

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Kesehatan merupakan kebutuhan dasar yang harus dimiliki manusia, dan merupakan salah satu hak yang diakui seluruh dunia. Manusia perlu melakukan upaya kesehatan untuk tubuh agar dapat menjalani aktifitas dengan baik, optimal dan memungkinkan hidup produktif secara sosial dan ekonomi. Konsep sehat dan sakit sesungguhnya tidak terlalu mutlak dan universal karena ada faktor-faktor lain diluar kenyataan klinis yang mempengaruhinya terutama faktor sosial budaya. Dari tahun ke tahun tren perawatan kesehatan mengalami perkembangan sesuai karakteristik demografi, gaya hidup, dan atribut populasi lainnya yang berkontribusi terhadap tumbuhnya komunikasi kesehatan. Praktisi kesehatan juga harus mampu memahami sistem layanan kesehatan dan sistem perawatan kesehatan supaya dapat menyebarkan informasi kesehatan secara efektif.

Salah satu sasaran pembangunan kesehatan diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar peningkatan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dapat terwujud. Dalam UU No 36 Tahun 2009 ditegaskan bahwa setiap orang mempunyai hak sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Ditegaskan pula dalam Pasal 28 ayat (3) dan Pasal 34 ayat (2) UUD 1945

“Jaminan sosial merupakan hak setiap warga negara” dan “Negara mengembangkan Sistem Jaminan Sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan kurang mampu”. Pemerintah terus berupaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan masyarakat, karena masih banyak tuntutan dan masalah kesehatan yang dari waktu ke waktu semakin kompleks dan perlu penanganan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) mulai beroperasi pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Berawal dari UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Perpres No. 12 Tahun 2013 jo Perpres No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, Program Jaminan Nasional (JKN) resmi diberlakukan wajib bagi seluruh penduduk Indonesia. Dalam memberikan pelayanannya, BPJS kesehatan bekerja sama dengan fasilitas kesehatan di seluruh Indonesia. Sistem JKN dikembangkan dengan konsep pelayanan berjenjang sesuai dengan Permenkes No. 1 Tahun 2012 tentang Sistem Rujukan Pelayanan Kesehatan Perorangan, yang dimulai dari fasilitas kesehatan (faskes) tingkat pertama, meliputi: puskesmas, klinik, dan dokter umum, hingga pelayanan spesialis jika pada faskes pertama pasien tidak dapat dilayani karena diagnosisnya, maka rujukan dilanjutkan ke faskes tingkat dua. Jika pasien harus mendapatkan penanganan khusus dan penanganan dokter sub spesialis, maka akan dirujuk ke faskes tingkat tiga, meliputi: rumah sakit umum atau rumah sakit khusus. Program JKN merupakan bagian dari kebijakan publik sebagai

hasil dari *good will* Pemerintah. Keberhasilan program Pemerintah dalam JKN antara lain bergantung pada sejauh mana kebijakan ini terimplementasi di rumah sakit (Thabrany, 2014).

Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional masih banyak permasalahan yang muncul, salah satunya yang menjadi perhatian adalah tarif *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBG's). Pemerintah sangat mungkin menyadari bahwa ada ketidaksesuaian antara tarif INA-CBG's dengan *real-cost* rumah sakit. Berdasarkan Permenkes No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional, yang merupakan perubahan dari Permenkes No. 59 Tahun 2014, Pemerintah belum menaikkan tarif INA-CBG's, tetapi ada perubahan pengelompokan antara Rumah Sakit (RS) Pemerintah dan RS Swasta. Besaran tarif INA-CBG's yang dianggap sangat kecil dari *real-cost* rumah sakit, sering menimbulkan kesan bahwa pihak rumah sakit memberikan pelayanan tidak optimal disertai ketidakramahan petugas. Bagi rumah sakit di Indonesia, JKN menjadi era baru dimana sebagian besar rumah sakit selama ini menggunakan mekanisme pembayaran *Fee for Service* (FFS) mulai beralih ke mekanisme pembayaran dengan klaim berdasarkan INA-CBG's. Perubahan pembiayaan dari FFS ke INA-CBG's membawa rumah sakit menghadapi kondisi yang bisa menjadi ancaman atau peluang. Peluang jika rumah sakit dapat memanfaatkan program JKN dengan baik sehingga selisih klaim bernilai positif karena mampu menyesuaikan dengan INA-CBG's dan ada yang negatif karena belum mampu memberikan pelayanan yang efektif

dan efisien sehingga menjadi ancaman terhadap pengelolaan keuangan rumah sakit. (Hardiman, 2013).

Beberapa penelitian telah dilakukan sehubungan dengan selisih tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Pada penelitian Tb Tirmansyah B Rifai (2014) dalam Dumaris (2015) di RSAB Harapan Kita secara keseluruhan tarif INA-CBG's masih lebih besar dari tarif RS sebanyak 50.800.894 rupiah. Penelitian Napitupulu (2014) dalam Dumaris (2015) di RS Swasta Kelas C pada tindakan SC didapatkan selisih negatif berkisar 70% yang berarti tarif INA-CBG's hanya menjamin 30% dari tarif RS. Di RS Al-Nisa, Banten yang merupakan RS swasta didapatkan selisih positif yang berarti RS mendapat keuntungan dalam penerapan tarif INA-CBG's. Penelitian Padmawari (2014) dalam Dumaris (2015) tentang Perbandingan Tarif RS dengan tarif INA-CBG's didapatkan selisih positif sebesar 2% dari tarif INA-CBG's. Penelitian Ambarriani (2014) dalam Rahayuningrum et al (2017) menunjukkan bahwa kelas perawatan dan tingkat keparahan juga berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan dan biaya katastrofik mencapai 32% dari total biaya pelayanan kesehatan. Penelitian Yuniarti et al (2015) dalam Rahayuningrum et al (2017) selisih tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's yang bernilai positif akan memberikan keuntungan pada rumah sakit, sebaliknya selisih tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's yang bernilai negatif akan mengancam rumah sakit mengalami kerugian.

Berdasarkan uraian hasil-hasil penelitian yang berbeda-beda di atas, maka penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan memilih judul

“Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG’s Pelayanan Rawat Inap di RSUP Dr. Sardjito”.

### **1.2. Rumusan Masalah**

Dengan berdasarkan latar belakang tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian di atas, yaitu: “Bagaimanakah analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG’s pada pelayanan rawat inap di RSUP Dr. Sardjito?”

### **1.3. Batasan Masalah**

Mengingat pembahasan mengenai perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG’s sangat luas, maka pada pembahasan penelitian ini akan dibatasi pada Pasien Rawat Inap Anak dengan diagnosis utama Infeksi *Cytomegalovirus* (CMV). Penulis tidak akan membahas selisih tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG’s dengan diagnosis yang lain. Adapun pembahasan yang spesifik ini bertujuan supaya pembahasannya lebih mudah dipahami dan terfokus.

### **1.4. Tujuan Penelitian**

Mengetahui analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG’s pada pelayanan rawat inap di RSUP Dr. Sardjito.

### **1.5. Manfaat Penelitian**

#### 1. Bagi Rumah Sakit

Diharapkan rumah sakit dapat melakukan strategi pengendalian biaya berdasarkan analisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's serta meningkatkan pelayanan yang efektif dan efisien.

#### 2. Bagi Pembaca

Diharapkan penulisan ini mampu memberikan wawasan yang dapat digunakan sebagai bahan referensi dalam pembelajaran.

#### 3. Bagi Penulis

Penulis dapat memenuhi syarat dalam menyelesaikan Program Strata-1 Pada Program Studi Akuntansi Fakultas Ekonomi Universitas Mercu Buana Yogyakarta.

### **1.6. Sistematika Penulisan**

Sistematika untuk memberikan gambaran umum dari penelitian yang penulis buat sebagai berikut:

#### **BAB I      PENDAHULUAN**

Dalam bab ini penulis menguraikan hal-hal seperti latar belakang, rumusan masalah, batasan masalah, tujuan penelitian, manfaat penelitian, dan sistematika penulisan.

## BAB II TINJAUAN PUSTAKA

Dalam bab ini penulis membahas secara teoritis mengenai rumah sakit, tarif: pengertian tarif, tujuan penetapan tarif, kebijakan penentuan tarif, faktor-faktor pertimbangan penetapan tarif rumah sakit, tarif INA-CBG's: pengertian tarif INA-CBG's, sistem *casemix* CBG's, dan pembayaran berdasarkan INA-CBG's.

## BAB III METODE PENELITIAN

Dalam bab ini penulis menguraikan jenis penelitian, populasi dan sampel, jenis data dan sumber data, pengumpulan data dan metode analisis data.

## BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis menguraikan tentang hasil analisis tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's pelayanan rawat inap di RSUP Dr. Sardjito.

## BAB V PENUTUP

Dalam bab ini penulis menjelaskan tentang kesimpulan dan saran.