

DAMPAK PENERAPAN SISTEM PEMBAYARAN PAKET TERHADAP MUTU PELAYANAN PASIEN RAWAT INAP DENGAN TINDAKAN OPERASI DI RUMAH SAKIT NIRMALA SURI SUKOHARJO

THE IMPACT OF PACKED PAYMENT SYSTEM ON QUALITY OF CARE FOR HOSPITALIZED PATIENTS WITH SURGICAL SERVICE AT NIRMALA SURI HOSPITAL SUKOHARJO

Siti Nurjannah¹ dan Laksono Trisnantoro²

¹ Rumahsakit Nirmala Suri, Surabaya

² Magister Manajemen Rumahsakit - UGM, Yogyakarta

ABSTRACT

Background: This research aimed to investigate the impact of package payment system, based on activity-based costing (ABC), on the length of stay (LOS), the cost of care, payment queue, medical doctors compliance, and patient condition on discharge.

Methods: Research used quasi-experimental design with pre and post-test data collection. The setting was in the 50-bed private hospital (Nirmala Suri). Participants of study were surgical inpatients which underwent tonsillectomy, extirpation of Fibroadenoma mammae, appendicectomy, herniorrhaphy, or prostatectomy. The research was done prospectively for eight months and classified into two phases. First phase was before while the second one was after the application of package payment system.

Results: The application package system had some impacts as follows: (1) decreasing average of care cost per case of tonsillectomy by 6,3%, extirpation Fibroadenoma mammae (2%), appendicectomy (0,5%), herniorrhaphy (4,1%), but increasing in prostatectomy by 7,3%; (2) Decreasing average LOS of tonsillectomy (5,75%), herniorrhaphy (28,3%), appendicectomy (14,28%) and prostatectomy (0,04%); (3) Decreasing payment queue time by 67,6%; (4) increasing medical doctor compliance by 25,2%; and (5) No difference in the inpatient discharge conditions before and after the package payment system application.

Conclusion: The package payment system, which is based on activity-based costing (ABC, increases the efficiency at Nirmala Suri Hospital. This system is therefore recommended to be expanded to other diagnoses.

Key words : Package payment system, Quality of in patient service, Compliance to medical and therapy service standard. Activity-based costing (ABC).

PENGANTAR

Tujuan Program Kesehatan Rujukan Pelita VI antara lain adalah peningkatan mutu, cakupan dan efisiensi rumah sakit melalui penerapan dan penyempurnaan standar pelayanan tenaga, peralatan, profesi dan manajemen rumah sakit. Pihak pengelola rumah sakit wajib dan bertanggung jawab untuk memenuhi standar mutu yang telah ditetapkan oleh Departemen Kesehatan, dengan

melaksanakan program akreditasi rumah sakit. Dalam rangka mempersiapkan standarisasi dan akreditasi Rumah Sakit Nirmala Suri mengadakan pembenahan-pembenahan guna meningkatkan mutu pelayanan.

Rumah Sakit Nirmala Suri merupakan rumah sakit umum swasta tipe Pratama dengan kapasitas 50 tempat tidur, terletak di jalan raya Solo-Wonogiri, Kabupaten Sukoharjo.

Fokus pelayanan di Rumah Sakit Nirmala Suri adalah tindakan operasi khususnya bedah, terbukti bahwa jumlah pasien bedah berjumlah 42% dari seluruh pasien yang ada. Sehingga sudah selayaknya pelayanan pada unit ini mendapatkan prioritas untuk ditingkatkan mutu pelayanannya. Pemberian pelayanan bedah masih banyak kendala yang dirasakan oleh rumah sakit, antara lain terbatasnya tenaga yang hanya dua orang dokter bedah, juga disebabkan karena para dokter belum sepenuhnya mematuhi Standar Pelayanan Medis dan Terapi. Hal ini akan menyebabkan terjadinya prosedur perawatan dan pengobatan yang tidak efisien, terjadinya *supplier induced demand* yang mengakibatkan lama perawatan cenderung menjadi lebih lama. *Length of Stay* rata-rata di bagian bedah memang lebih lama (5.5 hari) bila dibandingkan rata-rata LOS rumah sakit (4.4 hari), dan merupakan yang terlama dibandingkan dengan unit-unit lain.

Lamanya waktu perawatan mengakibatkan biaya perawatan dan obat menjadi lebih tinggi, sehingga total biaya menjadi lebih tinggi pula. Pasien sering merasa keberatan dengan total biaya pelayanan yang ditagihkan dan sering meminta pembebasan sebagian biaya pelayanan. Hal ini juga disebabkan karena pada awalnya dokter atau rumah sakit tidak dapat menentukan jumlah yang pasti biaya pelayanan secara keseluruhan, sewaktu pasien menanyakannya sebelum memulai perawatan.

Mekanisme pembayaran yang digunakan di Rumah Sakit Nirmala Suri adalah sistem pembayaran berdasarkan pelayanan. Masalah ketidakpastian dan beragamnya biaya pelayanan dari pasien dengan tindakan operasi sering menjadi keluhan pasien, terutama pasien dengan tindakan *electif* yang sering menanyakan biaya keseluruhan sebelum memulai perawatan. Hal ini selain berakibat terjadinya permintaan pembebasan sebagian biaya yang ditagihkan, pada saat membayar juga sering menimbulkan keluhan pasien karena proses pembayaran yang lama. Lamanya proses pembayaran ini dapat dimengerti karena semua tagihan harus dihitung secara rinci, yang merupakan biaya dari semua aktivitas pelayanan

yang telah diberikan kepada pasien, padahal masing-masing pasien berbeda satu sama lain.

Dari permasalahan tersebut dapat dirumuskan bahwa sistem pembayaran berdasarkan pelayanan memberikan peluang bagi pelaksana pengobatan untuk memberikan pelayanan yang berlebihan, yang mengakibatkan ketidakpastian dan beragamnya biaya perawatan yang sering merugikan pasien, terutama pasien dengan tindakan operasi. Untuk itu sistem pembayaran pelayanan perlu diubah dengan suatu sistem pembayaran paket yang dapat diperhitungkan secara prospektif dan lebih menjamin pemberian pelayanan yang lebih efektif dan efisien.

Menurut Kelompok Studi Evaluasi Perubahan-perubahan Mutakhir dalam Pembiayaan Pelayanan Kesehatan WHO¹, terdapat 7 metode pembayaran utama pada pelayanan kesehatan, yaitu: (1) pembayaran berdasar pelayanan (*fee for service*), (2) pembayaran berdasar kasus (*case payment*), (3) pembayaran berdasar hari (*daily charge*), (4) pembayaran bonus (*bonus payment*), (5) kapitasi, (6) gaji (*salary*), (7) anggaran global.

Mekanisme pembayaran menetapkan insentif perilaku bagi pelaku pelayanan yang kompleks, yang mempengaruhi hubungan antara pelaku dan pembayar, baik pasien maupun pihak ketiga. Pihak pembayar seringkali mempunyai kesulitan menilai kualitas pelayanan yang diberikan. Keadaan ini memungkinkan kebebasan tertentu bagi pelaku pelayanan untuk bereaksi terhadap insentif yang diterimanya, yang lebih meningkatkan kesejahteraan pelaku daripada kesejahteraan pasien.

Sistem pembayaran berdasarkan pelayanan didasarkan pada pelayanan yang diberikan dengan penetapan tarif yang ditetapkan tersendiri untuk masing-masing pelayanan, pada akhir perawatan diidentifikasi satu persatu, kemudian dijumlahkan dan ditagihkan. Kebaikan sistem ini adalah bahwa semua bentuk pelayanan yang diterima oleh pasien, sekecil apapun dapat diperhitungkan secara rinci. Kekurangannya adalah memberi peluang terjadinya pemberian pelayanan yang berlebihan.

Pembayaran berdasar kasus dapat dalam bentuk paket pelayanan atau episode pelayanan.

yang terkenal dengan *Diagnosis Related Groups (DRG)*. DRG merupakan pendekatan yang mengidentifikasi kelompok kasus homogen dengan *Length of Stay (LOS)* yang relatif sama dan dikelompokkan berdasar pada *International Classification of Diseases, Ninth Revision, Clinical Modifications (ICD 9 CM)*. Klasifikasi ini harus dapat secara akurat menggambarkan jumlah pembayaran rumah sakit secara tepat².

Strategi penetapan harga bisa berorientasi pada biaya (*cost oriented*), permintaan (*demand oriented*) atau kompetisi (*competition oriented*)^{3,4}. Terdapat cara yang bervariasi dalam menentukan harga berkaitan dengan biaya, menurut Stokoe⁴ sistem penetapan harga yang berorientasi pada biaya dapat ditentukan berdasar pada *standard cost*, berdasar biaya ditambah keuntungan, memakai dasar *break event* ataupun dengan penetapan harga marginal.

Activity Based Costing dalam *Journal of Cost Management* didefinisikan sebagai suatu metodologi yang mengukur biaya dan kinerja aktivitas-aktivitas, sumber-sumber, dan obyek-obyek biaya. Sumber-sumber (*resources*) dibebankan pada kegiatan (*activities*), kemudian aktivitas dibebankan pada obyek biaya (*cost objects*). *Activity Based Costing* mengakui adanya hubungan kausal antara pemacu biaya (*cost driver*) dengan kegiatan (*activities*)⁵. *Activity Based Management* adalah suatu proses yang menggunakan informasi *activity based costing* untuk memfokuskan setiap perhatian pada perbaikan terus-menerus pada ketiga fundamental kerja, yaitu: biaya, waktu dan kualitas⁶.

Rumah sakit lebih sering menerapkan penetapan harga berdasarkan harga pesaing (*competitor oriented*), karena penetapan harga berdasar standar biaya atau biaya per unit pelayanan merupakan perhitungan yang membutuhkan analisis biaya layanan yang sangat kompleks. Harga pelayanan untuk pelayanan khusus, misalnya alat-alat canggih, dapat dihitung berdasar analisis biaya layanan, yang dihitung kemudian dengan *break event analysis*³.

Pengertian mutu dalam pelayanan kesehatan harus dilakukan pembatasan-pembatasan yang secara umum dapat disebutkan sebagai berikut:

".....buhwa yang dimaksud dengan mutu pelayanan kesehatan adalah yang menunjuk pada tingkat kesempurnaan pelayanan kesehatan, yang di satu pihak dapat menimbulkan kepuasan pada setiap pasien sesuai dengan tingkat kepuasan rata-rata penduduk, serta di pihak lain tata cara penyelenggaraannya sesuai dengan kode etik dan standar pelayanan profesi yang telah ditetapkan"⁷.

Standar pelayanan medis merupakan komponen yang sangat menentukan apakah pelayanan yang diberikan mutunya dapat dipertanggungjawabkan atau tidak, oleh karena itu standar pelayanan medis merupakan standar yang digunakan pula untuk menentukan semua aktivitas pelayanan, yang selanjutnya akan sangat menentukan besarnya biaya yang ditetapkan. Departemen Kesehatan telah menetapkan standar pelayanan medis, yang dalam penyusunannya dilakukan oleh Ikatan Dokter Indonesia. Standar inilah yang menjadi acuan rumah sakit dalam menentukan standar pelayanan medis untuk rumah sakitnya masing-masing, disesuaikan dengan kondisi dan kemampuan yang ada di rumah sakitnya masing-masing⁸.

Kahn dkk.⁹, membandingkan *out come of care* sebelum dan sesudah penerapan *DRG based Prospective Payment System*, dimana hasilnya didapatkan bahwa penerapan sistem pembayaran tersebut dapat menurunkan *LOS* 24%, dan kematian di rumahsakit menurun dari 16,1% menjadi 12,6%. Kesimpulan dari penelitian ini adalah bahwa penerapan sistem ini tidak mempengaruhi *outcome* pasien *medicare* yang diteliti. Penelitian yang dilakukan oleh Koscoff dkk.¹⁰, tentang dampak penerapan *Prospective Payment System (PPS)* terhadap keadaan pasien keluar, didapatkan bahwa sebelum PPS, pasien yang keluar dalam keadaan tidak stabil sebesar 10%,

menjadi 15% sesudah penerapan PPS. Rogers dkk.¹¹ didalam penelitiannya mengamati angka kematian setelah perawatan dan keadaan pasien keluar, dengan hasil bahwa tidak ada pengaruh penerapan PPS terhadap angka kematian setelah perawatan, sedang terhadap keadaan pasien keluar memang terjadi kenaikan angka pasien yang keluar dengan kondisi yang masih belum stabil setelah penerapan PPS.

Berdasarkan beberapa penelitian di atas dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem pembayaran berdasar kasus, mempunyai dampak terhadap *length of stay*, angka kematian sesudah perawatan, proses perawatan dan keadaan pasien waktu keluar dari rumah sakit.

Penelitian ini bertujuan untuk membandingkan sistem pembayaran paket dengan sistem pembayaran berdasar pelayanan yang sudah dijalankan sekarang dengan menggunakan indikator-indikator yang mengacu kepada mutu pelayanan yaitu biaya pelayanan, LOS, keadaan pasien saat keluar dari rumah sakit dan waktu tunggu pembayaran.

BAHAN DAN CARA PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan rancangan penelitian kuasi eksperimental, dengan *pre test post test group design*. Pengamatan *length of stay*, biaya pelayanan, keadaan pasien keluar dan waktu tunggu pembayaran akan dilakukan kepada kelompok subyek penelitian sebelum sesudah penerapan sistem pembayaran paket berdasar kasus.

Unit analisis dalam penelitian ini adalah Rumah Sakit Nirmala Suri dengan subjek penelitian adalah penderita rawat inap dengan tindakan operasi di Rumah Sakit Nirmala Suri, yang dirawat di kelas III. Diambil penderita dengan tindakan operasi lima terbanyak selama tahun 1995, yaitu dengan tindakan tonsilektomi, herniorafi, ekstirpasi fibroadenoma mammae, prostatektomi, dan apendektomi.

Semua populasi yang ada selama bulan September 1996 sampai dengan April 1997, yaitu empat

bulan sebelum penerapan pembayaran sistem paket dan empat bulan sesudah penerapan sistem diambil sebagai subyek.

Pengumpulan data dilakukan dengan cara mengadakan penelusuran: (1) Semua catatan medik dari penderita yang menjadi subyek penelitian; (2) Semua data keuangan perawatan penderita yang menjadi subyek penelitian; (3) Wawancara mendalam dengan penderita yang menjadi subjek penelitian; (4) Pengamatan langsung pada subyek penelitian selama perawatan sampai dengan pembayaran pada saat pasien pulang.

Untuk menganalisis data di hitung selisih rata-rata untuk *length of stay*, biaya pelayanan, waktu tunggu pembayaran dan rata-rata jumlah pasien yang pulang dalam keadaan tidak stabil antara sebelum dan sesudah penerapan sistem pembayaran paket. Dilakukan dua macam analisis, yaitu pertama perbedaan untuk setiap jenis tindakan operasi, dan yang kedua adalah untuk rata-rata keseluruhan dari kelima jenis tindakan operasi.

Jalannya penelitian meliputi tahap persiapan, dan tahap pelaksanaan. Langkah-langkah persiapan meliputi: (1) Menugaskan komite medis untuk menyempurnakan kembali standar pelayanan medis yang sudah ada, khususnya yang berisi kelima subjek penelitian dengan mengikut sertakan secara aktif dokter spesialis bedah dan THT; (2) Membentuk panitia perhitungan tarif paket. Panitia bertugas mengadakan perhitungan tarif paket dengan menggunakan basis *activity based costing* yang diterapkan pada aktivitas pelayanan yang tertuang pada standar pelayanan medis, yang telah ditetapkan dan disepakati oleh komite medis; (3) Membentuk panitia audit medik, yang bertugas mengadakan audit semua pasien yang menjadi subyek penelitian, meliputi audit diagnosis, audit terapi dan audit tata laksana, dengan berpedoman pada standar pelayanan medis yang telah disepakati; (4) Membentuk panitia audit keuangan, yang bertugas mengadakan audit keuangan bagi semua responden penelitian, meliputi perhitungan biaya pelayanan dan perincian pembayaran; (5) Membentuk organisasi penelitian.

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Identifikasi Responden.

Penelitian ini dilaksanakan selama 8 bulan, mulai September 1996 sampai dengan April 1997, dibagi menjadi dua tahap, yaitu tahap empat bulan pertama sebelum penerapan sistem pembayaran paket dan tahap empat bulan kedua setelah penerapan sistem pembayaran paket. Didapatkan 156 penderita, terbagi menjadi 80 penderita pada tahap I dan 76 penderita pada tahap ke II.

Tahap I, didapatkan 80 penderita yang terdiri atas: tonsilektomi sebanyak 35 orang, ekstirpasi fibroadenoma mammae sebanyak 3 orang, apendektomi sebanyak 13 orang, herniorafi sebanyak 20 orang dan prostatektomi sebanyak 9 orang. Tahap II, didapatkan 76 penderita yang terdiri atas: tonsilektomi 45 orang, ekstirpasi fibroadenoma mammae 8 orang, apendektomi sebanyak 5 orang, herniorafi sebanyak 12 orang dan prostatektomi sebanyak 6 orang.

Umur penderita berkisar antara 6 tahun sampai dengan 95 tahun, terdiri atas wanita sebanyak 71 orang dan laki-laki sebanyak 85 orang, dengan kelompok terbanyak adalah umur 6-20 tahun (51,28%). Daerah asal terbanyak adalah dari Kabupaten Sukoharjo, (50%) dan Kabupaten Wonogiri (40%). Pekerjaan terbanyak adalah petani (41%), pegawai negeri (24%), swasta (17%) dan sisanya buruh dan pedagang. Pendapatan terbanyak adalah dibawah Rp 250.000,00 (86%) Sebagian besar responden (94,2%) adalah pasien dengan cara pembayaran *out of pocket*.

2. Persepsi Responden Terhadap Sistem Pembayaran di RS Nirmala Suri

Berdasarkan hasil survei terhadap 156 responden penelitian, sebagian besar responden (68,6%) menyatakan setuju dengan pembayaran pada akhir perawatan, sedang 15,4% mengharapkan cara pembayaran yang bertahap selama dalam perawatan. Tujuh puluh satu persen menyatakan setuju dengan sistem pembayaran paket, sedang tentang tarif yang berlaku di Rumah Sakit Nirmala Suri, sebagian besar (87%) menyatakan bahwa tarif tersebut cukup memadai, meskipun ada sebagian

kecil (6,5%) menganggap tarif tersebut mahal, sedang sisanya (6,5%) menganggap tarif tersebut murah.

3. Perbedaan Tarif Sebelum dan Sesudah Sistem Paket

Tarif menurut S.K. MenKes RI No. 66/ MenKes/SK/II/1987 adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan medik dan non medik yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterimanya¹².

Tarif sebelum paket di Rumah Sakit Nirmala Suri, ditentukan dengan dasar tarif pesaing, Rumah sakit pesaing yang menjadi pertimbangan adalah Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Sukoharjo, dan Badan Kerja Sama Rumah Sakit Swasta (BKSRS Swasta) di Surakarta. Tarif kemudian ditentukan sebesar 80% dari tarif BKSRS Swasta, sehingga tarif masih di bawah rumahsakit swasta yang lain, akan tetapi di atas RSUD Kabupaten Sukoharjo. Tarif paket ditetapkan dengan menggunakan perhitungan berdasarkan *Activity Based Costing (ABC)* untuk masing-masing kelompok kasus, dengan mengacu pada standar pelayanan medis dan terapi yang telah ditentukan oleh rumahsakit, yang merupakan hasil kajian dari anggota komite medis.

Tarif yang diperhitungkan dengan berbasis *activity based costing*, untuk kelompok kasus tonsilektomi lebih tinggi dari rata-rata tarif sebelum paket, yaitu sebesar Rp.430.903,63,00 yang apabila ditambah dengan *mark up* sebesar 10% akan menjadi Rp.475.000,00 dibandingkan dengan rata-rata sebelum paket adalah sebesar Rp.429.902,00. Berdasarkan perhitungan ini dapat dilihat bahwa untuk kelompok tonsilektomi, tarif sebelum paket sebenarnya adalah rugi sebesar 0,23 % yang apabila diperhitungkan dengan keuntungan yang seharusnya diambil sebesar 10%, maka kerugian untuk tiap kasus adalah sebesar 10,23 %. Penetapan tarif berdasarkan tarif pesaing apabila tidak diikuti dengan analisis biaya layanan akan dapat mengakibatkan kerugian, seperti yang terjadi pada kelompok tonsilektomi.

Paket ekstirpasi fibroadenoma mammae dengan perhitungan ABC sebesar Rp.769.401.23,00 yang apabila ditambah 10% menjadi Rp.850.000,00 dibandingkan dengan rata-rata sebelum paket adalah sebesar Rp.845.916,00, sehingga keuntungannya sebesar 9,94%.

Tarif kelompok apendektomi dengan perhitungan ABC didapatkan sebesar Rp.1.224.071.41,00 dengan harga jual setelah ditambah 10% menjadi sebesar Rp.1.350.000,00 apabila dibandingkan dengan tarif rata-rata sebelum paket adalah sebesar Rp.1.337.173,00 sehingga keuntungan masih 9,23%. Tarif herniorafi dengan dasar perhitungan ABC didapat angka sebesar Rp.1.224.071.41,00 dengan harga jual setelah ditambah 10% menjadi sebesar Rp.1.350.000,00 apabila dibandingkan dengan rata-rata sebelum paket adalah sebesar Rp.1.247.408,00 sehingga keuntungan sebesar 1,9%.

Tarif untuk kelompok prostatektomi dengan dasar perhitungan ABC didapatkan angka sebesar Rp.1.681.756,00 dengan harga jual ditambah 10% menjadi sebesar Rp.1.850.000,00 apabila dibandingkan dengan rata-rata sebelum paket sebesar Rp.1.816.244,00 sehingga keuntungan sebesar 7,99%.

Melihat perhitungan-perhitungan di atas dapat disimpulkan bahwa tarif sebelum paket terlalu rendah, sehingga tidak dapat memberikan keuntungan yang memadai bagi rumah sakit, yaitu berkisar antara 1,9% sampai dengan 9,94%, bahkan untuk kelompok tonsilektomi justru rugi. Hal ini perlu dikoreksi karena laba atau *profit* yang memadai sangat dibutuhkan oleh setiap organisasi, termasuk rumah sakit, agar rumah sakit tersebut bisa bertahan dan berkembang.

4. Perbedaan Rata-rata Biaya Pelayanan Sebelum dan Sesudah Sistem Paket.

Pengertian biaya menurut Sprouse dan Maurice¹³ adalah suatu nilai tukar, persyaratan atau pengorbanan yang dilakukan guna memperoleh manfaat. Ikatan Akuntan Indonesia mendefinisikan

biaya adalah pengorbanan ekonomis yang diperlukan untuk memperoleh barang dan jasa.

Pada perhitungan biaya tonsilektomi, dapat dilihat telah terjadi penurunan biaya seluruh komponen aktifitas, mulai dari persiapan, operasi, rawat dan obat masing-masing sebesar: (1) Persiapan, menurun sebesar Rp.1.018,00 atau 3,3%. (2) Operasi sebesar Rp.18.388,00 atau 5,4% (3) Obat sebesar Rp.2.362,00 atau 10,5%. (4) Perawatan sebesar Rp.5.659,00 atau 16%. Biaya keseluruhan terjadi penurunan sebesar Rp.26.927,00 atau 6,3%.

Pada perhitungan ekstirpasi fibroadenoma mammae dapat disimpulkan bahwa telah terjadi penurunan biaya untuk semua komponen aktifitas kecuali obat, mulai dari persiapan, operasi, dan perawatan, masing-masing sebagai berikut: (1) Persiapan sebesar Rp.9.946,00 atau sebesar 21%. (2) Operasi sebesar Rp.35.366,00 atau 6%. (3) Perawatan sebesar Rp.27.466,00 atau 24%. Biaya keseluruhan per kasus terjadi penurunan sebesar Rp.15.110,00 atau 2%. Biaya obat justru terjadi kenaikan sebesar Rp.57.669,00 atau 53% akan tetapi standar deviasi sesudah penerapan lebih sempit, artinya variasi biaya obat yang diberikan tidak terlalu jauh berbeda satu dengan yang lain. Masalah ini mungkin juga disebabkan oleh karena kasusnya yang hanya sedikit (tiga kasus untuk sebelum penerapan), sehingga sulit dievaluasi secara benar.

Perbedaan biaya untuk kelompok operasi apendektomi, dapat disimpulkan bahwa terjadi penurunan seluruh komponen biaya, kecuali operasi, setelah penerapan pembayaran sistem paket, sebagai berikut: (1) Persiapan, terjadi penurunan biaya sebesar Rp.13.923,00 atau 20%. (2) Obat, terjadi penurunan sebesar Rp.45.630,00 atau 15,6%. (3) Perawatan, sebesar Rp.63.881,00 atau 30,5%. Biaya operasi mengalami kenaikan sebesar Rp.118.341,00 atau 15,4%. Rata-rata biaya keseluruhan terjadi penurunan sebesar Rp.6.293,00 atau 0,5%.

Perbedaan biaya herniorafi, terjadi penurunan biaya untuk semua komponen aktivitas, kecuali obat

sebagai berikut: (1) Persiapan, sebesar Rp.5.935.00 atau 9%. (2) Operasi sebesar Rp.22.317.00 atau 3%. (3) Perawatan sebesar Rp.24.850.00 atau 12,5%. Obat terjadi kenaikan sebesar Rp.800.00 atau 0,4%, akan tetapi standar deviasinya menurun, yang berarti bahwa penggunaan obat tidak terlalu berbeda satu dengan yang lain. Biaya keseluruhan menurun sebesar Rp.52.303.00 atau 4,1%.

Perbedaan rata-rata biaya prostatektomi adalah sebagai berikut, terjadi kenaikan hampir semua komponen aktivitas kecuali perawatan yaitu sebesar: (1) Persiapan naik sebesar Rp.50.079.00 atau sebesar 84%; (2) Operasi naik sebesar Rp.107.500.00 atau 11%; (3) Obat naik sebesar Rp.9.325.00 atau 2%. Perawatan turun sebesar Rp.33.831.00 atau 10,5%. Rata-rata biaya keseluruhan naik sebesar Rp.133.089.00 atau 7,3%, hal ini sesuai dengan hasil audit tentang kepatuhan terhadap standar pelayanan medis dan terapi, dimana untuk kelompok prostatektomi justru terjadi penurunan kepatuhan terhadap standar, yang kemudian berdampak pada peningkatan biaya pelayanan.

Evaluasi lebih lanjut terhadap kisaran biaya untuk masing-masing aktivitas pelayanan, maka dapat terlihat bahwa tarif paket dapat mempersempit simpangan baku dari sebagian besar biaya masing-masing aktivitas pelayanan, khususnya obat. Pemakaian obat atau lebih sempit lagi persepan obat harus secara rasional, artinya harus selalu mempertimbangkan aspek manfaat, resiko efek samping dan biaya. Tidak dapat disangkal lagi bahwa dalam membuat pertimbangan mengenai manfaat, resiko dan biaya ini, masing-masing dokter dapat berbeda. Perbedaan tersebut dapat dikurangi atau diperkecil kalau komponen-komponen dasar dalam proses keputusan terapi atau elemen-elemen pemakaian obat secara rasional tetap selalu dipertimbangkan. Diperlukan upaya manajerial untuk mengatasi hal itu dan yang dianggap paling ideal adalah dengan penerapan dan pengembangan standar pelayanan medis dan terapi dan adanya formularium di rumah sakit.

Berdasarkan audit medik yang dilakukan, ternyata sebelum penerapan sistem paket terdapat sebanyak 34 kasus atau 42,5 %, yang tidak sesuai dengan standar pelayanan medis dan terapi yang telah ditentukan, sedang sesudah penerapan paket, ternyata hanya terdapat 17 kasus atau 22,3 % yang menyimpang (terjadi peningkatan kepatuhan sebesar 25,2 %).

5. Perbedaan Rata-rata *Length of Stay (LOS)* Sebelum dan Sesudah Penerapan Sistem Paket

Rata-rata LOS dari 35 kasus tonsilektomi sebelum penerapan sistem paket adalah 1,06 hari, apabila dibandingkan dengan rata-rata dari 45 kasus tonsilektomi sesudah penerapan sistem paket, yaitu selama 1 hari, maka mengalami penurunan sebesar 5,7%. Perhitungan rata-rata biaya rawat (per kasus/hari adalah sebesar Rp.43.644,00 maka penurunan LOS sebesar 0,06 hari dapat menghemat biaya sebesar Rp.2.619,00.

Rata-rata LOS untuk 3 kasus ekstirpasi fibroadenoma mammae sebelum penerapan sistem paket adalah selama 2,67 hari, yang apabila dibandingkan dengan 8 kasus sesudah penerapan sistem paket justru mengalami kenaikan menjadi 3,12 hari atau mengalami kenaikan sebesar 16,8%. Hal ini sulit dievaluasi mengingat kasus yang hanya sedikit yaitu 3 kasus sebelum penerapan paket.

Rata-rata LOS dari 20 kasus herniorafi adalah selama 7,2 hari yang mengalami penurunan menjadi 5,16 hari apabila dibandingkan dengan rata-rata LOS dari 12 kasus sesudah penerapan sistem paket atau mengalami penurunan sebesar 2,04 hari atau 28,3%. Apabila dihitung rata-rata biaya per kasus per hari sebesar Rp.53.601,00 maka biaya yang bisa dihemat adalah sebesar Rp.109.346,00

Rata-rata LOS dari 13 kasus apendektomi, sebelum penerapan paket adalah 6,3 hari. Apabila dibandingkan dengan 5 kasus sesudah penerapan sistem paket turun menjadi 5,4 hari, turun 0,9 hari atau 14,28%. Kalau dihitung rata-rata biaya per kasus per hari post operasi sebesar Rp.53.601,00 maka biaya yang bisa dihemat adalah sebesar Rp.48.240,00.

Kasus prostatektomi sebanyak 9 kasus dengan rata-rata LOS selama 10 hari, mengalami penurunan menjadi 9,6 hari pada 6 kasus sesudah penerapan sistem paket, turun 0,4 hari atau sebesar 0,04%, kalau dihitung rata-rata biaya per kasus per hari post operasi adalah Rp.54.607,00 maka penurunan biayanya adalah sebesar Rp.21.842,00

Kesimpulan didapatkan bahwa telah terjadi penurunan LOS selama 0,06 - 2,04 hari atau 0,04%-28,3%, antara sebelum dan sesudah penerapan paket secara keseluruhan kasus kecuali untuk ekstirpasi fibroadenoma mammae. Dibandingkan dengan penelitian Kahn dkk.¹⁴ tentang pengaruh sistem pembayaran paket terhadap LOS, didapatkan penurunan LOS sebesar 24% pada penerapan pembayaran paket. Wilensky¹⁵, mendapatkan penurunan LOS selama periode 1983-1989, dari 10-8,5 hari sedang pada periode 1982-1986 dari 14,4- 11,4 hari.

Dibandingkan dengan Standard Medis Pelayanan dan Terapi, terjadi penurunan LOS yang tidak sesuai dengan LOS yang telah ditentukan, yaitu dari 42,5% sebelum penerapan sistem paket, menjadi 19,74% sesudah penerapan paket atau sebesar 22,76%.

6. Dampak Penerapan Sistem Pembayaran Paket Terhadap Waktu Tunggu Pembayaran.

Hasil penelitian ini menunjukkan terjadi penurunan rata-rata waktu tunggu pembayaran, yaitu dari 13,6 menit sebelum penerapan paket, menjadi 4,4 menit atau turun sampai 67,6% sesudah penerapan paket. Hal ini mudah dimengerti bahwa sebelum penerapan sistem paket, apabila akan membayar pasien harus menunggu seluruh rincian dari semua pelayanan yang diterima selama perawatan, untuk diteliti kemudian dijumlahkan menjadi satu, sehingga membutuhkan waktu yang lama.

7. Dampak Penerapan Sistem Pembayaran Paket Terhadap Keadaan Pasien Keluar.

Penilaian keadaan pasien keluar, dilakukan pada hari pasien akan pulang meninggalkan rumah

sakit. Kriteria yang dipakai adalah kriteria yang dipakai oleh Kosecoff dkk.¹⁰, pada penelitian mereka tentang dampak penerapan sistem pembayaran paket terhadap keadaan pasien keluar. Mereka menggunakan tiga pengukuran, yaitu: (1) *instability at discharge* yang digunakan untuk mengidentifikasi problema pasien pada waktu pasien akan pulang, termasuk variabel ini adalah bahwa dokter yang merawat telah memperbolehkan pulang dan adanya kelainan klinis lain yang tidak ada sewaktu pasien tersebut datang. (2) *sickness at discharge*, variabel ini diukur dari apakah problem klinis yang ada pada saat pasien datang, masih ada atau sudah dapat disembuhkan selama perawatan. (3) hasil pemeriksaan laboratorium terakhir sebelum pasien pulang apakah masih ada kelainan. Ketiga variabel tersebut dibedakan dua kriteria, apakah pasien stabil atau tidak stabil pada saat pulang. Stabil apabila tidak ada kelainan dari ketiga variabel tersebut. Sebaliknya, tidak stabil, apabila ada kelainan dari salah satu atau lebih. Semua pasien yang diteliti, baik sebelum maupun sesudah penerapan sistem paembayaran paket, tidak didapatkan pasien yang keluar dalam keadaan tidak stabil. Kesimpulannya adalah bahwa penerapan sistem pembayaran paket ini, tidak mempengaruhi keadaan pasien pulang, artinya meskipun LOS dapat diperpendek tidak berarti pasien dipulangkan dalam keadaan tidak stabil.

8. Pendapat Para Spesialis Terhadap Sistem Pembayaran Paket

Para spesialis, khususnya spesialis THT dan Bedah yang terlibat dalam penelitian ini berpendapat bahwa pada umumnya mereka merasa dibatasi dengan pembayaran paket ini. Akan tetapi dilain pihak para spesialis juga wajib mentaati Standar Pelayanan Medis dan Terapi yang telah mereka susun sendiri. Jasa medis para spesialis sesudah Sistem Pembayaran Paket justru meningkat antara 13%-18,8%.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

1. Dari hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa penerapan sistem pembayaran paket bagi pasien rawat inap dengan tindakan operasi di Rumah Sakit Nirmala Suri:
 - a. Menurunkan rata-rata biaya pelayanan sebesar 0,5% - 6,3% kecuali prostatektomi.
 - b. Menurunkan rata-rata LOS sebesar 0,04%-28,3%, kecuali ektirpasi FAM.
 - c. Menurunkan rata-rata waktu tunggu pembayaran sebesar 67,6%.
 - d. Tidak menyebabkan terjadinya perbedaan keadaan pasien keluar, dalam arti tidak ada pasien yang keluar dalam keadaan tidak stabil, baik sebelum maupun sesudah penerapan sistem pembayaran paket.
 - e. Meningkatkan kepatuhan terhadap penggunaan standar pelayanan medis dan terapi sebesar 25,2%.
2. Perhitungan tarif dengan basis *activity based costing*, dapat memberikan informasi biaya layanan yang lebih akurat dan dapat mengoreksi adanya kesalahan perhitungan dalam penetapan tarif dengan cara lain, sehingga memperkecil kemungkinan terjadinya kerugian yang disebabkan karena kesalahan tersebut. Sistem keuangan dengan basis *activity based costing* perlu dipertimbangkan sebagai sistem keuangan yang diterapkan di rumahsakit.

Saran

Kepada pengelola Rumah Sakit Nirmala Suri

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat dimanfaatkan untuk menyusun strategi peningkatan mutu pelayanan di Rumah Sakit Nirmala Suri melalui strategi penetapan tarif pelayanan guna mempersiapkan sistem

- pembayaran *prospective* bagi pembayar pihak ketiga.
2. Mengembangkan sistem pembayaran paket ini untuk kelompok kasus yang lain, khususnya kasus operasi *elektif* yang sering dijumpai.
3. Mengadakan evaluasi penerapan sistem pembayaran paket, untuk tahap 6 bulan pertama dan selanjutnya setelah mantap, dilakukan setiap tahun.
4. Mengadakan peninjauan kembali semua tarif yang berlaku di Rumah Sakit Nirmala Suri, dengan perhitungan berbasis *activity based costing*, untuk menghindari terjadinya penetapan tarif yang merugi.
5. Melakukan evaluasi terhadap penyusunan Standard Pelayanan Medis dan Terapi setiap satu tahun sekali dengan melibatkan Komite Medik.
6. Penetapan tarif untuk prostatektomi dan ekstirpasi fibroadenoma mammae disarankan untuk melakukan evaluasi ulang dalam waktu yang lebih lama agar mendapatkan jumlah kasus yang lebih banyak, mengingat hasil belum seperti yang diharapkan di dalam penelitian ini.
7. Mengembangkan perhitungan sistem pembayaran paket untuk kelas I dan II.
8. Mengatur penerapan sistem pembayaran paket dalam bentuk Prosedur Tetap, yang berisi:
 - Jenis kasus yang termasuk dalam sistem pembayaran paket berikut tarifnya masing-masing untuk setiap kelas perawatan.
 - Macam pelayanan yang tercakup di dalam sistem pembayaran paket.
 - Pengaturan tentang hal-hal yang tidak tercakup di dalam sistem pembayaran paket tersebut.
 - Prosedur yang harus dilakukan oleh para pelaksana apabila ada penyimpangan standar.

KEPUSTAKAAN

1. W.H.O. Financing of health services. Report of a WHO Study Group. World Health Organization, Geneva, 1991.
2. Ertel, P.Y. and Harrison, R. V. Ethical and Operational Issues Concerning DRGs and The Prospective Payment System. *Topic in Health Record Management*, March: 10-31, 1984.
3. Kotler, P., Andreasen, A.L. Strategi Pemasaran Untuk Organisasi Nirlaba. Edisi Ketiga. 571-591. Gadjah Mada University Press, Yogyakarta, 1995.
4. Stokoe, P. Strategic Pricing in Unit Swadana Hospitals, Modul Magister Manajemen Rumahsakit Universitas Gadjah Mada, Yogyakarta, 1996.
5. Lawson, R.A. Activity-based costing for Hospital Management. *CMA*, June: 21-28, 1994.
6. Armitage, H. and Russel, G. Activity Based Management Information: TQM's Missing Link. *CMA Magazine*, 1993, March: 7.
7. Azwar, A. Program Menjaga Mutu Pelayanan Kesehatan. Edisi pertama, Yayasan Penerbitan IDI, Jakarta, 1994.
8. Ikatan Dokter Indonesia. Standar Pelayanan Medis. Edisi Kedua. Direktorat Jendral Pelayanan Medik Departemen Kesehatan R.I., 1993.
9. Kahn, K.L., Rogers, W. H., Rubenstein, L. V., Sherwood, M. J., Reinisch, E. J., Keeler, E. B., Draper, D., Kosecoff, J., Brook, R. H. Measuring Quality of Care With Explicit Process Criteria Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*, 1990; 264: 1969-1973.
10. Kosecoff, J., Kahn, K. L., Rogers, W. H., Reinisch, E. J., Sherwood, M. J., Rubenstein, L. V., Draper, D., Roth, C. P., Chew, C., Brook, R. H. Prospective Payment System and Impairment at Discharge. *JAMA*, 1990; 264: 1980-1983.
11. Rogers, W. H., Draper, D., Kahn, K. L., Keeler, E. B., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J., Brook, R. H. Quality of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*, 1990; 264: 1989-1994.
12. Departemen Kesehatan RI. Direktorat Yan. Med. Himpunan Peraturan Tentang Tarif Rumah Sakit Pemerintah. Jakarta, 1988.
13. Usry F.M., Matz A. Akuntansi Biaya Perencanaan dan Pengendalian Manajemen. Edisi VIII, Jakarta, 1987.
14. Kahn, K. L., E. B., Sherwood, M. J., Rogers, W. H. Draper, D., Bentow, S. S., Reinisch, E. J., Rubenstein, L. V., Kosecoff, J., Brook, R. H. Comparing Outcomes of Care Before and After Implementation of the DRG-Based Prospective Payment System. *JAMA*, 1990; 264: 1984-1988.
15. Wilensky, G. R., Better Value and Better Care. *JAMA*, 1990; 264: 1996-1997.