

## **BAB I**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Stroke merupakan penyebab utama kematian ketiga yang paling sering setelah penyakit kardiovaskuler di Amerika Serikat. Angka kematiannya mencapai 160.000 per tahun dan biaya langsung sebesar 27 milyar dolar US setahun. Insiden bervariasi 1,5 – 4 per 1000 populasi. Selain penyebab utama kematian juga merupakan penyebab utama kecacatan. Di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Kariadi, stroke juga selalu menduduki urutan pertama dari seluruh jumlah pasien yang dirawat di Bangsal Saraf (Yulianti, dkk, 2006). Di Indonesia jumlah pasien stroke terbanyak dengan jumlah angka kematian mencapai 138.268 orang atau 9,70% dari total kematian yang terjadi pada tahun 2001, dan pada tahun 2013 telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia menjadi 12,1 per 1.000 penduduk (Riskesdas, 2013).

Tingginya kejadian stroke dan adanya kecenderungan untuk meningkat karena berbagai sebab, menyebabkan usaha pemerintah dalam menekan angka kematian dan derajat kecacatan akibat stroke lebih ditujukan pada penanganan saat pasien stroke dirawat di rumah sakit. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pelayanan stroke yang terorganisir dalam unit stroke akan menurunkan angka kematian, menurunkan angka kecacatan, dan memperbaiki status fungsional pasien stroke (*Stroke Unit Trialists Colaboration, 2002*)

Salah satu upaya yang ditempuh pemerintah dalam kebijakan pembiayaan kesehatan untuk masyarakat Indonesia dengan dikeluarkannya Undang-Undang No.40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (Kemenkes RI, 2013).

Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 juga menetapkan, Jaminan Sosial Nasional akan diselenggarakan oleh BPJS, yang terdiri atas BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Khusus untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akan diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan yang implementasinya dimulai 1 Januari 2014. Secara operasional, pelaksanaan JKN dituangkan dalam Peraturan Pemerintah dan Peraturan Presiden, antara lain: Peraturan Pemerintah No.101 Tahun 2012 tentang Penerima Bantuan Iuran (PBI); Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan; dan Peta Jalan JKN (Roadmap Jaminan Kesehatan Nasional) (Kemenkes RI, 2013).

Program JKN berjalan dengan memberikan bantuan dana berobat kepada masyarakat miskin yang membutuhkan pelayanan kesehatan, yang diambil dari kas negara, diberikan oleh pembayar dana setelah melalui proses verifikasi oleh tim verifikator yang ditunjuk oleh pemerintah (Budiarto *et al*, 2012). Penyelenggaraan Jamkesmas memerlukan pengelolaan dana yang terencana, terkendali, dan memanfaatkan penggunaan dana semaksimal mungkin untuk santunan penduduk miskin yang sakit, dari manapun asal

penduduk itu dan di manapun mereka berobat di Indonesia ini (Muhammad, 2011).

JKN menggunakan sistem informasi INA-CBG's yaitu suatu sistem klasifikasi kombinasi dari beberapa jenis penyakit/diagnosa dan prosedur/tindakan di rumah sakit dan pembiayaannya yang dikaitkan dengan mutu serta efektifitas pelayanan terhadap pasien. INA-CBG's juga merupakan sistem pemerataan, jangkauan dan berhubungan dengan mutu pelayanan kesehatan yang menjadi salah satu unsur dalam pembiayaan kesehatan. Selain itu sistem ini juga dapat digunakan sebagai salah satu standar penggunaan sumber daya yang diperlukan dalam pembiayaan pelayanan kesehatan di rumah sakit (Budiarto dan Sugiharto, 2012).

Pembiayaan JKN akan semakin meningkat karena peningkatan kesadaran penduduk akan kesehatan, peningkatan jumlah penyakit menular yang memakan biaya yang sangat besar, perekonomian semakin berkembang dan mobilitas horisontal penduduk serta pertambahan penduduk itu sendiri. Di lain pihak, rumah sakit sebagai provider pelayanan kesehatan peserta JKN sering mengeluhkan bahwa biaya klaim JKN masih lebih rendah dibandingkan biaya tarif RS, sehingga rumah sakit merasa 'rugi' dengan pelayanan JKN (Budiarto dan Sugiharto, 2012).

Sejalan dengan permasalahan tersebut, stroke merupakan penyakit katastropik yaitu penyakit yang '*high cost, high prevalence* dan *high risk*' di mana di satu pihak penyakit katastropik merupakan ancaman terhadap membengkaknya pembiayaan JKN di masa datang, sedangkan di pihak lain,

rumah sakit merasakan bahwa biaya penggantian klaim INA-CBG's lebih rendah dari tarif yang berlaku di rumah sakit, sehingga rumah sakit merasakan 'kerugian' dengan pola klaim berdasarkan INA-CBG's. Penelitian ini bertujuan untuk melakukan komparasi biaya klaim INA-CBG's dengan biaya riil rumah sakit untuk pasien JKN yang rawat inap (Budiarto dan Sugiharto, 2012)

Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta yang dikelola oleh Muhammadiyah memiliki kategori tipe B yang telah menerapkan sistem JKN yang dikelola oleh BPJS. Selain itu Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta merupakan rumah sakit yang dikelola oleh Muhammadiyah, hal ini memudahkan peneliti sebagai mahasiswa Universitas Muhammadiyah Yogyakarta (UMY) dalam pengambilan data. Rumah sakit ini merupakan salah satu rumah sakit yang ditunjuk oleh BPJS sebagai penyelenggaran JKN dan memiliki insidensi rujukan pasien stroke yang cukup tinggi.

Penelitian ini berkiblat pada Al-Quran yaitu pada surah Al-Isra' ayat:26 yang berbunyi :

وَأْتِذَا الْقُرُوبَ بِحَقِّهَا وَالْمَسْكِينِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَلَا تَبْذُرْ تَبْذِيرًا

*Artinya : “Dan berikanlah kepada keluarga-keluarga yang dekat akan haknya, kepada orang miskin dan orang yang dalam perjalanan dan janganlah kamu menghambur-hamburkan (hartamu) secara boros.”*

Berdasarkan ayat tersebut harapannya agar penelitian ini bermanfaat dan dapat digunakan pihak RS PKU Muhammadiyah dan pemerintah sebagai

masukannya untuk selalu mengutamakan hak-hak pasien dalam mempercepat proses penyembuhan, serta tidak melakukan pemborosan biaya dalam pengobatan dengan melakukan efektifitas biaya terapi pengobatan.

#### **B. Perumusan Masalah**

1. Berapakah rata-rata biaya pengobatan stroke pada pasien rawat inap kelas I yang merupakan peserta program JKN dari BPJS di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta?
2. Bagaimanakah kesesuaian antara biaya riil pengobatan pada pasien rawat inap kelas I dengan besarnya pembiayaan kesehatan berdasarkan Permenkes RI No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan?

### C. Keaslian Penelitian

Penelitian ini mengacu pada beberapa penelitian berikut dan perbedaanya dengan penelitian tersebut yaitu :

NO.	Judul Penelitian	Perbedaan
1	Analisis Biaya Pengobatan Stroke Subyek Iskemik Sebagai Pertimbangan Dalam Penetapan Pembiayaan Kesehatan Berdasar INA-CBG's Di RSUP Dr. Sardjito (Sugiyanto, 2009)	penelitian yaitu pada penderita stroke iskemik dengan pembiayaan kesehatan berdasar INA-DRGs, serta pengaruh faktor resiko terhadap LOS ( <i>length of stay</i> ).
2	Analisis Biaya Pengobatan Stroke Sebagai Pertimbangan Dalam Penetapan Pembiayaan Dan Kesehatan Berdasar INA-CBG's di Rumah Sakit Jogja (Hadning, 2013)	Rentang waktu dan tempat pengujian yaitu di Rumah sakit Jogja pada tahun 2013. Lokasi penelitian di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta pada tahun 2014.

### D. Tujuan Penelitian

1. Mengetahui biaya pengobatan stroke pada pasien rawat inap kelas I di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta.
2. Mengetahui apakah besarnya biaya riil pengobatan stroke pada pasien rawat inap kelas I di Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta telah sesuai dengan pembiayaan kesehatan berdasarkan Permenkes RI No 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

## **E. Manfaat Penelitian**

### 1. Bagi Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Yogyakarta

Diharapkan dapat digunakan sebagai masukan dalam evaluasi kualitas pelayanan serta melakukan perencanaan pelayanan pasien yang lebih baik dan tepat sehingga besar biaya pengobatan stroke sesuai dengan pembiayaan kesehatan berdasarkan Permenkes RI No 69 Tahun 2013.

### 2. Bagi Pemerintah

Diharapkan dapat menjadi masukan dalam evaluasi pembiayaan pengobatan stroke berdasarkan INA-CBG's.

### 3. Bagi Masyarakat dan pasien stroke

Diharapkan dapat menurunkan kerisauan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan dan sistem JKN dengan meningkatnya kualitas dan efektifitas biaya terapi.

### 4. Bagi Peneliti dan ilmu pengetahuan

Dapat digunakan untuk memperdalam pengetahuan tentang analisis biaya serta dapat digunakan sebagai acuan bagi penelitian selanjutnya mengenai evaluasi biaya INA-CBG's di era JKN ini.