

ANALISIS BIAYA JAMINAN KESEHATAN MASYARAKAT DAN ASURANSI KESEHATAN PADA PASIEN STROKE NON-HEMORAGIK DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH KABUPATEN SLEMAN

COST ANALYSIS OF JAMKESMAS AND ASKES INSURANCE FOR PATIENTS WITH NON HEMORRHAGIC STROKE IN SLEMAN HOSPITAL

Manna¹ dan Iwan Dwiprahasto²

¹Magister Manajemen Rumah Sakit, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

²Bagian Farmakologi dan Terapi, Fakultas Kedokteran, Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: Non-hemorrhagic stroke causes many deaths. Its treatment requires long-term care, resulting in very high cost. Controlling costs and quality are very important in maintaining sustainability, however, in reality there are cost sharing by patients and hospitals outside the insurance coverage.

Aim: This study aims to identify the difference in cost that must be shared to the patient and the hospital for inpatient non-hemorrhagic stroke of the Jamkesmas and Askes patients in Sleman Hospital.

Method: This study used a cross sectional design. Data were retrieved retrospectively with a primary diagnosis of non-hemorrhagic stroke hospitalizations for patients admitted to the hospital during the period of January 2011 to May 2012. Data were analyzed using univariate, bivariate correlation, and multivariate.

Result: The average cost of inpatient care non-hemorrhagic stroke Jamkesmas patients was Rp3.541.021,00 ± Rp2.609.488,00 and for Askes patients Rp4.678.509,00 ± Rp3.257.816,00. The average cost sharing in Askes patients is Rp1.851.536,00 ± Rp1.968.757,00 and Jamkesmas is Rp405.976,00 ± Rp2.303.903,00. Percentage the greatest cost component in Askes patients is drugs (47%) and accommodation (44%), while in Jamkesmas is drug (52%) and accommodation (36%). Components of the cost sharing in Askes patients was drug (87%). The difference in the cost of hospital rates was greater than INA-CBGs respectively Rp3.541.021,00 ± Rp2.609.488,00 and Rp3.135.045,00 ± Rp727.710,00.

Conclusion: The proportion of costs covered by the insurance and shared by patient/hospital is 87:13 for Jamkesmas patient, 55:45 for Askes patients (January 2011-May 2011), and 59:41 for the Askes patients (June 2011-May 2012). The proportion of cost sharing of inpatient care non-hemorrhagic stroke by Askes patients outside the program is greater than the proportion of costs sharing by the hospital on Jamkesmas program.

Keywords: cost sharing, Askes costs, Jamkesmas costs, non-hemorrhagic stroke patient

ABSTRAK

Latar belakang: Penyakit stroke non-hemoragik menyebabkan banyak kematian. Pengobatannya berjangka panjang sehingga membutuhkan biaya tinggi. Kendali biaya dan mutu sangat penting dalam menjaga sustainabilitas, namun pada kenyataannya masih terdapat biaya yang ditanggung

oleh pasien maupun rumah sakit di luar cakupan program jaminan.

Tujuan: Mengidentifikasi selisih biaya yang harus ditanggung pasien dan rumah sakit untuk pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik pada pasien Jamkesmas dan Askes di RSUD Sleman.

Metode: Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Data diambil secara retrospektif dengan diagnosis utama stroke non-hemoragik rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi mulai pasien dirawat sampai keluar rumah sakit selama periode Januari 2011 - Mei 2012. Data dianalisis menggunakan analisis univariat, korelasi bivariat, dan multivariat.

Hasil: Rata-rata biaya pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik pasien Jamkesmas adalah Rp3.541.021,00 ± Rp2.609.488,00 dan pada pasien Askes Rp4.678.509,00 ± Rp3.257.816,00. Rerata selisih biaya pasien Askes adalah Rp1.851.536,00 ± Rp1.968.757,00 dan pasien Jamkesmas Rp405.976,00 ± Rp2.303.903,00. Persentasi komponen biaya yang terbesar pada pasien Askes adalah obat (47%) dan akomodasi (44%) dan pada pasien Jamkesmas adalah obat (52%) dan akomodasi (36%). Komponen selisih biaya yang terbesar pada pasien Askes adalah obat (87%). Perbedaan biaya tarif rumah sakit lebih besar dari INA-CBGs masing-masing Rp3.541.021,00 ± Rp2.609.488,00 dan Rp3.135.045,00 ± Rp727.710,00.

Kesimpulan: Proporsi biaya yang ditanggung jaminan dengan yang ditanggung pasien/rumah sakit adalah 87:13 pada pasien Jamkesmas dan 55:45. Proporsi selisih biaya pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik yang ditanggung pasien Askes di luar program lebih besar daripada proporsi selisih biaya yang ditanggung rumah sakit pada program Jamkesmas.

Kata kunci: selisih biaya, biaya Askes, biaya Jamkesmas, stroke non-hemoragik

PENGANTAR

Di Indonesia, menurut Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, prevalensi stroke nasional sebesar 0,8%. Stroke juga menjadi penyebab kematian paling tinggi yaitu mencapai 15,9% pada kelompok umur yaitu 45 sampai 54 tahun dan meningkat menjadi 26,8% pada kelompok umur 55 sampai 64 tahun.¹ Akibat besarnya biaya pada penyakit stroke ini, maka sangat diperlukan analisis

biaya pasien stroke sehingga dapat mendukung pembuatan kebijakan kesehatan publik dalam pengembangan strategi manajemen stroke.²

Di Indonesia saat ini cakupan Jaminan Kesehatan adalah 63,12% dari 237,6 juta penduduk.³ Kendali biaya dan mutu sangat penting untuk mengendalikan biaya pelayanan kesehatan baik dilakukan dengan sistem retrospektif maupun prospektif.⁴

Sistem yang digunakan di dalam Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) tahun 2011 adalah sistem prospektif dengan sistem *Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs)*. Adapun dalam Program Askes Sosial, sistem yang dipakai adalah sistem dengan kendali biaya menggunakan daftar tarif paket dan di luar paket, sedangkan untuk pelayanan obat, menggunakan Daftar Plafon Harga Obat (DPHO) yang telah ditetapkan oleh PT. Askes (Persero) sejak tahun 1987 dan direvisi setiap tahunnya.⁴ Namun pada praktiknya, masih terdapat penulisan resep oleh dokter di rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar yang ditetapkan.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Sleman adalah salah satu rumah sakit milik pemerintah yang mempunyai rencana dalam meningkatkan fasilitas pelayanan kesehatan yang lebih spesifik khususnya kesehatan lansia mengingat meningkatnya kasus penyakit degeneratif akan meningkat jumlahnya di masa mendatang dan tingginya usia harapan hidup penduduk Kabupaten Sleman dan Provinsi Daerah Istimewa Yogyakarta (DIY).⁵ Tujuan penelitian ini adalah mengidentifikasi selisih biaya yang harus ditanggung pasien dan rumah sakit untuk pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik pada pasien Jamkesmas dan Askes di RSUD Sleman.

BAHAN DAN CARA

Penelitian ini menggunakan rancangan *cross sectional*. Data diambil secara retrospektif dari catatan medik pasien, bagian instalasi farmasi dan bagian keuangan rumah sakit dengan diagnosis utama stroke non-hemoragik rawat inap yang memenuhi kriteria inklusi selama periode Januari 2011 - Mei 2012.

Subjek yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap stroke non-hemoragik Jamkesmas dan Askes pada periode Januari 2011 - Mei 2012 di RSUD Sleman. Kriteria inklusi subjek penelitian adalah penderita yang terdiagnosis secara klinik menderita penyakit stroke non-hemoragik, laki-laki dan perempuan, pasien ICU/ICCU, data pelayanan sejak masuk sampai keluar dari rumah sakit pada bulan Januari 2011 - Mei 2012. Kriteria eksklusi subjek penelitian adalah data pelayanan pada rekam medik

yang tidak lengkap informasi faktor-faktor yang mempengaruhi biaya (faktor pasien, faktor pelayanan dan faktor obat) dan pasien ICU/ICCU.

Jumlah subjek adalah seluruh populasi pasien stroke non-hemoragik rawat inap Jamkesmas dan Askes dari bulan Januari 2011 - Mei 2012 yang memenuhi kriteria inklusi. Ditemukan sejumlah data 38 kasus pasien Askes dan 42 kasus pasien Jamkesmas.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Data awal dari bagian catatan medik RSUD Sleman sebanyak 140 kasus yang terdiri dari 86 pasien Jamkesmas dan 54 pasien Askes. Namun yang memenuhi syarat dan lengkap berkasnya adalah sebanyak 80 kasus, yaitu 42 kasus untuk pasien Jamkesmas dan 38 kasus untuk pasien Askes.

Pada 42 kasus pasien Askes, pengelolaan data untuk selisih biaya pasien Askes dibagi menjadi dua kelompok karena Perjanjian Kerja Sama RSUD Sleman dengan PT Askes (Persero) mengalami perubahan tarif Askes pada Juni 2011 yaitu kelompok pertama adalah data kasus pelayanan Januari 2011-Mei 2011 sebanyak 10 kasus. Kelompok kedua adalah data kasus pelayanan Juni 2011-Mei 2012 sebanyak 28 kasus.

Karakteristik Faktor Pasien, Faktor Pelayanan dan Faktor Obat pada Pasien Rawat Inap Stroke Non-Hemoragik Askes dan Jamkesmas

Pasien lebih banyak berjenis kelamin perempuan, usia ≥ 55 tahun, tingkat keparahan I, dengan jumlah komorbiditas 1-2 dan kondisi keluar dengan diagnosis rawat jalan.

Hal ini sesuai dengan data RISKESDAS tahun 2007 bahwa stroke akan meningkat dari 15,9% menjadi 26,8% pada kelompok umur 55 sampai 64 tahun.¹ Pasien Askes lebih banyak dirawat dengan LOS ≤ 6 hari (55%), sedangkan pasien Jamkesmas dirawat lebih lama dengan LOS > 6 hari (71%). Pada pasien Jamkesmas, semua pasien dirawat di kelas III, tidak ada kenaikan kelas perawatan dan faktor obat seluruhnya diresepkan sesuai dengan formula-rum (Jamkesmas dan rumah sakit). Adapun pada pasien Askes, kelas perawatan yang terbanyak adalah kelas I (61%), kelas sesuai hak perawatan (68%) dan faktor obat non-DPHO 6-10 jenis (40%).

Pasien Askes pada penelitian ini memiliki kecenderungan untuk naik kelas sebanyak 12 kasus dari 38 kasus (32%). Ini terbagi atas 9 kasus dari kelas I ke kelas utama dan 1 kasus kelas 2 ke kelas utama dan 2 kasus dari kelas 2 ke kelas 1.

Tabel 1. Karakteristik Subyek

Karakteristik	Askes (%) n=38	Jamkesmas (%) n=42
Jenis kelamin		
Laki-laki	16 (42)	18 (43)
Perempuan	22 (58)	24 (57)
Usia		
< 55 tahun	11 (29)	8 (19)
≥ 55 tahun	27 (71)	34 (81)
Tingkat keparahan		
I	28 (74)	26 (62)
II	7 (18)	11 (26)
III	3 (8)	5 (12)
Komorbidity		
Tanpa komorbidity	2 (5)	7 (17)
1-2 komorbidity	19 (50)	29 (69)
≥ 3 komorbidity	17 (45)	6 (14)
Kondisi keluar		
Diagnosis jalan	31 (82)	35 (83)
Pulang paksa	6 (16)	5 (12)
Meninggal	1 (2)	2 (5)
LOS		
≤ 6 hari	21 (55)	12 (29)
> 6 hari	17 (45)	30 (71)
Kelas perawatan		
Kelas Utama	10 (26)	0 (0)
Kelas I	23 (61)	0 (0)
Kelas II	3 (8)	0 (0)
Kelas III	2 (5)	42 (100)
Kenaikan kelas perawatan		
Kelas sesuai hak perawatan	29 (68)	42 (100)
Kelas naik dari hak perawatan	12 (32)	0 (0)
Faktor obat		
Sesuai standar	0 (0)	42 (100)
Non-DPHO 1-5 Jenis	14 (37)	0 (0)
Non-DPHO 6-10 Jenis	15 (40)	0 (0)
Non-DPHO > 11 Jenis	9 (23)	0 (0)

Distribusi kasus yang paling banyak adalah kasus dengan 1-2 komorbidity yaitu sebanyak 50% untuk pasien Askes dan 69% pada pasien Jamkesmas. Dalam penelitian ini komorbidity yang paling banyak pada pasien Askes adalah hipertensi sebesar 95% disusul dengan hemiplegia 29%, DM 31%, dan dislipidemia 21%. Demikian pula halnya dengan pasien Jamkesmas dengan hipertensi 52% dan hemiplegia 26%, DM 9%, dan hiperuricemia 7%.

Distribusi lama rawat inap pasien Askes stroke non-hemoragik di RSUD Sleman berkisar 2 - 20 hari dengan rata-rata 7,0 hari, sedangkan pada pasien Jamkesmas berkisar dari 1 - 19 hari dengan rata-rata 8,8 hari. Terlihat LOS lebih lama pada pasien Jamkesmas. Hal ini tidak berbeda dari penelitian yang dilakukan Sugiyanto¹⁰ lama perawatan pasien stroke iskemik Jamkesmas di RSUP Dr. Sardjito adalah 8,8 hari. LOS rerata pasien stroke non-hemoragik di Turki adalah 10,4 hari, di Yunani adalah 10,9 hari dan di Jepang selama 33 hari. Rerata LOS pasien stroke non-hemoragik di Eropa dan Amerika sudah termasuk lama perawatan rehabilitasi medik dan *nursing home*.⁴

Kondisi keluar pasien yang paling banyak adalah rawat jalan (82%). Hal yang sama juga ditunjukkan oleh pasien Jamkesmas dengan jumlah sebesar 83%. Penelitian Misbach & Ali,¹² menemukan bahwa tingkat mortalitas tahunan pasien stroke iskemik di 28 RS di Indonesia sebesar 21,2%. Menurut Asil *et al.*,⁴ kondisi pulang pasien dalam keadaan independen (baik) adalah 42% dan yang meninggal adalah 20%. Di Jepang secara umum lebih baik dengan persentase kondisi independen (baik) adalah 63% dan 3% meninggal.

Analisis Biaya Kasus Stroke Non-Hemoragik

1. Analisis Biaya Total Pasien Stroke Non-Hemoragik

Rata rata biaya total secara keseluruhan rawat inap stroke non-hemoragik pada pasien Askes adalah Rp.4.678.509,00 + Rp3.257.816,00 dan untuk pasien Jamkesmas adalah Rp.3.541.021,00 + Rp2.609.488,00. Dari data diperoleh bahwa yang berbeda signifikan secara statistik terhadap biaya (nilai $p < 0,05$) pada pasien Askes adalah komorbidity, LOS, faktor obat, kenaikan kelas perawatan dan kondisi keluar. Adapun pada pasien Jamkesmas berbeda signifikan secara statistik (nilai $p < 0,05$) adalah jenis kelamin, komorbidity dan LOS.

Dari faktor obat, dapat diartikan semakin banyak obat non-DPHO yang diberikan maka semakin besar biaya total pasien. Rata rata biaya total pasien dengan peresepan obat non-DPHO >10 berhubungan dengan biaya total paling besar yaitu rata-rata Rp7.403.533,00 ± Rp4.384.222,00. Hal ini lebih besar dari total biaya pasien yang peresepan obat non-DPHO antara 6-10 jenis yaitu Rp5.129.918,00 ± Rp2.432.745,00 dan peresepan obat <5 dengan rata-rata Rp2.443.055,00 ± Rp1.116.934,00. Semakin banyak jenis dan jumlah peresepan maka semakin besar biaya total pasien. Semakin banyak komorbidity juga akan mengakibatkan semakin banyak biaya yang dikeluarkan untuk membayar biaya obat, biaya penunjang diagnostik, biaya tenaga medis, akomodasi dan administrasi.

Hal ini juga ditunjukkan oleh faktor tingkat keparahan penyakit dari pasien. Semakin parah penyakit maka biaya total juga akan semakin besar. Hal ini dikarenakan diperlukan hari rawat yang lebih lama dan obat yang lebih banyak yang menimbulkan beban pada biaya total.

Dari analisis multivariat, maka yang berpengaruh paling besar terhadap total biaya pada pasien Askes berturut-turut adalah faktor obat ($p < 0,001$; $r = 0,473$) dan komorbid ($p < 0,05$; $r = 0,423$), sedangkan pada

pasien Jamkesmas, maka yang berpengaruh paling besar terhadap total biaya adalah LOS ($p < 0,05$; $r = 0,377$) dan jenis kelamin ($p < 0,05$; $r = 0,310$).

2. Analisis Selisih Biaya Kasus Stroke Non-Hemoragik

Tabel 2 menunjukkan bahwa yang mempengaruhi selisih biaya secara signifikan menurut statistik ($p < 0,05$) pada pasien Askes periode Januari 2011–Mei 2011 adalah usia, komorbid, LOS, dan faktor obat. Besarnya iur biaya pasien Askes pada periode ini ditunjukkan semakin banyak usia, komorbiditas, LOS dan faktor obat maka semakin besar iur biaya yang harus dibayar oleh pasien.

Pada pasien Jamkesmas, analisis multivariat menunjukkan faktor yang berpengaruh pada selisih biaya rumah sakit dengan biaya tagihan INA-CBGs adalah LOS ($r = 0,460$) dan jenis kelamin ($r = 0,297$). Terlihat bahwa pada pasien laki-laki, maka biaya menurut tarif rumah sakit lebih kecil dari biaya tagihan INA-CBGs menyebabkan selisih yang negatif. Sebesar Rp486.239,00 ± Rp1.510.373,00 sedangkan pada pasien jenis kelamin perempuan, terjadi selisih yang positif yang bermakna biaya rumah sakit lebih besar dari biaya tagihan INA-CBGs.

3. Analisis Komponen Biaya Kasus Stroke Non-hemoragik

a. Analisis Komponen Biaya Kasus Stroke Non-Hemoragik Askes Januari 2011-Mei 2011

Hasil penelitian menunjukkan bahwa pada periode ini, komponen yang mempengaruhi total biaya

adalah akomodasi sebesar 50,98%. Pada kelompok selisih biaya yang ditanggung pasien adalah faktor obat sebesar 77,02%. Ini mengindikasikan bahwa penyebab iur biaya adalah obat karena tingkat persentase obat non-DPHO yang masih tinggi di RSUD Sleman karena tidak ada pasien yang tidak diresepkan obat di luar DPHO pada kasus stroke non-hemoragik. Hal yang sama juga dinyatakan oleh *World Health Organization* (WHO)² di Singapura bahwa komponen biaya yang paling besar pada pasien stroke adalah biaya akomodasi sebesar 38%. Jumlah ini sedikit lebih kecil dari pada penelitian di Jepang sebesar 69% dan penelitian di Amerika sebesar 50%.⁷ Posisi komponen kedua terbesar adalah obat yaitu sebesar 41,88%. Jumlah ini lebih besar dari hasil penelitian Asil *et al.*,⁴ di Turki sebesar 29,9% atau di Singapura sebesar 8%.²

Jenis obat non-DPHO yang paling banyak diberikan adalah golongan neuroprotektor yakni piracetam dan sitikolin. Adapun golongan lain adalah obat untuk penyakit komorbid yang menyertainya. Penggunaan obat non-DPHO di kelas perawatan utama lebih banyak daripada di kelas perawatan lainnya.

Komponen biaya total lainnya adalah biaya laboratorium sebesar 4,65%, radiologi 0,56% dan elektromedik sebesar 0,14%. Proporsi ini masih lebih kecil bila dibandingkan dengan data WHO² di Singapura sebesar 15% atau hasil penelitian Asil *et al.*,⁴ di Turki sebesar 19,9% untuk laboratorium dan 12,8% *neuroimaging*. Hal ini dapat dijelaskan karena fasilitas penunjang *CT Scan*, laboratorium, dan radiologi di RSUD Sleman yang masih terbatas, sehingga untuk pemeriksaan penunjang masih ada yang diru-

Tabel 2. Rerata Selisih Biaya Pasien Rawat Inap Stroke Non-Hemoragik Askes

Karakteristik	Iur/Selisih Biaya (Dalam Juta Rupiah)								
	Askes Jan 2011 – Mei 2011			Askes Jun 2011 – Mei 2012			Jamkesmas		
	Rerata	Standar Deviasi	p	Rerata	Standar Deviasi	p	Rerata	Standar Deviasi	p
Selisih biaya total	2,259	1,337		1,851	1,968		0,405	2,303	
Jenis kelamin									
Laki-laki	2,588	1,100	0,20	1,695	1,414	0,70	-0,486	1,510	<0,05
Perempuan	1,766	1,674	0,20	1,960	2,250	0,70	1,075	2,586	<0,05
Usia									
<55 tahun	1,054	0,371	<0,05	1,164	1,027	0,23	-0,158	1,123	0,54
≥55 tahun	3,063	0,694	<0,05	2,081	2,167	0,23	-0,539	2,496	0,54
Tingkat keparahan									
I	2,347	1,464	0,63	1,427	1,220	0,08	0,242	1,297	0,39
II	1,291	0	0,63	3,482	3,295	0,08	-0,189	1,489	0,39
III	2,518	0	0,63	1,201	1,313	0,08	2,567	5,601	0,39
Komorbiditas									
Tanpa komorbiditas	-	-	<0,05	0,581	0,113	<0,05	0,785	1,547	0,19
1-2 komorbiditas	1,134	0,370	<0,05	1,261	0,900	<0,05	-0,082	1,283	0,19
≥3 komorbiditas	3,383	0,851	<0,05	2,752	2,632	<0,05	2,321	5,045	0,19
LOS									
≤6 hari	0,998	0,447	<0,001	1,274	0,926	<0,05	-1,346	0,982	<0,001
>6 hari	2,800	1,216	<0,001	2,891	2,853	<0,05	1,107	2,315	<0,001

Tabel 3. Rata-Rata Komponen Biaya Pasien Rawat Inap Stroke Non-Hemoragik Askes di RSUD Sleman Periode Januari 2011-Mei 2011

Komponen Biaya	Biaya Menurut Tarif RS (Rp)			Biaya Ditanggung Pasien (Rp)		
	Rerata	Standar Deviasi	%	Rerata	Standar Deviasi	%
UGD	8.500	7.472	0,17	2.500	2.635	0,11
Obat	2.086.227	1.098.019	41,88	1.740.022	949.198	77,02
Akomodasi	2.539.215	1.541.992	50,98	444.253	525.805	19,66
Visite	447.458	391.922	8,98	96.245	136.011	4,26
Administrasi	16.204	763	0,33	14.559	5.171	0,64
Kamar tindakan	882.750	535.582	17,72	183.000	248.922	8,10
Keperawatan	1.192.803	804.421	23,95	150.449	217.059	6,66
Pemeriksaan laboratorium	231.666	102.512	4,65	66.459	53.260	2,94
Pemeriksaan radiologi	27.651	37.195	0,56	6.000	9.660	0,27
Pemeriksaan elektromedik	6.894	11221	0,14	-	-	-
Tindakan medis	-	-	-	-	-	-
Fisioterapi	80.750	59936	1,62	-	-	-
Ambulans	-	-	-	-	-	-
Total	4.980.903	2.506.748	100,00	2.259.234	1.337.073	100,00

juk ke fasilitas swasta atau pemerintah lainnya, akhirnya biaya tidak diinput pada biaya RSUD Sleman.

Rerata total biaya menurut tarif rumah sakit pada pasien Askes pada periode ini adalah Rp4.980.903,00 ± Rp2.506.748,00 per pasien. Adapun rerata selisih biaya yang harus dibayar oleh pasien Askes pada periode ini adalah Rp2.259.234,00 ± Rp1.337.073,00 per pasien yaitu sebesar 45% dari total biaya rumah sakit. Komposisi paling besar pada iur biaya obat sebesar 77,02%. Namun hasil ini lebih besar dari penelitian yang dilakukan oleh Husain¹⁶ dan Widnjani¹⁷ yaitu iur biaya obat masing-masing 47% dan 26,3%. Hal ini dikarenakan besarnya persepan obat non-DPHO di RSUD Sleman dengan rerata tujuh jenis non-DHPO per pasien.

b. Analisis Komponen Biaya Kasus Stroke Non-Hemoragik Askes Juni 2011-Mei 2012

Tidak berbeda jauh dengan periode Januari 2011-Mei 2012, komponen yang mendominasi adalah faktor obat (47%) karena tidak ada perubahan tarif rumah sakit antara periode Januari 2011 dengan periode Juni 2011. Hanya saja terjadi perbedaan tarif Askes yang menyebabkan terjadinya perbedaan iur biaya yang harus dibayarkan oleh pasien yakni paling besar pada komponen obat non-DPHO yaitu sebesar 86,73% dibandingkan sebelumnya sebesar 77,02%. Hal ini karena biaya lainnya seperti administrasi, laboratorium, radiologi, elektromedik, dan biaya fisioterapi tidak lagi ada selisih tarif per jenisnya antara tarif rumah sakit dengan tarif Askes.

c. Analisis Komponen Biaya Kasus Stroke Non-Hemoragik Jamkesmas

Dari hasil penelitian menunjukkan komponen biaya Jamkesmas adalah faktor obat sebesar 52,46%. Disusul kedua adalah faktor akomodasi sebesar 36,48%. Hal ini karena perawatan kamar untuk pasien Jamkesmas terbatas hanya pada kelas III saja, sehingga biayanya lebih sedikit dibandingkan pasien Askes, serta pilihan obat pada formularium Jamkesmas dan diperkenankan untuk memilih obat pada formularium rumah sakit, sehingga pilihan obat menjadi banyak dan biaya lebih besar.

Analisis Biaya Rawat Inap Stroke Non-Hemoragik Jamkesmas Berdasarkan Tarif Rumah Sakit Dibandingkan dengan Biaya Paket INA-CBGs

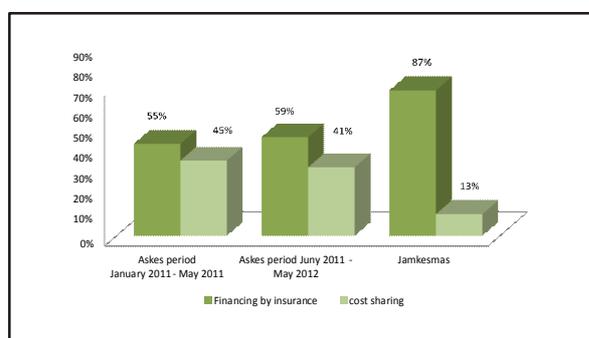
Dari penelitian ini menunjukkan bahwa lebih besar biaya berdasar tarif rumah sakit dari pada tagihan INA-CBGs. Bila dibandingkan dengan pasien Askes, maka biaya tagihan ini lebih kecil dari biaya rerata pada pasien Askes yaitu Rp4.678.509,00. Ini dikarenakan faktor kelas perawatan pada pasien Askes pada kelas utama, I dan II, sedangkan pada pasien Jamkesmas pada kelas III. Faktor obat non-DPHO juga diresepkan pada pasien Askes, sehingga juga mengakibatkan besarnya rerata total biaya pada pasien Askes.

Biaya total stroke non-hemoragik bervariasi di tiap negara. Menurut Caro *et al.*,¹³ biaya stroke iskemik terdiri dari biaya rumah sakit, rehabilitasi, *nursing home* dan pemulihan di rumah. Di Perancis biaya

rata-rata per pasien mencapai \$11.703 (biaya RS 70%), Jerman \$9.840 (biaya RS 73%), Swedia \$14.492 (biaya RS 70%) dan Inggris \$13.668 (biaya RS 73%).

Analisis Proporsi Pembiayaan yang Ditanggung Program dengan yang Ditanggung Pasien/Rumah Sakit

Gambar 1 menunjukkan bahwa proporsi biaya pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik yang ditanggung pasien Askes di luar paket program lebih besar (45%) daripada proporsi beban biaya yang ditanggung rumah sakit pada program Jamkesmas (13%) pada periode Januari 2011-Mei 2012.



Gambar 1. Proporsi Biaya yang Ditanggung Program Jaminan (Askes dan Jamkesmas) dengan yang Ditanggung Pasien/Rumah Sakit

Pada periode Juni 2011-Mei 2012 mengalami penurunan dari periode sebelumnya yaitu dari 45% menjadi 41%. Ini dikarenakan adanya perbedaan tarif Askes pada periode ini.

Sistem prospektif (INA-DRGs) dapat menghindari pelayanan kesehatan yang berlebihan, tidak terencana atau tidak sesuai dengan kebutuhan pemakai jasa, sehingga biaya kesehatan akan lebih terkendali.⁴ Pada penelitian ini, biaya rerata pasien Jamkesmas masih lebih besar dari tarif INA-CBGs. Untuk itu, maka pengelolaan pasien stroke non-hemoragik masih perlu ditingkatkan.

Pada sistem retrospektif pada pasien Askes, kendali biaya menggunakan daftar tarif paket, serta penggunaan obat DPHO.⁷ Pada penelitian ini, peresepan obat non-DPHO masih besar yaitu 38,7%. Kendali biaya telah dilakukan namun menjadi iur biaya pada pasien yaitu sebesar 86,73% disebabkan karena obat non-DPHO.

Analisis Obat Non-DPHO

Hasil penelitian menunjukkan rata-rata biaya obat stroke rawat inap non-hemoragik pasien Askes lebih besar biaya obat non-DPHO (Rp1.662.530,00)

daripada obat DPHO (Rp445.591,00). Menurut penelitian Dávalos *et al.*,¹⁴ suatu penelitian internasional, random, *multicenter*, dengan kontrol plasebo yang dilakukan di rumah sakit pendidikan di Jerman, Portugis dan Spanyol, Sitikolin tidak memiliki daya efikasi pada pengobatan stroke iskemik akut sedang sampai berat.

Peresepan obat non-DPHO pada penelitian ini adalah sebesar 38,7%. Hal ini sejalan dengan masih banyaknya obat non-DPHO yang diresepkan terutama golongan neuroprotektor sebesar 45,1% dengan perincian sitikolin 16,0% dan piracetam 29,2% dari seluruh jenis item obat non-DPHO yang diresepkan.

KESIMPULAN

Rerata selisih biaya pelayanan pada Jamkesmas adalah Rp405.976,00 + Rp2.303.903,00 sedangkan pada pasien Askes periode Januari 2011-Mei 2011 adalah Rp2.259.234,00 + Rp1.337.073,00 dan pada pasien Askes periode Juni 2011-Mei 2012 adalah Rp1.851.535,00 + Rp1.968.757,00. Faktor yang berpengaruh pada selisih biaya pasien Jamkesmas adalah LOS dan jenis kelamin. Pada pasien Askes adalah faktor obat non-DPHO dan kelas perawatan. Faktor kondisi keluar pasien, umur, komorbiditas, tingkat keparahan tidak berpengaruh terhadap selisih biaya pasien Jamkesmas dan Askes.

Proporsi beban biaya pelayanan rawat inap stroke non-hemoragik yang ditanggung pasien Askes di luar paket program lebih besar daripada proporsi beban biaya yang ditanggung rumah sakit pada program Jamkesmas.

REFERENSI

1. Yuniadi Y. Intervensi pada Stroke Non-Hemografik. *Jurnal Kardiologi Indonesia*. 2010; 31(3): 153–5.
2. Kang H-Y, Lim S-J, Suh HS, Liew D. Estimating the Lifetime Economic Burden of Stroke According to the Age of Onset in South Korea: a Cost of Illness Study. *BMC Public Health* [Internet]. 2011;11(Jan): 646. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3171726&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
3. Mukti AG. Arah Kebijakan BPJS Kesehatan dalam Mewujudkan Universal Coverage Sesuai Undang-Undang No. 40/2004 Tentang SJSN dan Undang-Undang No. 24/2011 tentang BPJS. Jakarta, 2012.
4. Sulastomo. *Asuransi Kesehatan Sosial*. 1st ed. PT Raja Grafindo Persada, Jakarta. 2002.
5. Rumah Sakit Umum Daerah Sleman. *Rencana Strategi Bisnis Tahun 2011-2015*. Yogyakarta. 2011.

6. Sugiyanto KC. Analisis Biaya Pengobatan Stroke Iskemik sebagai pertimbangan dalam penetapan Pembiayaan Kesehatan Berdasar INADRGs di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Sardjito Tahun 2009. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2009.
7. Asil T, Celik Y, Sut N, Celik AD, Balci K, Yilmaz A, et al. Cost of Acute Ischemic and Hemorrhagic Stroke in Turkey. *Clinical Neurology and Neurosurgery* [Internet]. Elsevier BV; 2011; 113(2) Feb: 111–4 [cited 2012 Apr 18]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21036465>
8. Misbach J and Ali W. Stroke in Indonesia: a First Large Prospective Hospital-Based Study of Acute Stroke in 28 Hospitals in Indonesia. *Journal of Clinical Neuroscience: Official Journal of the Neurosurgical Society of Australasia* [Internet]. 2001;8 (3) May: 245–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11386799>
9. Palmer AJ, Valentine WJ, Roze S, Lammert M, Spiesser J, Gabriel S. Overview of Costs of Stroke from Published, Incidence-Based Studies Spanning 16 Industrialized Countries. *Current Medical Research and Opinion [Internet]. Expert Opinion*, 2005;21(1): 19–26. Available from: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1185/030079904X17992>
10. Caro JJ, Huybrechts KF, Duchesne I. Management Patterns and Costs of Acute Ischemic Stroke An International Study. *Stroke*. 2000: 582–90.
11. World Health Organization. *Global Atlas on Cardiovascular Disease Prevention and Control. Policies, Strategies and Interventions*. Iraq. 2011.
12. Husain dan Mukti AG. Analisis Kemauan Membayar Iur Biaya Pelayanan Kesehatan Rawat Inap Peserta Askes Wajib Terhadap Selisih Tarif di Rumah Sakit Umum Daerah Luwuk Kabupaten Banggai Provinsi Sulawesi Tengah. Tesis. Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta. 2005.
13. Widnjani IAK, Mukti AG, Hendrartini J. Hubungan Antara Besaran Iur Biaya dengan Kepuasan Peserta Askes di Rumah Sakit Umum Wangaya Denpasar. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*. 2004; 7(3): 141-6.
14. Dávalos A, Alvarez-sabín J, Castillo J, Díez-tejedor E, Ferro J, Martínez-vila E, et al. Citicoline in the Treatment of Acute Ischemic Stroke: an International, Randomised, Multicentre, Placebo-Controlled Study (ICTUS Trial). Online. 2012;6736(12): 1–9.