

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Salah satu ciri yang wajib dimiliki oleh sumber daya manusia yang unggul adalah sehat jiwa maupun raga. Dengan kondisi kesehatan yang prima, manusia dapat menjalankan perannya dengan baik, sehingga ia dapat meningkatkan kualitas hidupnya. Kesadaran akan hal itu membuat Pemerintah Indonesia, melalui Departemen Kesehatan Republik Indonesia (Depkes RI) terus berupaya memperbaiki taraf kesehatan rakyat Indonesia.

Cukup sering kita mendengar bagaimana sulitnya masyarakat miskin di Indonesia memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai dikarenakan alasan biaya. Menurut data dari Badan Pusat Statistik angka kemiskinan pada tahun 2006 sampai tahun 2009 adalah 17,75%, 16,58%, 15,4% dan 14,1%. Dari data ini angka kemiskinan cenderung turun dari tahun ketahun. Depkes RI telah melakukan banyak upaya untuk membantu masyarakat miskin terbebas dari masalah tersebut. Pekan Imunisasi Nasional, obat generik, Puskesmas dan Posyandu, Askeskin. Semua itu merupakan sedikit dari banyak upaya pemerintah untuk memudahkan masyarakat miskin memperoleh pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau. Akan tetapi, masalah tersebut masih saja muncul. Biaya pelayanan kesehatan masih tetap terasa mahal.

Perkembangan dunia kesehatan semakin pesat. Berbagai teknologi baru bermunculan. Riset-riset untuk menghasilkan inovasi baru terus dilakukan. Semua itu memerlukan biaya yang tidak sedikit. Ditambah lagi

persaingan di dunia kesehatan yang makin ketat. Banyak institusi pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit dan klinik yang bermunculan. Kehadiran institusi-institusi tersebut tidak hanya didasari semangat untuk menolong, tapi justru memiliki sisi bisnis yang tidak bisa dikesampingkan.

Masalahnya, upaya mencari keuntungan tersebut dilimpahkan kepada masyarakat sebagai pengguna jasa pelayanan kesehatan. Semakin banyak uang yang dibayarkan, semakin besar pula keuntungan yang didapat. Akibatnya, banyak institusi pelayanan medis yang mengambil jalan pintas dengan menentukan tarif pelayanan medis secara sembarangan. Ini disebabkan tidak adanya standar baku yang berlaku secara nasional untuk menghitung dan mengevaluasi pelayanan medis yang harus dikenakan pada masyarakat. Itu sebabnya, sering terjadi perbedaan biaya pada institusi pelayanan kesehatan, walaupun diagnosis yang dilakukan sama. Namun masyarakat tidak mampu melakukan perlawanan karena tidak adanya patokan yang bisa dijadikan dasar untuk melakukan klarifikasi.

Ketiadaan standar ini memang sangat merugikan konsumen jasa pelayanan kesehatan, terlebih lagi bagi golongan masyarakat miskin. Umumnya masyarakat miskin tidak memiliki banyak pilihan dalam hidup mereka. Selain itu pengetahuan serta akses mereka menuju pelayanan kesehatan yang murah dan memadai juga terbatas, sehingga mereka dengan mudah menerima apa pun yang dikatakan atau disarankan oleh dokter atau rumah sakit. Akibatnya, ketika mereka mengetahui jumlah kewajiban yang harus mereka lunasi, mereka tidak berdaya. Akhirnya, mereka lebih memilih

untuk menjauhi institusi pelayanan kesehatan karena merasa takut dengan biaya yang mahal.

Diperlukan solusi yang dapat menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang memadai dan terjangkau. Solusi itu kini tengah diuji coba di Indonesia, yang dikenal dengan nama Indonesia Diagnosis Related Groups (INA-DRG).

Casemix pertama kali dikembangkan di Amerika Serikat pada tahun 1980. Sebelum masuk ke Indonesia, sistem Casemix telah diterapkan di banyak Negara, seperti di Jepang, Thailand, Australia serta Malaysia. Casemix Indonesia merupakan adaptasi dari sistem serupa yang diterapkan di Malaysia. Dalam hal ini, Depkes RI menggandeng University Kebangsaan Malaysia (UKM), sebagai partner untuk merumuskan sistem Casemix yang paling sesuai bagi Indonesia. Kerjasama ini berbentuk sebuah Pilot Project Implementasi Casemix di 15 rumah sakit di Indonesia.

Diagnosis Related Groups (DRG) adalah sistem pembiayaan berdasarkan pengelompokan dan pembauran pelaksanaan pasien dalam hal diagnosis (utama, penyakit penyerta/komorbidity dan komplikasi) dan prosedur tindakan dengan menggunakan kode ICD 10 dan ICD 9 CM.

Di RSUD Cengkareng, sistem INA-DRG baru diterapkan sejak Januari 2009 dan masih diberlakukan pada pasien Jamkesmas saja. Sejauh ini proses pelaksanaan INA-DRG berjalan cukup baik, walaupun ada beberapa diagnosa yang mengalami perbedaan tarif yakni antara tarif yang dikeluarkan oleh rumah sakit dengan tarif INA-DRG. Perbedaan tarif ini tentu akan membuat pihak rumah sakit mendapat kerugian. Dari beberapa diagnosa yang memiliki

perbedaan antara tarif yang dikeluarkan rumah sakit dengan tarif INA-DRG salah satunya adalah kasus pasien rawat jalan dengan Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa. Pada kasus tersebut rumah sakit selalu mendapat kerugian karena tarif INA-DRG lebih rendah dibandingkan dengan tarif yang dikeluarkan oleh rumah sakit.

Dari permasalahan di atas penulis tertarik untuk melihat lebih jauh prosedur yang dipakai sebagai pedoman pelaksanaan sistem INA-DRG serta menganalisis penyebab dari perbedaan tarif INA-DRG dengan tarif rumah sakit pada pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa.

B. Perumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang permasalahan diatas maka perumusan masalahnya adalah berapa perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG pada pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa.

C. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui perbedaan tarif rumah sakit dengan tarif INA-DRG pada pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa di RSUD Cengkareng.

2. Tujuan Khusus
 - a. Menghitung rata-rata biaya pengobatan pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa dengan tarif RSUD Cengkareng.
 - b. Menghitung rata-rata biaya pengobatan pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa dengan tarif INA-DRG.
 - c. Menghitung perbedaan rata-rata biaya pengobatan pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa antara tarif RSUD Cengkareng dengan tarif INA-DRG.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan bagi rumah sakit dalam melakukan sistem INA-DRG guna memperkecil perbedaan tarif yang terjadi pada pasien Chronic Renal Failure yang menggunakan tindakan haemodialisa.

2. Bagi Mahasiswa

Dapat meningkatkan wawasan dan pengetahuan bagi peneliti, tenaga rekam medis maupun mahasiswa/i program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan tentang sistem INA-DRG.

3. Bagi Institusi Penelitian

Sebagai bahan bacaan untuk menambah wawasan bagi mahasiswa khususnya dan masyarakat umumnya juga menjadi bahan referensi serta sebagai bukti bahwa penulis telah menyelesaikan tugas akhir sebagai

syarat menyelesaikan program studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan.