

Strategi RSUD Tenriawaru Kabupaten Bone Menuju Implementasi Sistem Pembayaran Prospektif

*Strategies Of General Hospital Of Tenriawaru Bone Regency in Implementation Of Prospective Payment
System For Delivery Care Patients In Jamkesda Program*

Nurhidayat Bausat

RSUD Tenriawaru
Jalan W. Sudirohusodo Watampone Provinsi Sulawesi Selatan

*Email: rhiri_chayo@yahoo.com

ABSTRAK

Sumber penerimaan terbesar rumah sakit adalah pasien rawat inap persalinan Jamkesda. Integrasi Jamkesda dengan BPJS Kesehatan akan merubah sistem pembayaran dari retrospektif menjadi prospektif. Penelitian ini bertujuan untuk menggambarkan potensi selisih penerimaan rumah sakit berdasarkan tarif Perda dan INA-CBGs serta strategi menghadapi potensi selisih tersebut. Penelitian ini merupakan penelitian operasional dengan mengumpulkan data kuantitatif dan kualitatif, menggunakan 660 tagihan dan berkas rekam medis pasien persalinan Jamkesda tahun 2013. Hasil penelitian menunjukkan bahwa komponen tagihan terbesar pada persalinan normal (spontan) dan persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) adalah jasa sarana, jasa medis dan jasa pelayanan. Sedangkan, komponen terbesar pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria* adalah jasa medis, Bahan Habis Pakai (BHP) dan jasa sarana. Persalinan normal (spontan) menunjukkan selisih positif untuk semua kasus sedangkan persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) menunjukkan selisih positif secara keseluruhan, namun antar kasus terdapat selisih yang bervariasi. Potensi selisih terbesar pada pasien persalinan dengan *sectio secaria* dengan rata-rata Rp.3.373.669/pasien. Diperlukan strategi melalui pengelolaan perilaku dokter, perawat dan tenaga farmasi dengan sistem remunerasi jasa berbasis kinerja, pengawasan dengan *clinical pathway* untuk menurunkan lama hari rawat dan mengendalikan variasi biaya pelayanan, penyusunan formularium rumah sakit dan standar BHP, pemanfaatan SIM-RS dalam evaluasi efisiensi rumah sakit, rekam medis dan billing dengan menambah tenaga koder, perhitungan biaya untuk penetapan tarif dan identifikasi pelayanan dan pasar untuk melihat potensi subsidi dan mengembangkan layanan rumah sakit.

Kata kunci: Jamkesda, prospektif, selisih, strategi.

ABSTRACT

The main source of hospital income came from inpatients delivery care of Jamkesda. Jamkesda integration into BPJS health will change it's payment system to provider from retrospective to prospective. This study aims to describe the potential difference of hospital tariff based on Perda and INA-CBGs. In addition hospital strategies to coping with potential difference of hospital is also observed. This study is an operational research collecting quantitative and qualitative data, using 660 claims and medical records of inpatient delivery care of Jamkesda year 2013. The results showed that the largest claim components for spontaneous delivery and delivery with (forceps, vacuum extraction, induction) are facilities/accommodation, medical and nursing fee. While the largest claim components for delivery with secarian are medical fee, consumables and facilities/accommodation. Spontaneous delivery showed a positive difference for all cases, while delivery with (forceps, vacuum extraction, induction) showed overall positive difference, but the difference between all cases varied. The largest difference found in secarian delivery with secarian is in the average of Rp.3.373.669/patient. It takes strategy through medical staff, nurses and pharmacy staff management with performance-based remuneration system, monitoring by clinical pathways to reduce length of stay and control of cost variations in delivery care, hospital formulary and standard of consumables, the use of hospital management information system for evaluation of hospital efficiency and addition of coders, costing for tariff, services and market identification to obtain subsidize potention and development of hospital services.

Keywords: Jamkesda, prospective, difference, strategy.

PENDAHULUAN

Program Jamkesda telah dicanangkan oleh Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan sejak tahun 2008 dan diperuntukan bagi masyarakat Sulawesi Selatan yang tidak memiliki kartu atau jaminan kesehatan. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Tenriawaru merupakan rumah sakit milik Pemerintah Kabupaten Bone dan menjadi salah satu pusat rujukan program Jamkesda. Adapun salah satu sumber utama penerimaan RSUD Tenriawaru dari program Jamkesda adalah dari para pasien rawat inap yang memanfaatkan layanan layanan persalinan yaitu rdengan ata-rata 21,88% dari total klaim, terutama persalinan dengan tindakan *sectio secaria*. Persalinan dengan *sectio secaria* merupakan tindakan operasi terbanyak di Instalasi Bedah Sentral (IBS) yaitu 41% dari total operasi.

Sejak ditunjuk sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) pada program Jamkesda, RSUD Tenriawaru menggunakan sistem pembayaran *Fee For Services* (FFS) berdasarkan tarif rumah sakit sesuai dengan Peraturan Daerah (Perda) No. 2 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum^(1.1). Adapun masalah terbesar dari pembayaran FFS adalah sistem ini memberikan insentif dengan pemberian pelayanan yang lebih banyak. Semakin banyak pelayanan maka akan semakin meningkatkan jumlah komisi yang diterima oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) (Williams, 2005)⁽²⁾.

Program Jamkesda yang sampai sekarang dilaksanakan di RSUD Tenriawaru belum berintegrasi dengan skema BPJS. Jadi rumah sakit masih dibayar dengan sistem FFS sesuai dengan tarif Perda. Integrasi program Jamkesda ke BPJS dan rencana Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan untuk mengadopsi sistem pembayaran INA-CBGs pada program Jamkesda akan merubah sistem pembayaran yang akan diterima RSUD Tenriawaru. Rumah sakit yang dulunya dibayar dengan sistem FFS berdasarkan tarif Perda, akan berubah menjadi tarif INA-CBGs.

Perubahan sistem pembayaran tersebut berpotensi untuk mempengaruhi penerimaan RSUD Tenriawaru di masa yang akan datang. Hal ini sudah barang tentu akan berdampak terhadap operasional rumah sakit yang selama ini sangat tergantung pada penerimaan dari program Jamkesda dan akhirnya dapat mengganggu *sustainability* rumah sakit. Untuk itu perlu dilakukan estimasi selisih penerimaan pada pasien Jamkesda yang pembayarannya berdasarkan tarif Perda dibandingkan dengan tarif INA-CBGs dan melakukan analisis strategi RSUD Tenriawaru menuju implementasi sistem pembayaran prospektif pada program Jamkesda.

TINJAUAN PUSTAKA

Menurut Manlak dan Juknis Pelayanan Kesehatan Gratis

(2009)⁽³⁾, Jamkesda ialah program Pemerintah Provinsi Sulawesi Selatan dan Pemerintah Kabupaten/Kota yang bertujuan untuk memberikan pelayanan kesehatan dasar bagi masyarakat di Puskesmas dan jaringannya dan pelayanan kesehatan rujukan di kelas III Rumah Sakit/ Balai Kesehatan milik pemerintah.

Paket pelayanan rawat inap program Jamkesda di rumah sakit meliputi konsultasi kesehatan, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan, pemeriksaan laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik, tindakan medis, termasuk operasi sedang dan besar, pelayanan rehabilitasi medik, perawatan intensif, pemberian obat yang mengacu pada formularium (obat generik), pelayanan darah, bahan dan alat kesehatan habis pakai, persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit serta pelayanan gawat darurat.

Program Jamkesda diketahui masih menggunakan sistem pembayaran retrospektif yang sesuai dengan tarif Perda. Menurut Thabrany (2008)⁽⁴⁾, pembayaran retrospektif berarti besaran dan jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak pembayar ditetapkan setelah pelayanan diberikan. Kata retro berarti dibelakang atau ditetapkan dibelakangan setelah pelayanan diberikan.

Dengan bergabungnya program Jamkesda ke dalam BPJS, maka rumah sakit akan dibayar dengan sistem pembayaran prospektif. Sistem pembayaran prospektif adalah sistem pembayaran kepada pemberi pelayanan kesehatan baik rumah sakit maupun dokter dalam jumlah yang telah ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan, tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit (Sulastomo, 2005)⁽⁵⁾.

Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket pada sistem pembayaran prospektif yang akan diberlakukan di rumah sakit seiring dengan integrasi program Jamkesda ke dalam skema BPJS. Menurut Komaryani (2012)⁽⁶⁾, *Case Base Groups* atau CBGs merupakan cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama.

Besaran Tarif INA-CBGs yang diterima rumah sakit disesuaikan dengan kelas dan regional rumah sakit sesuai dengan Permenkes Nomor 69 Tahun 2013^(7.1). RSUD Tenriawaru sendiri akan menerima pembayaran yang berdasarkan pada tarif INA-CBGs untuk rumah sakit kelas B dan masuk dalam regional tiga.

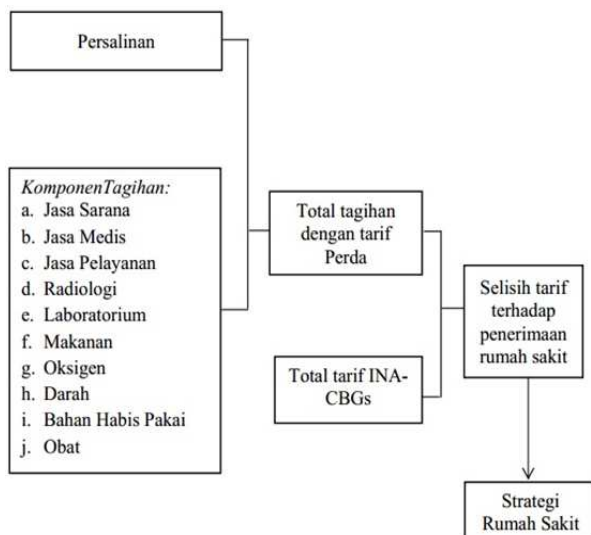
Untuk itu, diperlukan strategi bagi rumah sakit menuju implementasi sistem pembayaran prospektif pada pasien Jamkesda. Menurut Smith (1985)⁽⁸⁾, strategi yang harus disiapkan rumah sakit dalam merespon implementasi sistem pembayaran prospektif adalah:

- a. Penyediaan sistem informasi manajemen rumah sakit, sebagai kontrol internal untuk evaluasi dan juga pengambilan keputusan terkait *casemix*, rata-rata lama hari rawat dan identifikasi petugas kesehatan dan non kesehatan yang bertanggung jawab atas peningkatan

- biaya yang melebihi standar paket biaya yang telah ditentukan;
- Rekam medis dan *billing*, terkait dengan kodifikasi diagnosis dan prosedur/tindakan sesuai dengan ICD-IX dan ICD-X. Petugas rekam medis dalam hal ini koder, perlu diberikan pendidikan/ pelatihan untuk meningkatkan kemampuan mereka dan pemberian reward untuk mendorong perhatian mereka terhadap ketepatan diagnose;
 - Pengelolaan dokter melalui pemberian informasi mengenai sistem pembayaran prospektif dan juga penerapan pembayaran jasa dari berbasis *Fee For Services* (FFS) menjadi remunerasi;
 - Pengelolaan perawat dan tenaga farmasi melalui sistem pembayaran jasa yang berbasis kinerja dan pemberian *reward*;
 - Pengawasan dengan menyediakan standar pelayanan pasien yang meliputi *clinical pathway*, penyediaan formularium dan standar penggunaan BHP; dan
 - Identifikasi pelayanan dan pasar untuk dapat melihat potensi subsidi antar kasus pada kelas perawatan rumah sakit dan juga mengembangkan pelayanan unggulan.

Selain strategi tersebut, diperlukan strategi lain yaitu perhitungan biaya sebagai dasar penentuan tarif rumah sakit.

METODOLOGI PENELITIAN



Penelitian ini adalah penelitian operasional dengan kerangka konsep berikut ini.

Fokus penelitian ini ialah untuk memperoleh besaran tagihan komponen biaya pada pasien persalinan, baik pasien persalinan normal (spontan), pasien persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, vakum, induksi),

maupun pasien persalinan dengan *sectio secaria*. Data yang dikumpulkan adalah data kualitatif dan juga data kuantitatif. Data kualitatif diperoleh melalui wawancara dengan informan dengan melibatkan pihak manajemen, pelayanan dan administrasi di RSUD Tenriwaru. Data kuantitatif menggunakan 660 data tagihan dan berkas rekam medis pasien Jamkesda yang memanfaatkan layanan rawat inap persalinan. Data ini digunakan untuk memperoleh gambaran penerimaan rumah sakit dengan tarif Perda dan juga tarif INA-CBGs serta memperoleh gambaran utuh terkait potensi selisih penerimaan rumah sakit atas kedua tarif tersebut. Adapun sampel untuk data kuantitatif adalah seluruh tagihan dan rekam medis pada pasien Jamkesda yang memanfaatkan layanan rawat inap persalinan selama bulan Juli sampai dengan Desember 2013.

Berdasarkan konsep penelitian di atas, komponen biaya persalinan dihitung berdasarkan tarif Perda (tarif rumah sakit) dan menggunakan tarif INA-CBGs. Adapun komponen tagihan pasien yang dihitung disesuaikan dengan komponen pada tarif Perda Kabupaten Bone yang digunakan sebagai tarif pelayanan rumah sakit yang terdiri dari jasa sarana, jasa medis, jasa layanan, radiologi, jasa layanan laboratorium, makanan, oksigen, darah, bahan habis pakai, dan obat.

Penelitian ini mengestimasi selisih tagihan pasien persalinan antara tarif Perda dan tarif INA-CBGs yang kemudian diproyeksikan ke dalam penerimaan rumah sakit. Setelah itu, dilakukan analisa strategi yang akan ditempuh oleh rumah sakit dalam mengatasi potensi selisih penerimaan tersebut. Dari berbagai strategi yang dapat dilakukan untuk merespon sistem pembayaran prospektif, peneliti hanya mengambil strategi seperti: Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS), pengelolaan dokter, pengelolaan perawat dan tenaga farmasi, pengawasan, rekam medis dan juga *billing*, perhitungan biaya serta identifikasi pelayanan, serta pasar sebagai aspek yang digali di dalam wawancara dengan informan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Berdasarkan data *billing*, jumlah pasien Jamkesda yang menggunakan layanan rawat inap persalinan adalah yang keluar pada bulan Juli sampai dengan Desember 2013 adalah sebanyak 691 pasien. Dari jumlah tersebut, hanya 660 yang memenuhi kriteria inklusi dengan rincian persalinan normal (spontan) sebanyak 34 pasien, persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) sebanyak 233 pasien, serta persalinan dengan tindakan *sectio secaria* sebanyak 393 pasien. Adapun selanjutnya, dari 660 tagihan pasien ini, dilakukan perhitungan komponen tagihan setiap jenis persalinan untuk memperoleh gambaran terkait penerimaan RSUD Tenriwaru sesuai tarif Perda.

Tabel 1. Rekapitulasi Komponen Tagihan Berdasarkan Jenis Persalinan

Komponen Tagihan	Persalinan Normal (spontan)		Persalinan dengan Tindakan (eks. forcep, vakum, induksi)		Persalinan dengan Tindakan <i>Sectio Secaria</i>		Jumlah	%
	Jumlah	%	Jumlah	%	Jumlah	%		
Jasa sarana	11.905.750	35,40	171.879.250	35,74	603.853.750	19,10	787.638.750	21,42
Jasa pelayanan	5.463.675	16,25	72.477.075	15,07	313.142.250	9,90	391.083.000	10,64
Jasa medis	7.719.075	22,95	135.497.275	28,18	795.961.850	25,20	940.178.200	25,57
Radiologi	-	-	-	-	377.500	0,01	377.500	0,01
Laboratorium	184.500	0,55	3.660.000	0,76	33.940.500	1,07	37.785.000	1,03
Makanan	1.224.000	3,64	13.344.000	2,77	56.583.000	1,79	71.151.000	1,94
Oksigen	-	-	976.950	0,20	39.647.723	1,25	40.624.673	1,10
Darah	-	-	2.250.000	0,47	26.750.000	0,85	29.000.000	0,79
BHP	5.879.739	17,48	57.575.167	11,97	750.063.727	23,72	813.518.633	22,13
Obat	1.251.669	3,72	23.237.110	4,83	540.624.718	17,10	565.113.497	15,13
Total tagihan	33.628.408	100,00	480.896.827	100,00	3.161.945.018	100,00	3.676.470.253	100,00
Rata-rata tagihan/pasien	989.071		2.063.935		8.045.662			

Tabel di atas menunjukkan tiga komponen tagihan terbesar untuk persalinan normal (spontan) adalah jasa sarana, jasa medis dan BHP dengan rata-rata tagihan Rp. 989.071,00 per pasien sedangkan pada persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) adalah jasa sarana, jasa medis dan jasa pelayanan dengan rata-rata tagihan sebesar Rp. 2.063.935,00 per pasien. Adapun pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria*, tiga komponen terbesar pembentuk tagihan pasien adalah jasa medis, BHP, dan sarana dengan tagihan Rp. 8.045.662,00 per pasien.

Bila diproyeksikan ke dalam penerimaan, maka selama bulan Juli sampai dengan Desember 2013, dengan tarif Perda, RSUD Tenriawaru telah memperoleh penerimaan dari pasien Jamkesda yang memanfaatkan layanan rawat inap persalinan sebesar Rp. 3.676.470.253,00. Penerimaan terbesar berasal dari persalinan dengan tindakan *sectio secaria*. Selanjutnya, dilakukan estimasi agar didapatkan gambaran penerimaan berdasarkan tarif INA-CBGs. Untuk keperluan ini, dilakukan simulasi dengan menggunakan *software* INA-CBGs versi 4.0.

Tabel 2. Estimasi Total Tarif INA-CBGs

Deskripsi dan Severity Level	Tarif INA-CBGs	Persalinan Normal (spontan)		Persalinan dengan Tindakan (eks. forcep, vakum, induksi)		Persalinan dengan Tindakan <i>Sectio Secaria</i>		N	Jumlah
		N	Jumlah	N	Jumlah	N	Jumlah		
Prosedur operasi pembedahan caesar									
Ringan (O-6-10-I)	4.477.439	-	-	-	-	228	1.020.856.092	228	1.020.856.092
Sedang (O-6-10-II)	4.940.831	-	-	-	-	165	815.237.115	165	815.237.115
Prosedur persalinan vaginal dengan Sterilisasi dan/dilatasi dan kuret									
Ringan (O-6-11-I)	2.528.893	-	-	5	12.644.465	-	-	5	12.644.465
Proseur persalinan vaginal dengan prosedur selain sterilisasi dan/ dilatasi dan kuret									
Ringan (O-6-12-I)	2.435.645	15	36.534.675	153	372.653.685	-	-	168	409.188.360
Sedang (O-6-12-II)	2.925.204	-	-	26	76.055.304	-	-	26	76.055.304
Persalinan vaginal									
Ringan (O-6-12-I)	2.241.574	19	42.589.906	40	89.662.960	-	-	59	132.252.866
Sedang (O-6-12-II)	2.653.049	-	-	9	23.877.441	-	-	9	23.877.441
Total tarif INA-CBGs		34	79.124.581	233	574.893.855	393	1.836.093.207	660	2.490.111.643

Tabel di atas menunjukkan dari 34 persalinan normal, setelah di masukkan ke dalam *software* INA-CBGs versi 4.0, 15 pasien termasuk prosedur persalinan vaginal dengan prosedur selain sterilisasi dan/dilatasi dan kuret ringan dan 19 pasien termasuk persalinan vaginal ringan. Total tarif INA-CBGsnya adalah Rp. 79.124.581,00.

Dari 233 persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi), 5 pasien termasuk pada persalinan dengan prosedur persalinan vaginal sterilisasi, serta dilatasi/kuret ringan, 153 pasien termasuk prosedur persalinan vaginal dengan prosedur selain sterilisasi dan/dilatasi, serta kuret ringan, dan 26 pasien termasuk severitas sedang. Sedangkan sisanya yakni sebanyak 40 pasien termasuk persalinan vaginal ringan dan 9 pasien termasuk pula persalinan vaginal sedang. Adapun total

dari tarif INA-CBGs nya sebesar Rp. 574.893.855,00.

Dari 393 pasien persalinan dengan tindakan *sectio secaria*, 228 pasien termasuk pada persalinan dengan prosedur operasi pembedahan *caesar* ringan dan 165 pasien termasuk persalinan dengan prosedur operasi pembedahan caesar sedang dengan total tarif INA-CBGs sebesar Rp. 1.836.093.207. Dengan demikian, bila diestimasi berdasarkan tarif INA-CBGs, selama bulan Juli sampai dengan Desember 2013 RSUD Tenriawaru akan memperoleh penerimaan dari pasien Jamkesda yang memanfaatkan layanan rawat inap persalinan sebesar Rp. 2.490.111.643. Adapun ketika penerimaan rumah sakit berdasarkan tabel 2 dan 3 di atas dibandingkan, maka diperoleh estimasi selisih penerimaan antara tarif Perda dengan tarif INA-CBGs sebagaimana tabel di bawah ini.

Tabel 3. Selisih Tarif Terhadap Penerimaan

Jenis Persalinan	Penerimaan Sesuai Tarif Perda	Rata-rata Tagihan/Pasien	Penerimaan Sesuai Tarif INA-CBGs	Rata-rata Tagihan/Pasien	Selisih	Rata-rata Selisih	% Selisih
Persalinan normal (spontan)	33.628.408	989.071	79.124.581	2.327.194	45.496.173	1.338.123	135,29
Persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi)	480.896.827	2.063.935	574.893.855	2.467.356	93.997.028	403.421	19,55
Persalinan dengan tindakan <i>sectio secaria</i>	3.161.945.018	8.045.662	1.836.093.207	4.671.993	-1.325.851.811	-3.373.669	41,93
Total	3.676.470.253		2.490.111.643		-1.186.358.610		

Tabel di atas menunjukkan total dari selisih penerimaan untuk seluruh pasien Jamkesda yang memanfaatkan pelayanan rawat inap untuk persalinan sebesar Rp. 1.186.358.610,00. Persalinan secara normal/spontan menunjukkan selisih positif bagi penerimaan sampai 135,29%.

Persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) secara keseluruhan menunjukkan selisih positif bagi penerimaan sampai 19,55%. Namun antar kasus persalinan terdapat variasi selisih positif dan negatif dengan range yang lebar. Potensi selisih terbesar ada pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria*. Selisih negatif pada jenis persalinan ini mencapai 41,93%.

Berdasarkan hasil simulasi di atas, kemudian dilakukan wawancara mendalam dengan pihak RSUD Tenriawaru untuk memperoleh gambaran strategi rumah sakit dalam menghadapi potensi selisih bagi penerimaan bila Jamkesda menggunakan sistem pembayaran prospektif nantinya. Berdasarkan hasil wawancara disimpulkan beberapa hal sebagai berikut :

1. Pengelolaan Dokter

Para dokter sangat berperan dalam pengendalian biaya dan meminimalkan selisih penerimaan melalui efisiensi. Kontrol perilaku para dokter pada pasien Jamkesda tidak seperti pada pasien BPJS. Hal ini terlihat dari mekanisme pembagian jasa medis. Pada program Jamkesda, semakin banyak tindakan, akan

semakin menguntungkan rumah sakit dan dokter. Sistem pembagian jasa medis yang diterapkan pada pasien BPJS dan penyediaan *clinical pathway* mungkin dapat pula dianggap sebagai alat untuk mengelola perilaku dokter.

2. Pengelolaan Perawat dan Tenaga Farmasi

Perawat dapat pula mendukung pengendalian biaya pelayanan dengan mengontrol lamanya hari rawat pasien. Adapun tenaga farmasi dapat mengontrol penggunaan obat melalui formularium rumah sakit. Selanjutnya sistem pembagian jasa yang diterapkan pada pasien BPJS, remunerasi jasa per kelompok perawat dan penambahan besaran jasa langsung/pos remunerasi dianggap sebagai pilihan strategi yang dapat memotivasi tenaga ini untuk mendukung upaya efisiensi di rumah sakit.

3. Pengawasan

Rumah sakit belum memiliki *clinical pathway* untuk persalinan, sehingga variasi biaya dalam pemberian pelayanan persalinan kepada pasien masih lebar. selain itu, kontrol obat pada pasien persalinan yang menggunakan Jamkesda umumnya terbatas pada kesesuaian persepan obat dengan daftar obat Jamkesda. Sedangkan kontrol terhadap penggunaan bahan habis pakai sulit karena belum adanya standar penggunaan bahan habis pakai. Untuk pemeriksaan penunjang, diberikan bila ada permintaan tertulis dari dokter *obgyn*. Selanjutnya, untuk mengatasi potensi selisih, diperlukan upaya untuk menyusun

potensi selisih, diperlukan upaya untuk menyusun *clinical pathway*, pembuatan formularium rumah sakit yang mengacu pada formularium nasional dan standar penggunaan bahan habis pakai.

4. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)
SIM di rumah sakit masih terbatas kemampuannya untuk mendukung dilakukannya perhitungan tagihan pada pasien Jamkesda. Selanjutnya, pihak rumah sakit menganggap perlunya untuk melink-kan program SIM-RS dengan INA-CBGs apabila nantinya Jamkesda menggunakan sistem pembayaran prospektif. Dengan demikian, akan dihasilkan informasi-informasi yang dapat digunakan untuk mengevaluasi setiap komponen tagihan pasien persalinan yang dinilai berpotensi dalam menimbulkan selisih bagi penerimaan rumah sakit.
5. Rekam Medis dan *Billing*
Pada program Jamkesda, peranan tenaga koder hanya terbatas pada pengkodean diagnosa keluar pasien untuk kepentingan pelaporan. Sedangkan pada pembayaran dengan tarif INA-CBGs, kodefikasi sangat penting. Adapun kendala yang didapatkan adalah jumlah koder masih dianggap kurang memadai. Pemberian insentif dianggap akan memotivasi koder untuk meningkatkan perhatian terhadap ketepatan kodefikasi.
6. Identifikasi Pelayanan dan Pasar
Upaya ini dianggap penting sebagai strategi untuk melihat potensi subsidi silang dan mengembangkan pelayanan unggulan rumah sakit atau menciptakan jenis pelayanan baru yang dibutuhkan oleh masyarakat sehingga penerimaan rumah sakit menjadi maksimal.
7. Perhitungan Biaya
Strategi ini penting sebagai upaya untuk menghitung biaya riil pelayanan rumah sakit dan sebagai dasar penentuan tarif. Tarif Perda yang digunakan pada program Jamkesda ditetapkan berdasarkan perhitungan *unit cost* yang dilakukan oleh rumah sakit.

Penelitian ini memiliki keterbatasan-keterbatasan seperti penggunaan data sekunder berupa tagihan pada pasien persalinan dalam melakukan analisa tarif. Untuk hasil simulasi dengan tarif INA-CBGs, peneliti hanya berdasar pada hasil koding yang dilakukan koder dan hasil *grouping* yang dimasukkan petugas ke dalam *software* INA-CBGs. Penelitian ini tidak memungkinkan untuk melihat potensi subsidi antar kelas perawatan karena menggunakan data Jamkesda. Selain itu, peneliti tidak melakukan eksplorasi mendalam untuk hal-hal yang dianggap sensitive, seperti alasan semua kasus *sectio secaria* yang dimasukkan sebagai tindakan *cito*, karena penelitian ini tidak dilakukan dalam rangka audit medik. Peneliti juga tidak melakukan penggalian lebih mendalam daftar nama dan harga obat/BHP Jamkesda serta tidak melakukan kroscek antara obat yang digunakan dengan daftar nama obat yang ditanggung Jamkesda.

Selanjutnya pembahasan hasil penelitian, diuraikan sebagai berikut:

1. Komponen Tagihan
 - a. Jasa Medis
Jasa medis adalah jasa visit, pemeriksaan dan juga

tindakan yang dilakukan oleh dokter selama pasien persalinan di rawat di rumah sakit. Berdasarkan tarif Perda, rata-rata jasa medis untuk persalinan normal (spontan) berkisar 217 ribu sampai dengan 234 ribu per pasien. Rata-rata jasa medis untuk persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, vakum, induksi) berkisar 516 ribu sampai dengan 1,1 juta per pasien. Sedangkan rata-rata jasa medis untuk persalinan dengan *sectio secaria* berkisar 2 juta per pasien.

Pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria*, rata-rata jasa medis menjadi besar karena aktifitas yang dilakukan dokter bukan hanya terbatas di ruang BKIA (Balai Kesehatan Ibu dan Anak) dan juga perawatan nifas, tapi ada aktifitas operasi di ruang Instalasi Bedah Sentral (IBS) yang melibatkan tim dokter, yang terdiri dari spesialis kebidanan dan kandungan, spesialis anasthesi dan spesialis anak (bila dibutuhkan). Jasa medis yang besar juga disebabkan oleh *sectio secaria* dimasukkan sebagai tindakan operasi besar dan merupakan pasien *cito* yang menyebabkan penambahan jasa medis sebesar 150% dari tarif normal.

Besaran jasa medis pada tagihan pasien Jamkesda sangat berkaitan dengan banyaknya tindakan yang diberikan oleh dokter dan juga lamanya pasien dirawat. Pada program Jamkesda, kontrol terhadap tindakan dan lama hari rawat tidaklah mudah. Mekanisme pembayaran dengan sistem FFS dapat mendorong dokter untuk memberikan tindakan yang berlebihan. Selain itu, sistem pembagian jasa yang diterapkan pada program ini memberikan porsi yang besar kepada dokter yaitu 80% dari total jasa medis.

b. Bahan Habis Pakai (BHP)

Secara keseluruhan, BHP merupakan komponen terbanyak kedua dari total tagihan pasien selama bulan Juli sampai dengan bulan Desember 2013. Komponen tagihan ini lebih banyak pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria* bila dibandingkan dengan persalinan lainnya.

Pemakaian BHP untuk persalinan dengan tindakan *sectio secaria* mencapai 1,8 juta sampai dengan 1,9 juta per pasien dan termasuk yang paling besar dibandingkan dengan jenis persalinan lainnya. Pemakaian BHP pada pasien *sectio secaria* lebih banyak untuk keperluan pembedahan di Instalasi Bedah Sentral (IBS). Misalnya penggunaan benang operasi dan BHP lainnya yang dibutuhkan untuk operasi.

Variasi dan juga besaran biaya yang timbul dari penggunaan BHP pada pasien persalinan karena belum adanya standar penggunaan BHP yang ditetapkan oleh rumah sakit, baik untuk pasien Jamkesda maupun untuk pasien lainnya. Standar ini

penting mengingat penggunaan BHP untuk layanan para pasien persalinan sangatlah besar, terutama pada pasien dengan tindakan *sectio secaria*.

c. Jasa Sarana

Jasa sarana meliputi jasa atas akomodasi dan jasa atas pemanfaatan sarana/fasilitas rumah sakit selama pasien persalinan dirawat. Besaran jasa ini tergantung lama hari rawat pasien dan banyaknya tindakan medis dan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Persalinan dengan tindakan *sectio secaria* merupakan persalinan dengan jasa sarana terbesar yaitu Rp. 603.853.750,00 (76,67% dari total jasa sarana) karena penggunaan sarana dan fasilitas rumah sakit lebih banyak dan lebih lama. Mulai dari penggunaan ruang IBS, *Intensive Care Unit (ICU)* dan ruang perawatan. Umumnya pasien pasca operasi, dirawat dulu di ICU baru dibawa ke ruang perawatan nifas.

Rata-rata lama rawat pasien dengan *sectio secaria* juga lebih tinggi dari persalinan lainnya yaitu 4,8 hari sehingga penggunaan sarana dan fasilitas rumah sakit menjadi lebih lama. Pasien *sectio secaria* juga rata-rata dirawat antara 1 hari sampai dengan 3 hari di ICU yang tarifnya lebih mahal daripada ruang perawatan kelas III. Selain itu, semua pasien merupakan pasien *cito* sehingga menyebabkan kenaikan tarif sebesar 150% dari tarif biasa (terencana).

Masih terdapat variasi dalam merawat pasien yang tercermin dari variasi lama rawat untuk *output* yang sama karena tergantung bagaimana dokter dan juga perawat memahami standar pelayanan yang ada serta mengaplikasikannya pada perawatan pasien persalinan. Untuk itu dibutuhkan standar pelayanan yang mampu mengurangi variasi biaya pelayanan dan menurunkan lama rawat pasien dengan tetap mengedepankan aspek mutu dan kesembuhan pasien.

d. Obat

Penggunaan obat-obatan lebih banyak pada pasien dengan tindakan *sectio secaria* dibandingkan dengan pasien persalinan lainnya. Total tagihan obat untuk semua persalinan adalah Rp. 565.113.497,00 (15,37% dari total tagihan selama bulan Juli sampai dengan Desember 2013).

Pasien persalinan dengan tindakan *sectio secaria* rata-rata menghabiskan 1,3 juta untuk obat. Tagihan obat menjadi besar karena adanya penggunaan obat-obatan anasthesi untuk pasien *sectio secaria* dan juga pasien persalinan yang mendapatkan tindakan kuret. Rata-rata harga obat anasthesi yang digunakan adalah 239 ribu per ampul sedangkan harga obat-obatan lain yang diberikan kepada pasien seperti antibiotik, vitamin dan anti perdarahan sebenarnya tidak mahal, tapi karena pasien dirawat lebih lama, sehingga periode pemberian obatnya menjadi lebih panjang. Jadi untuk mengontrol besaran tagihan obat, perlu diiringi dengan upaya-

upaya untuk mengendalikan hari rawat pasien.

e. Jasa pelayanan

Merupakan jasa asuhan keperawatan dan penunjang lainnya yang diberikan selama pasien persalinan di rawat di rumah sakit. Sama dengan jasa medis, jasa ini akan bertambah seiring dengan banyaknya aktifitas asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien.

Rata-rata jasa pelayanan pada persalinan normal (spontan) adalah 157 ribu sampai dengan 163. Rata-rata jasa pelayanan untuk persalinan dengan tindakan (ekstraksi forceps, vakum, induksi) adalah 297 ribu sampai dengan 402 ribu. Sedangkan pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria*, rata-rata jasa pelayanan adalah 794 ribu sampai dengan 800 ribu.

Persalinan normal (spontan) maupun persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) pada dasarnya memerlukan asuhan keperawatan dan lama hari rawat yang berbeda dengan pasien persalinan melalui operasi seperti *sectio secaria*. selain itu, besaran jasa pelayanan juga tergantung dari tempat pasien dirawat.

Perubahan sistem pembayaran pada program Jamkesda nantinya akan membutuhkan perubahan pada *mindset*. Para perawat, dituntut memberikan asuhan keperawatan yang sesuai dengan standar pelayanan yang ada untuk mempercepat proses kesembuhan pasien. Turunnya lama hari rawat pasien akan menguntungkan rumah sakit bila dibayar dengan tarif INA-CBGs dengan tidak melupakan mutu pelayanan dan kesembuhan pasien.

f. Makanan

Besaran tagihan makanan mengikuti lama hari rawat pasien dan tempat di mana dirawat. Karena besaran biaya makanan ini mengikuti lama rawat pasien, maka pasien dengan tindakan *sectio secaria* merupakan pasien dengan biaya makanan terbesar yaitu sekitar 79,53% dari total tagihan biaya makanan untuk semua pasien persalinan. Untuk dapat mengontrol komponen tagihan ini, maka yang perlu dikontrol adalah lama hari rawat pasien persalinan.

g. Oksigen

Pasien dengan tindakan *sectio secaria* menggunakan oksigen terbanyak yaitu 97,60% dari total tagihan oksigen. Pemakaian oksigen ini umumnya pada saat pasien di ruang IBS dan pasca operasi di ruang ICU. Rata-rata penggunaan oksigen pada persalinan dengan *sectio secaria* adalah 92 ribu sampai dengan 106 ribu per pasien.

h. Laboratorium

Pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan pada pasien persalinan adalah pemeriksaan *Coathing Time (CT)*, *Bleeding Time (BT)*, *Anti Protombin Time (APT)*, golongan darah dan pemeriksaan Hemoglobin (Hb).

Persalinan dengan pemberian tindakan *sectio secaria* merupakan persalinan yang paling banyak menggunakan pemeriksaan laboratorium yaitu 89,83% dari total tagihan persalinan dengan pemeriksaan laboratorium. Meskipun besaran dari komponen ini sangat kecil, pihak rumah sakit tetap perlu untuk melakukan kontrol atas pemeriksaan laboratorium ini. Adapun kontrol yang dimaksud tidak berarti mengendalikan layanan pemeriksaan laboratorium yang tidak perlu bagi pasien, tetapi juga memastikan pemberian layanan pemeriksaan laboratorium kepada pasien jika terdapat indikasi. Untuk itu diperlukan standar pelayanan persalinan yang mengintegrasikan kebutuhan pasien, mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit, sehingga dapat dipastikan bahwa setiap pasien mendapatkan pelayanan yang sesuai dengan apa yang dibutuhkannya.

i. Darah

Pasien yang melakukan transfusi darah adalah pasien dengan indikasi Hb rendah dan dibuktikan dengan hasil pemeriksaan Hb dari laboratorium rumah sakit. Pasien persalinan dengan tindakan *sectio secaria* menggunakan pelayanan darah yang paling banyak yaitu 92,24% dari total tagihan darah.

j. Radiologi

Selama bulan Juli sampai dengan bulan Desember 2013, jumlah tagihan radiologi hanya sebesar Rp. 377.500,00 atau 0,01% dari total tagihan pasien persalinan dan jumlah tersebut berasal dari pasien persalinan dengan tindakan *sectio secaria*. Pihak rumah sakit tetap perlu melakukan kontrol atas komponen tagihan ini, meskipun besarnya sangat kecil. Kontrol tidak berarti mengendalikan pemeriksaan yang tidak perlu bagi pasien, tetapi juga memastikan setiap pasien persalinan diberikan pemeriksaan radiologi jika memang ada indikasi. Untuk itu diperlukan standar pelayanan persalinan yang mengintegrasikan kebutuhan pasien, mulai dari pasien masuk sampai keluar rumah sakit, sehingga dapat dipastikan bahwa setiap pasien mendapatkan layanan medis yang sesuai dengan kebutuhannya.

2. Tarif Perda dan Tarif INA-CBGs

Tarif rumah sakit untuk pasien Jamkesda adalah tarif pasien untuk kelas III berdasarkan Peraturan Daerah No. 2 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum^(1,2). Tarif ditentukan berdasarkan jenis pelayanan persalinan yang diberikan.

Setiap kegiatan/tindakan yang diberikan oleh dokter dan atau perawat/bidan, sudah diatur besaran jasa sarana, jasa pelayanan dan juga jasa medisnya. Tarif yang ada disusun berdasarkan pada aktifitas *Fee For Services* (FFS). Dari sisi penerimaan, hal ini menguntungkan

bagi rumah sakit sedangkan dari sisi jasa medis dan pelayanan, sangat menguntungkan dokter dan perawat. Apabila program Jamkesda bergabung dengan BPJS, maka sistem pembayaran akan menggunakan tarif INA-CBGs, yang merujuk pada Permenkes No. 69 Tahun 2013^(7,2) atau tarif baru bila terdapat perubahan tarif di masa yang akan datang. Tarif INA-CBGs merupakan tarif paket yang tidak diuraikan berapa biaya setiap komponen pembentuk tarif. Adapun besaran tarif yang dihasilkan tergantung pada hasil *grouping* yang akan melahirkan kode dan juga deskripsi INA-CBGs sesuai diagnosis dan prosedur yang diberikan setelah pasien keluar.

Pada tarif Perda, tarif persalinan tidak termasuk biaya obat, BHP dan biaya kamar. Sedangkan pada tarif INA-CBGs, tarif yang ada sudah termasuk semua kebutuhan pasien selama dirawat di rumah sakit.

Pada ketetapan tarif Perda, besaran tagihan pasien tidak tergantung dari diagnosa keluar, tapi pada kesesuaian jumlah dan jenis tindakan yang ada di berkas rekam medis pasien dengan yang diinput ke dalam SIM-RS. Sedangkan kesesuaian tarif INA-CBGs yang dihasilkan tergantung dari ketepatan dokter dalam menuliskan diagnosa, kepatuhan dalam mengisi setiap berkas rekam medis/*resume* medis pasien dan keterampilan koder. Karena merupakan tarif paket, maka bila rumah sakit tidak efisien dalam pemberian pelayanan kepada pasien, akan menyebabkan kerugian dari sisi penerimaan rumah sakit.

3. Strategi RSUD Tenriawaru

a. Pengelolaan Dokter

Perubahan sistem pembayaran, akan membutuhkan perubahan besar dari sisi perilaku dokter. Adapun perubahan ini pastilah tidak mudah, mengingat program Jamkesda dengan sistem FFS-nya sudah berlangsung sejak tahun 2008.

Untuk mendorong perubahan perilaku dokter, pihak RSUD Tenriawaru menerapkan sistem pembagian jasa medis tersendiri bila menggunakan tarif INA-CBGs yang mengacu pada Peraturan Bupati Bone Nomor. 7 Tahun 2014⁽⁹⁾. Adapun jasa dokter untuk jasa pelayanan rawat inap adalah sebesar 22% setelah memperhitungkan biaya obat, biaya bahan habis pakai dan biaya lainnya termasuk di dalamnya biaya makanan, oksigen dan pelayanan darah bagi pasien. Upaya lainnya yang dilakukan oleh RSUD Tenriawaru dalam mengontrol perilaku dokter ialah dengan merintis pemberlakuan sistem pembagian jasa berbasis kinerja melalui remunerasi jasa.

Remunerasi jasa dalam sistem pembayaran INA-CBGs di RSUD Tenriawaru belum merupakan remunerasi jasa *full*. Besarannya hanya 10% dari total jasa pelayanan rawat inap dan rawat jalan. Ini merupakan langkah awal bagi RSUD Tenriawaru untuk menggeser sistem pembagian jasa yang berdasarkan pada utilisasi menjadi berbasis kinerja.

b. Pengelolaan Perawat dan Tenaga Farmasi

Pada program Jamkesda, perawat memperoleh 80% dari total jasa pelayanan dengan sistem FFS. Hal ini berpotensi menimbulkan pemberian asuhan keperawatan yang berlebihan kepada pasien dan perawat cenderung kurang memperhatikan lama hari rawat pasien karena semakin lama pasien dirawat akan semakin menguntungkan.

Pada sistem pembagian jasa dengan tarif INA-CBGs, besaran jasa asuhan keperawatan adalah 10% dari total jasa pelayanan rawat inap setelah memperhitungkan biaya obat, BHP, makanan, jasa sarana dan lain-lain. Sama halnya dengan sistem pembagian jasa untuk dokter, besaran jasa layanan ini mengacu pada peraturan Bupati Bone. Sistem ini dianggap mampu mendorong perawat untuk memberikan perawatan kepada pasien persalinan sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ada di rumah sakit dengan memperhatikan lama rawat pasien dengan tetap menjaga mutu layanan.

Sementara itu, dalam pemberian pelayanan pada pasien persalinan, obat merupakan salah satu komponen terbesar pembentuk tagihan pasien, terutama pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria*. Hal ini menyebabkan perlunya upaya untuk mengendalikan biaya obat melalui tenaga farmasi di rumah sakit. Pengendalian ini dapat dilakukan melalui kontrol penggunaan dan juga persepsian obat oleh dokter. Tenaga farmasi dapat berperan untuk memastikan agar obat yang ditulis dokter sudah sesuai dengan formularium rumah sakit dan mengganti obat dengan generiknya bila ada, melalui koordinasi dengan dokter penulis resep.

Selain itu, tenaga farmasi rumah sakit dapat pula memaksimalkan perannya melalui Komite Farmasi dan Terapi dalam penyusunan formularium rumah sakit. Untuk itu, pemberian insentif kepada para perawat dan tenaga farmasi dianggap perlu untuk meningkatkan motivasi mereka dalam mendorong upaya efisiensi pada pasien persalinan. Rumah sakit pun dapat merencanakan mekanisme *reward* lainnya, seperti menyediakan bantuan pendidikan bagi tenaga farmasi (apoteker) untuk melanjutkan pendidikan pada farmasi klinik, mengingat di era JKN, farmasi klinik menjadi sangat penting karena dapat meningkatkan penggunaan obat dengan *cost effective* di rumah sakit.

c. Pengawasan

Untuk meminimalkan potensi selisih pada kasus persalinan apabila terjadi perubahan pada sistem pembayaran menjadi tarif INA-CBGs, dibutuhkan standar pelayanan bagi pasien persalinan, standar penggunaan BHP dan formularium rumah sakit. Hal ini penting mengingat masing-masing dokter

memiliki ragam dalam pengambilan tindakan untuk satu *output* yang sama sesuai dengan referensi masing-masing dokter. Kondisi ini terefleksi dalam variasi biaya persalinan pasien Jamkesda.

- *Clinical Pathway*

Pada sistem pembayaran INA-CBGs, *clinical pathway* dapat menjadi acuan bagi dokter dan juga tenaga kesehatan lainnya dalam perawatan pasien persalinan mulai dari pasien masuk hingga keluar dari rumah sakit sekaligus dapat mengurangi variasi biaya diantara dokter spesialis *obgyn*. Selain itu, akan mengontrol utilisasi berlebihan dan dapat menurunkan lama rawat pasien.

Clinical pathway dapat digunakan dalam rangka perhitungan biaya perawatan pasien persalinan, misalnya *sectio secaria* atau persalinan lainnya yang selama ini memberikan variasi biaya yang sangat lebar. Dengan *clinical pathway*, potensi selisih dapat terus diminimalkan dengan tetap mengedepankan aspek kesembuhan dan juga mutu pelayanan pasien persalinan.

- Standar penggunaan Bahan Habis Pakai (BHP)

Kontrol BHP ini masih sulit dilakukan karena belum adanya standar pada penggunaan BHP yang dibakukan secara tertulis di lingkungan rumah sakit. Pengukuram pemakaian BHP pun sulit dilakukan karena selama ini masih disesuaikan dengan kebutuhan. Pada SOP persalinan, diuraikan bahwa jenis BHP yang dibutuhkan untuk keperluan pasien sesuai dengan jenis persalinannya. Namun, jumlahnya tidak dicantumkan. Jadi sulit untuk menentukan standar kebutuhan minimal pasien. Untuk mengendalikan biaya BHP, perlu dilakukan penyusunan standar penggunaan BHP yang selama ini penggunaannya sangat bervariasi untuk *output* yang sama.

- Formularium Rumah Sakit

Sejak diimplementasikan, kontrol biaya obat untuk program Jamkesda hanya terbatas pada kesesuaian antara resep dokter dengan daftar obat Jamkesda. Pengendalian biaya tidak sampai pada kontrol jumlah obat yang diberikan. Permintaan obat akan dilayani selama ada permintaan tertulis dari dokter. Apabila rumah sakit dibayar dengan tarif paket, formularium rumah sakit dan kontrol penggunaan obat menjadi sangat penting. Oleh karena itu, RSUD Tenriawaru telah membentuk Panitia Farmasi dan Terapi yang salah satu tugas panitia ini adalah membuat formularium RS yang disusun berdasarkan pada formularium Nasional. Hal ini dianggap penting karena selama ini RS belum memiliki formularium sendiri.

d. Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit (SIM-RS)

RSUD Tenriawaru telah memiliki SIM-RS yang

menghubungkan semua pelayanan, baik rawat jalan, rawat inap, Instalasi Gawat Darurat (IGD) maupun instalasi penunjang. Namun, pemanfaatan SIM-RS ini hanya terbatas untuk perhitungan klaim pasien Jamkesda. Menyadari pentingnya sistem informasi yang baik apabila rumah sakit dibayar dengan sistem paket, maka pihak RSUD Tenriawaru melakukan upaya-upaya dalam rangka menghubungkan (*link*) SIM-RS dengan program INA-CBGs. Dengan demikian, akan diketahui selisih antara biaya pasien persalinan selama dirawat dengan menggunakan tarif INA-CBGs dengan tarif Perda. Informasi selisih ini dapat digunakan untuk mengevaluasi pada aspek mana petugas kesehatan tidak efisien.

e. Rekam Medis dan *Billing*

Pada pasien dengan pembayaran INA-CBGs, peran koder mengalami pergeseran. Peran koder menjadi sangat penting karena koding diagnosa (utama dan sekunder) dan tindakan yang diberikan kepada pasien persalinan akan sangat mempengaruhi hasil grouping dan tingkat keparahan pasien. Hal ini pada akhirnya berpengaruh terhadap besaran tarif INA-CBGs yang akan dibayarkan oleh pihak BPJS.

Namun pada penelitian ini, diketahui bahwa koder tidak menemui hambatan terkait dengan kodefikasi diagnosa dan tindakan untuk pasien persalinan. Adapun kendala utama yang dirasakan oleh pihak manajemen dan juga koder justru terkait dengan kurangnya jumlah koder ya ada. Saat ini, RSUD Tenriawaru hanya memiliki dua orang koder yang berarti beban kerja kedua koder tersebut tidak sedikit.

f. Identifikasi Pelayanan dan Pasar

Rumah sakit dapat memanfaatkan informasi pada *revenue center* selama implementasi BPJS. Jenis pelayanan seperti persalinan dengan *sectio secaria* yang menunjukkan angka selisih negatif yang cenderung menurun dan jenis persalinan lainnya yang menunjukkan selisih positif yang meningkat harus mendapat perhatian. Rumah sakit perlu melihat kasus-kasus *obgyn* non persalinan dan di luar *obgyn* yang memberikan selisih positif bagi penerimaan rumah sakit. Dengan demikian, rumah sakit dapat melihat potensi subsidi silang antar kasus dan kelas perawatan secara keseluruhan untuk kasus yang memang masih sulit dihindari untuk tidak berselisih negatif.

Selain itu, rumah sakit dapat melakukan analisis pasar dengan melihat demand masyarakat akan pelayanan tertentu di rumah sakit. Informasi ini dapat digunakan untuk menyediakan pelayanan baru atau mengembangkan pelayanan yang sudah ada di rumah sakit, sehingga menjadi pelayanan unggulan, sehingga kebutuhan masyarakat dapat

terpenuhi sekaligus meningkatkan kapasitas dalam hal penerimaan rumah sakit.

g. Perhitungan Biaya

Perhitungan tarif Perda No. 2 Tahun 2011 yang dijadikan acuan dalam tarif rumah sakit, dihitung berdasarkan biaya rata-rata pada setiap unit yang menghasilkan (*revenue center*) maupun unit yang tidak menghasilkan (*cost center*). Biaya beban sarana memperhitungkan biaya pemeliharaan dan operasional setiap unit. Biaya investasi gedung yang pembiayaannya bersumber dari pemerintah pusat, tidak dimasukkan ke dalam perhitungan dengan pertimbangan tidak akan membebankan biaya investasinya kepada masyarakat yang akan membayar tarif pelayanan rumah sakit.

Rata-rata biaya di *revenue center* memperhitungkan biaya pemeliharaan, gaji pegawai BLUD, serta biaya operasional lainnya dibagi dengan tingkat hunian atau BOR (*Bed Occupancy Rate*) di setiap unit pelayanan. Sedangkan rata-rata biaya di *cost center* memperhitungkan biaya pemeliharaan, gaji pegawai BLUD serta biaya operasional lainnya dibagi dengan total tingkat hunian atau BOR keseluruhan rumah sakit. Adapun tarif rumah sakit yang ditetapkan lebih tinggi dari hasil perhitungan unit cost yang dilakukan oleh rumah sakit.

KESIMPULAN DAN SARAN

Dari hasil beserta pembahasan penelitian, dapat diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

1. Berdasarkan rata-rata komponen tagihan, jasa sarana, jasa medis, dan jasa pelayanan merupakan komponen terbesar pada pasien persalinan normal (spontan) dan persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi) sedangkan komponen terbesar pada persalinan dengan tindakan *sectio secaria* adalah jasa medis, BHP dan jasa sarana.
2. Berdasarkan tarif Perda, persalinan dengan tindakan *sectio secaria* memberikan kontribusi terbesar bagi penerimaan rumah sakit.
3. Tarif INA-CBGs untuk pasien persalinan memberikan selisih positif dan negatif bagi penerimaan rumah sakit. Persalinan normal (spontan) menunjukkan bahwa selisih positif untuk semua pasien. Persalinan dengan tindakan (ekstraksi forcep, vakum, induksi persalinan) menunjukkan selisih yang positif secara keseluruhan meskipun untuk setiap kasus menunjukkan selisih yang bervariasi (positif dan juga negatif). Sedangkan, pada persalinan dengan *sectio secaria* menunjukkan selisih negatif untuk semua kasus.
4. Rumah sakit harus melakukan berbagai strategi sebagai upaya untuk merespon sistem pembayaran prospektif pada program Jamkesda, yang berpotensi memberikan selisih negatif bagi penerimaan rumah sakit. Strategi tersebut meliputi:
 - Pengendalian jasa sarana yang dilakukan melalui

penyusunan *clinical pathway*;

- Penyediaan standar BHP untuk digunakan sebagai dasar dilakukannya kontrol penggunaan BHP;
- Pengendalian biaya obat yang dilakukan melalui penyediaan formularium rumah sakit;
- Pengendalian jasa medis dengan mengelola perilaku dokter melalui perubahan sistem pembagian jasa medis;
- Pengendalian jasa pelayanan dengan pengelolaan perawat dengan tenaga farmasi melalui perubahan sistem pembagian jasa pelayanan;
- Integrasi SIM-RS dan program INA-CBGs BPJS sebagai alat untuk memonitor komponen tagihan pasien yang berpotensi menimbulkan selisih;
- Penambahan jumlah koder karena jumlahnya yang kurang memadai;
- Melakukan perhitungan *unit cost* untuk mengetahui kecukupan tarif rumah sakit; dan
- Melakukan identifikasi pelayanan yang menjadi *revenue center* di rumah sakit untuk mengetahui potensi subsidi antar kasus dan kelas yang ada di rumah sakit.

Saran

1. Bagi Manajemen Rumah Sakit

- a. Membentuk tim *casemix*/INA-CBGs di rumah sakit;
- b. Penyediaan anggaran untuk dilaksanakannya bimbingan penyusunan *clinical pathway*;
- c. Menghitung besar *unit cost sectio secaria* guna mengetahui *real cost*;
- d. Memberikan pemahaman kepada para dokter, perawat dan tenaga farmasi tentang pentingnya remunerasi berbasis kinerja dengan transparansi indikator yang dijadikan indeks dalam penilaian tersebut;
- e. Melakukan evaluasi standar pelayanan medis dan standar asuhan keperawatan yang ada dan juga melakukan evaluasi implementasi standar pelayanan tersebut untuk menilai kinerja dokter dan perawat;
- f. Pemberian insentif untuk dokter dengan kinerja baik, misalnya dokter yang patuh meresepkan obat generik, mengikuti standar penggunaan BHP dan mampu menurunkan hari rawat pasien dengan tetap mengutamakan kesembuhan setiap pasien;
- g. Pemberian insentif kepada kelompok perawatan yang efisien dan mampu menurunkan hari rawat pasien dengan tetap menjaga mutu pelayanan;
- h. Menyediakan bantuan pendidikan untuk bidang farmasi klinik bagi tenaga farmasi, sehingga

dapat meningkatkan penggunaan obat yang *cost effective* di rumah sakit;

- i. Evaluasi terkait efisiensi dengan memanfaatkan informasi pada SIM-RS dan hasilnya menjadi masukan bagi kinerja pihak-pihak pelayanan dan manajemen internal; dan
- j. Menambah jumlah koder melalui perekrutan pegawai BLUD dan memberikan insentif untuk memotivasi perhatian para koder akan ketepatan kodefikasi.

2. Bagi Pihak Pelayanan Rumah Sakit

- a. Segera menyelesaikan penyusunan formularium rumah sakit yang mengacu pada formularium nasional melalui Komite Farmasi dan Terapi yang telah dibentuk.
- b. Bersama dengan manajemen, menyusun *clinical pathway* dengan memprioritaskan kasus yang paling sering ditangani, biayanya mahal, dan juga tarifnya lebih tinggi dari tarif INA-CBGs, seperti misalnya *sectio secaria*.
- c. Melakukan upaya efisiensi dalam pemberian pelayanan kepada pasien dengan mengacu pada standar pelayanan yang telah ada dengan tidak melupakan aspek-aspek mutu pelayanan dan kesembuhan pasien.

DAFTAR RUJUKAN

1. Pemerintah Daerah Provinsi Sulawesi Selatan. 2011. *Peraturan Daerah Nomor 2 Tahun 2011 tentang Retribusi Jasa Umum*. Sulawesi Selatan.
2. Williams, Stephen J. 2005. *Essentials of Health Services*. 3rd Edition. United States of America: Thomson Delmar Learning.
3. Pemerintah Daerah Sulawesi Selatan. 2009. *Pedoman Pelaksanaan dan Petunjuk Teknis Pelayanan Kesehatan Gratis Tahun 2009 Sulawesi Selatan*.
4. Thabrany, Hasbullah. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan: Sistem Pembiayaan dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan*. Jakarta: Universitas Indonesia (UI) Press.
5. Sulastomo. 2005. *Manajemen Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
6. Komaryani, Kalsum. (2012). *Challenges In The Implementation of Indonesian Case Base Group (INA-CBG) For Social Health Insurance*. Disampaikan di 6th International Casemix Conference, Kuala Lumpur, Malaysia. www.casemix.com. (diunduh pada 3 November 2013).
7. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
8. Smith, Howard L., Myron D. Fottler. 1985. *Prospective Payment (Managing for Operational Effectiveness)*. United States of America: An Aspen Publication.
9. *Peraturan Bupati Bone Nomor 7 Tahun 2014. Sulawesi Selatan*.