

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Demam tifoid merupakan infeksi sistemik yang disebabkan oleh *Salmonella enterica* serovar *typhi* (*S typhi*). *Salmonella enterica* serovar *paratyphi* A, B, dan C juga dapat menyebabkan infeksi yang disebut demam paratifoid. Demam tifoid dan paratifoid termasuk ke dalam demam enterik. Pada daerah endemik, sekitar 90% dari demam enterik adalah demam tifoid. Demam tifoid juga masih menjadi topik yang sering diperbincangkan.

Sejak awal abad ke 20, insiden demam tifoid menurun di USA dan Eropa dengan ketersediaan air bersih dan sistem pembuangan yang baik yang sampai saat ini belum dimiliki oleh sebagian besar negara berkembang. Secara keseluruhan, demam tifoid diperkirakan menyebabkan 21,6 juta kasus dengan 216.500 kematian pada tahun 2000. Insiden demam tifoid tinggi (>100 kasus per 100.000 populasi per tahun) dicatat di Asia Tengah dan Selatan, Asia Tenggara, dan kemungkinan Afrika Selatan; yang tergolong sedang (10-100 kasus per 100.000 populasi per tahun) di Asia lainnya, Afrika, Amerika Latin, dan Oceania (kecuali Australia dan Selandia Baru); serta yang termasuk rendah (<10 kasus per 100.000 populasi per tahun) di bagian dunia lainnya (Nelwan, 2012).

Komplikasi serius dapat terjadi hingga 10%, khususnya pada individu yang menderita tifoid lebih dari 2 minggu dan tidak mendapat pengobatan yang adekuat. *Case Fatality Rate* (CFR) diperkirakan 1–4% dengan rasio 10 kali lebih tinggi pada anak usia lebih tua (4%) dibandingkan anak usia ≤ 4 tahun (0,4%). Pada kasus yang tidak mendapatkan pengobatan, CFR dapat meningkat hingga 20%.

Di Indonesia, tifoid harus mendapat perhatian serius dari berbagai pihak, karena penyakit ini bersifat endemis dan mengancam kesehatan masyarakat. Permasalahannya semakin kompleks dengan meningkatnya kasus-kasus karier (*carrier*) atau *relaps* dan resistensi terhadap obat-obat yang dipakai, sehingga menyulitkan upaya pengobatan dan pencegahan.

Hasil telaahan kasus di rumah sakit besar di Indonesia menunjukkan adanya kecenderungan peningkatan jumlah kasus tifoid dari tahun ke tahun dengan rata-rata kesakitan 500/100.000 penduduk dan kematian diperkirakan sekitar 0,6–5% (Purba, Wandura, Nugrahini, Nawawi, & Kandun, 2016).

Prevalensi nasional demam tifoid berdasarkan hasil riset kesehatan dasar tahun 2007 adalah 1,60% dengan rentang 0,3%-3%. Provinsi Banten merupakan provinsi yang mempunyai prevalensi diatas prevalensi nasional. Berdasarkan karakteristik responden, distribusi prevalensi tertinggi adalah pada usia 5–14 tahun (1,9%), usia 1–4 tahun (1,6%), usia 15–24 tahun (1,5%) dan terendah pada usia < 1 tahun (0,8%). Demam tifoid ditemukan cenderung lebih tinggi di wilayah pedesaan dibandingkan

perkotaan. Prevalensi demam tifoid lebih tinggi pada kelompok dengan pendidikan rendah dan tingkat pengeluaran rumah tangga per kapita rendah (Departemen Kesehatan RI, 2007).

Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 di provinsi Banten, prevalensi demam tifoid mencapai 2,2 % dan tersebar di seluruh Kabupaten/Kota dengan rentang 0,6 – 4,2 %. Prevalensi demam tifoid yang paling tinggi ditemukan di Kabupaten Lebak. Kasus demam tifoid ditemukan pada semua kelompok umur, terutama pada usia sekolah dan di atas 75 tahun.

Angka kejadian demam tifoid di Pandeglang 2,1% , lebak 4,2% , Tangerang 2,8%, Serang 1,5%. Prevalensi demam tifoid yang paling rendah berada di Kota Tangerang yaitu sebesar 0,4%, sementara di kota Cilegon prevalensi demam tifoid sedikit di atas Kota Tangerang yaitu sebesar 0,8%. Demam tifoid terutama ditemukan pada kelompok umur sekolah dan di atas 75 tahun. Prevalensi penyakit ini lebih tinggi pada laki-laki dan pada pendidikan yang rendah (tidak sekolah dan tidak tamat SD). Dari karakter pekerjaan, angka kejadian demam tifoid dijumpai pada kelompok sekolah. Hal ini konsisten dengan data kelompok umur. Tifoid terutama dijumpai di daerah pedesaan. Hal ini konsisten dengan temuan berdasarkan tingkat pengeluaran per kapita, tifoid cenderung lebih tinggi pada rumah tangga dengan status ekonomi rendah (Departemen Kesehatan RI, 2009).

RS An-nisa Tangerang merupakan RS tipe C yang berada di Kota Tangerang. RS An-nisa telah melampaui beberapa masa pertumbuhan. Berawal dari rumah sakit bersalin pada tahun 1991 dengan kapasitas 15 tempat tidur. Sejak bulan Agustus 2008 rumah sakit An-nisa resmi berstatus rumah sakit umum, dengan kapasitas tempat tidur pada awal 2009 sebanyak 110 tempat tidur. Pada tahun 2013 kapasitas tempat tidur meningkat menjadi 124 tempat tidur. Pada tahun 2014 disaat awal penerapan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), manajemen RS An-nisa sepakat berkomitmen untuk berpartisipasi aktif mensukseskan JKN yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan (BPJS) Kesehatan.

Sejak awal tahun 2013, Jauh hari sebelum waktu penerapan, seluruh jajaran telah dipersiapkan untuk pelayanan pasien jaminan BPJS. RS An-nisa mulai mempersiapkan banyak hal terkait perubahan peraturan tersebut dengan secara aktif mengikuti berbagai pelatihan yang dibutuhkan. Supaya sukses menjalankan program JKN dan dapat melayani pasien jaminan BPJS dengan baik, rumah sakit harus mempersiapkan diri dengan cara menguasai konsep casemix dan INA-CBGs yang digunakan sebagai metode pembayaran prospektif. Beberapa *value propositions* bagi pelanggan RS An-nisa Tangerang disiapkan, seperti memberikan pelayanan yang non-diskriminatif antara peserta JKN dan non JKN, jam pelayanan rawat jalan yang lebih panjang daripada rumah sakit lainnya pada umumnya, tidak ada pembatasan kuota tempat

tidur rawat inap untuk pasien BPJS Kesehatan serta tidak adanya selisih bayar dalam pembayaran tagihan rumah sakit atau sepenuhnya ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Di luar itu, RS An-nisa juga berani memberikan *benefit* tambahan kepada pasien yang berobat di RS An-nisa Tangerang, antara lain memberikan layanan jasa antar pulang pasien rawat inap secara gratis hingga menyiapkan mesin fotokopi secara gratis agar pasien yang membutuhkan untuk kelengkapan administrasi dapat mencetak secara gratis. Sepanjang tahun 2014 hingga saat ini jumlah pasien jaminan JKN yang memanfaatkan layanan kesehatan di RS An-nisa semakin meningkat.

Tahun 2015, lima tahun berselang sejak perombakan sistem manajemen, terlihat Perkembangan RS An-nisa semakin pesat. Diawal tahun dimulai dengan pembangunan lantai 4 gedung baru yang yang selesai pada pertengahan tahun dan pelayanannya sudah dibuka pada akhir juni 2015. Rawat inap lantai 4 menampung 40 tempat tidur dimana sayap kiri disiapkan khusus untuk kelas VIP dengan kapasitas 6 ruangan untuk 6 tempat tidur pasien. Adapun sayap kanan gedung untuk ruangan perawatan medical kelas II dan kelas III serta ruang isolasi dengan kapasitas 34 tempat tidur. Meskipun mayoritas pasien yang dilayani RS An-nisa adalah pasien jaminan BPJS, akan tetapi bangunan dan fasilitas ruang perawatan yang disiapkan tetap mengacu pada standar pelayanan yang berlaku, faktor kenyamanan pasien tetap diutamakan. Hal ini sesuai

dengan kebijakan rumah sakit yang tidak membedakan pelayanan antara pasien BPJS dan non BPJS.

Rumah Sakit An-nisa adalah rumah sakit swasta kelas C yang berkomitmen terhadap pelayanan pasien Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Hal ini dibuktikan dengan jumlah kunjungan RS An-nisa yang tertinggi untuk rumah sakit kelas C di Indonesia. Selain itu, RS An-nisa juga menjadi rumah sakit percontohan untuk pelayanan pasien JKN dimana RS An-nisa sudah dikunjungi oleh lebih dari 300 rumah sakit yang berasal dari berbagai daerah di Indonesia. Jumlah kunjungan rawat jalan perhari mencapai 800 pasien sementara BOR mencapai 90% dengan kapasitas tempat tidur 170 tempat tidur. 90% pasien yang dilayani di RS An-nisa adalah pasien JKN.

Demam tifoid menduduki peringkat pertama dari 10 penyakit terbanyak di instalasi rawat inap RS An-nisa. Pada tahun 2017 terdapat 1058 kasus demam tifoid. Kasus demam tifoid ini menghabiskan biaya sebesar Rp 3.440.122.246 pada tahun 2017 sementara tarif INA-CBGs sebesar Rp 2.818.864.400, sehingga terdapat selisih negatif sebesar Rp 621.257.846. Rata-rata tarif rumah sakit untuk diagnosa tifoid yang dirawat inap di RS An-nisa pada tahun 2017 sebesar Rp 3.144.016. Sementara tarif INA-CBGs untuk diagnosa tifoid yang termasuk ke dalam grouping A-4-14-I penyakit infeksi bakteri dan parasit lain-lain (ringan) untuk kelas III Rp 2.174.000, kelas II Rp 2.609.600, kelas I Rp. 3.044.500 (Peraturan Menteri Kesehatan RI No 76, 2016). Berdasarkan data di atas

dapat disimpulkan bahwa rata-rata tarif rawat inap demam tifoid di RS An-nisa lebih tinggi dibandingkan dengan tarif INA-CBGs, bahkan untuk tarif tertinggi di kelas 1.

Tifoid dapat menurunkan produktivitas kerja, meningkatkan angka ketidakhadiran anak sekolah, karena masa penyembuhan dan pemulihannya yang cukup lama, dan dari aspek ekonomi, biaya yang dikeluarkan tidak sedikit. Hasil penelitian Poulos et. al. (2011) di 5 negara Asia (Cina, Vietnam, India, Pakistan, dan Indonesia), biaya perawatan per penderita di rumah sakit berkisar antara USD129 di Kolkata (India) dan USD432 di Jakarta Utara (Indonesia), sedangkan biaya non perawatan berkisar antara USD13 di Kolkata, USD67 di Hechi (Cina) dengan biaya tertinggi di Hechi, diikuti Jakarta Utara, dan Karachi (Pakistan). Biaya semakin meningkat bila disertai pemberian obat-obatan tambahan atau harga yang lebih mahal dan hari perawatan yang lebih lama. Sebagian besar biaya tersebut ditanggung oleh keluarga, yang merupakan 15% pendapatan keluarga per tahun (Poulos et al., 2011).

Komponen biaya rawat inap pasien terdiri dari jasa medis, akomodasi pasien, obat-obatan, pemeriksaan penunjang, dan lain-lain, seperti administrasi, biaya makan pasien, dan biaya *laundry*. Tarif jasa medis ditentukan oleh rumah sakit. Pada umumnya tergantung pada tipe ruangan yang ditempati oleh pasien. Hal ini berbeda dengan kebijakan yang diambil oleh RS An-nisa dimana jasa medis ditetapkan sama untuk semua ruangan rawat inap.

Bila penderita tifoid tidak berobat misalnya karena keterbatasan biaya, maka penderita tersebut berisiko menjadi karier dan sebagai sumber penularan penyakit, atau *relaps* dan resistensi. Dengan adanya pembiayaan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS), maka meningkatnya kesempatan memperoleh pengobatan khususnya pada penderita yang kurang mampu (Purba et al., 2016).

Pada sisi lain dengan adanya jaminan kesehatan nasional, Rumah Sakit dituntut untuk mampu mengelola perawatan pada pasien dengan sistem pembayaran prospektif, dimana tarif sudah ditentukan sesuai dengan diagnosa pasien tersebut. Jika rumah sakit tidak hati-hati dalam pengelolaan pasien maka bisa menyebabkan resiko keuangan bagi rumah sakit.

Salah satu cara untuk meningkatkan kualitas perawatan pasien dan memaksimalkan efisiensi pemakaian sumber daya adalah dengan implementasi *clinical pathways* (CP). Implementasi dan penyesuaian CP juga dapat membantu mengurangi jangka waktu rawat inap pasien. CP juga dapat membantu mengidentifikasi dan mengklarifikasi proses-proses klinis dengan menjamin kontinuitas perawatan tanpa variasi yang tidak dibutuhkan (Aljunid, 2013).

Beberapa penelitian telah dilakukan sehubungan dengan perbedaan biaya riil dan tarif INA-CBGs. Diantaranya penelitian Arimbi et al., (2014) meneliti perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pasien JKN rawat inap *typhoid fever* di RSUD Kabupaten Sukoharjo Triwulan I tahun 2014, rata-

rata (*mean*) adalah Rp. 2.634.130. Nilai *p* pada tarif riil dan tarif INA-CBG's = 0,000 maka terdapat perbedaan antara tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien JKN rawat inap kelas 3. Selisih tersebut didukung oleh lama dirawat, kode diagnosis, jasa medis dan tarif obat (Arimbi, Pujihastuti, & Widjokongko, 2014).

Sementara itu terdapat penelitian lain yang menganalisis tarif INA-CBG's pada kasus-kasus lain. Seperti penelitian Sari (2016) tentang selisih tarif paket INA-CBGs dengan biaya riil dan analisis komponen biaya yang mempengaruhi biaya riil pada kasus skizofrenia rawat inap di RSJ Sambang Lihum menunjukkan pada perbandingan biaya terdapat selisih negatif sebesar Rp 136.096.659, dan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) antara tarif paket INA-CBGs dengan biaya riil. Komponen biaya yang mempengaruhi adalah akomodasi, *visitedokter*, keperawatan, obat, dan *laundry* ($p < 0,001$), dan yang paling signifikan berpengaruh terhadap biaya riil adalah akomodasi (B: 1,116 $p < 0,001$), dengan nilai *R square* 99,6%(Sari, 2016).

Penelitian Muslimah et al. (2016) tentang perbandingan biaya riil terhadap tarif INA-CBGs penyakit stroke iskemik di RS Bethesda Yogyakarta didapat kesimpulan bahwa dana tarif INA-CBG's baik rawat jalan maupun rawat inap tidak mencukupi membiayai perawatan pasien stroke iskemik di RS Bethesda Yogyakarta (Muslimah, Andayani, Pinzon, & Endarti, 2017).

Sementara itu Rahayuningrum et al. (2017) meneliti tentang analisis tarif rumah sakit dibandingkan dengan tarif *Indonesian Case Based Groups* pada pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional di rumah sakit, didapatkan bahwa tarif RS lebih tinggi daripada tarif INA CBGs. Faktor-faktor yang berhubungan positif dengan tarif RS dan secara statistik signifikan adalah penggunaan *Intensive Care Unit* (ICU) dan lama perawatan (Rahayuningrum, Tamtomo, & Suryono, 2017).

Motivasi pada penelitian ini adalah masih terdapatnya kesenjangan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs akan berdampak terhadap keuangan rumah sakit. *Unit cost* penting bagi rumah sakit untuk menentukan tarif rumah sakit sehingga bisa didapatkan tarif yang baik untuk pelayanan terhadap pasien dengan harga yang kompetitif. Komparasi tarif pelayanan diperlukan bagi rumah sakit untuk keunggulan kompetitif, sehingga dapat bertahan di era Jaminan Kesehatan Nasional saat ini. RS An-nisa dengan segmen pasar 90% pasien BPJS Kesehatan perlu mempertahankan *unit cost* yang sesuai dengan tarif INA-CBGs sehingga dapat unggul dan bersaing dibandingkan rumah sakit sekitar yang juga melayani pasien BPJS Kesehatan. Belum adanya penelitian sebelumnya tentang demam tifoid yang menganalisis secara statistik hubungan antara komponen tarif RS dengan tarif RS sehingga bisa diketahui faktor yang menyebabkan determinan tarif dan tarif INA-CBGs.

Berdasarkan hal-hal diatas maka peneliti tertarik melakukan penelitian tentang analisis komparatif tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs

pada pasien demam tifoid rawat inap. Sehingga bisa diketahui komponen tarif yang mana yang memiliki dampak yang signifikan terhadap tarif rumah sakit. Hal ini bertujuan supaya pengendalian biaya terhadap perawatan pasien bisa berjalan lebih baik.

B. Identifikasi Masalah

1. Terdapat selisih negatif dari tarif RS dibandingkan dengan tarif INA-CBGs pasien demam tifoid rawat inap.
2. Tarif RS tergantung pada beberapa hal seperti jasa medis, biaya akomodasi, obat-obatan, pemeriksaan penunjang, dan biaya lain-lain. Semakin besar biaya untuk masing-masing komponen maka total tarif RS untuk perawatan pasien semakin besar.

C. Pembatasan Masalah

Berdasarkan identifikasi masalah, penelitian ini dibatasi pada hal-hal berikut ini :

1. Penelitian ini dibatasi pada pasien yang dirawat dengan diagnosa demam tifoid dan menggunakan BPJS Kesehatan.
2. Variabel penelitian : tarif RS, tarif INA-CBGs, jasa medis, akomodasi, obat-obatan, pemeriksaan penunjang, dan biaya lain-lain.
3. Alat analisis menggunakan metode korelasi dan uji beda 2 sampel.

D. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dalam latar belakang tersebut, dapat dirumuskan pertanyaan penelitian sebagai berikut :

1. Bagaimana determinan tarif RS pada pasien dengan demam tifoid?
2. Apakah terdapat hubungan jasa medis dengan tarif RS?
3. Apakah terdapat hubungan akomodasi dengan tarif RS?
4. Apakah terdapat hubungan obat-obatan dengan tarif RS?
5. Apakah terdapat hubungan pemeriksaan penunjang dengan tarif RS?
6. Apakah terdapat hubungan biaya lain-lain dengan tarif RS?
7. Apakah terdapat perbedaan antara tarif RS dengan tarif INA-CBGs

E. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengkaji determinan tarif RS dengan tarif INA-CBGs dan mengkaji faktor-faktor yang mempengaruhi tarif RS pada pasien dengan demam tifoid.

2. Tujuan Khusus

- a. Untuk mengkaji hubungan antara jasa medis dengan tarif RS.
- b. Untuk mengkaji hubungan antara akomodasi dengan tarif RS.
- c. Untuk mengkaji hubungan antara obat-obatan dengan tarif RS.
- d. Untuk mengkaji hubungan antara pemeriksaan penunjang dengan tarif RS.

- e. Untuk mengkaji hubungan antara biaya lain-lain dengan tarif RS.
- f. Untuk mengkaji perbedaan tarif RS dengan tarif INA-CBGs

F. Kegunaan Hasil Penelitian

Merujuk pada tujuan penelitian diatas, maka penelitian ini sekurang-kurangnya diharapkan dapat memberikan tiga kegunaan, yaitu :

1. Bagi Rumah Sakit

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan bahan kajian oleh RS An-nisa dalam pengambilan keputusan untuk meningkatkan kualitas pelayanan dan biaya perawatan pasien.

2. Bagi Akademisi

Dengan adanya penelitian ini dapat menambah wawasan dan menjadi referensi bahan penelitian selanjutnya.

3. Bagi Penulis

Dengan adanya penelitian ini, dapat memberikan pengetahuan serta wawasan baru untuk mampu menerapkan teori dengan kenyataan yang sebenarnya.