bagaimana kesesuaian pelayanan pasien PJK-JKN (lama hari perawatan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, jenis obat) di RS PHC Surabaya berdasarkan audit operasional yaitu apabila dibandingkan dengan PPK dan CP?
3. Bagaimana komponen biaya riil pelayanan PJK-JKN di RS PHC Surabaya?
4. Bagaimana besaran selisih biaya pelayanan PJK-JKN di RS PHC Surabaya?
5. Bagaimana rumusan isu strategis yang menjadi penyebab terjadinya selisih biaya negatif pada pelayanan pasien PJK-JKN di RS PHC Surabaya?

1.4 Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan dan manfaat dalam penelitian adalah sebagai berikut.

1.4.1 Tujuan Umum

Menganalisis penyebab terjadinya selisih biaya negatif pelayanan PJK pasien JKN di RS PHC Surabaya melalui audit operasional.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Menganalisis karakteristik pasien (usia, diagnosis penyerta, *severity level*, dan kelas perawatan) PJK-JKN di RS PHC Surabaya.

2. Menganalisis kesesuaian pelayanan pasien PJK-JKN (lama hari perawatan, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan radiologi, jenis obat) di RS PHC Surabaya berdasarkan audit operasional yaitu apabila dibandingkan dengan PPK dan CP.
3. Menganalisis komponen biaya riil pelayanan PJK-JKN di RS PHC Surabaya.
4. Menganalisis besaran selisih biaya pelayanan PJK-JKN di RS PHC Surabaya.
5. Merumuskan isu strategis yang menjadi penyebab terjadinya selisih biaya negatif pada pelayanan pasien PJK-JKN di RS PHC Surabaya.

1.4.3 Manfaat Penelitian

1. Manfaat Bagi Institusi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai bahan masukan bagi pengembangan manajemen dan organisasi rumah sakit, khususnya dalam mengendalikan selisih biaya negatif antara tarif INA-CBGs dan tarif riil rumah sakit pada pasien JKN dengan kasus diagnosis PJK sebagai upaya mencapai sistem pembiayaan kesehatan yang terkendali (*managed health care*).

2. Manfaat Bagi Fakultas

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan kajian dan sumber referensi tambahan dalam rangka mengembangkan penelitian lain terkait keilmuan administrasi dan kebijakan kesehatan, khususnya di bidang ekonomi kesehatan dengan topik selisih dan efisiensi biaya.

3. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi sarana pengembangan diri peneliti dalam mengaplikasikan teori yang telah diperoleh di perkuliahan ke dalam masalah sebenarnya, serta meningkatkan wawasan, keterampilan, dan pengalaman dalam melakukan penelitian mengenai upaya efisiensi biaya di rumah sakit.