



**PERHITUNGAN *COST OF ILLNESS* (COI) PADA PASIEN RAWAT INAP
PENDERITA *STROKE* PESERTA BPJS DI RSUD dr. MOHAMAD SALEH
KOTA PROBOLINGGO**

SKRIPSI

Oleh :

**Azizah Munawwarah
NIM 142110101139**

**BAGIAN ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**



**PERHITUNGAN *COST OF ILLNESS* (COI) PADA PASIEN RAWAT INAP
PENDERITA *STROKE* PESERTA BPJS DI RSUD dr. MOHAMAD SALEH
KOTA PROBOLINGGO**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Oleh :

**Azizah Munawwarah
NIM 142110101139**

**BAGIAN ADMINISTRASI KEBIJAKAN KESEHATAN
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
UNIVERSITAS JEMBER
2019**

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ayah dan ibu saya yang senantiasa memberikan doa, nasehat, dukungan, dan kasih sayang kepada saya yang tak bisa tergantikan oleh siapapun di dunia ini;
2. Kepada adik dan sahabat saya yang selalu memberikan semangat, doa, dan kasih sayang;
3. Guru-guru TK ABA 1 Probolinggo, MI Muhammadiyah 1 Probolinggo, SMPN 5 Probolinggo, SMAN 1 Probolinggo, dan semua dosen serta civitas akademika di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah memberikan ilmu dan pengalamannya;
4. Almamater yang saya banggakan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

MOTTO

“Barangsiapa di antara kalian pada pagi hari sehat raganya, damai jiwanya, dan mempunyai secuil makanan sehari-harinya, maka seolah-olah dunia ini diperuntukkan kepadanya”¹

(HR. Bukhari no. 5933)

“Dari Ibnu Abbas, dia berkata: Nabi shallallahu’alaihi wasallam bersabda: “Dua kenikmatan, kebanyakan manusia tertipu pada keduanya, (yaitu) kesehatan dan waktu luang”²

(HR. Ibn Majah no. 4131)

¹ Didik L. Hariri, *40 Hadits Shahih: Sehat Adalah Ibadah, Sakit Adalah Berkah*, Yogyakarta: Pustaka Pesantren, 2010, hlm.6

² *ibid.* hlm.9

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Azizah Munawwarah

NIM : 142110101139

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul : *Perhitungan Cost Of Illness (COI) pada Pasien Rawat Inap Penderita Stroke Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo* adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya, dan belum pernah diajukan pada institusi manapun, serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan skripsi ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata di kemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, 16 April 2019

Yang menyatakan,

Azizah Munawwarah
142110101139

SKRIPSI

**PERHITUNGAN *COST OF ILLNESS* (COI) PADA PASIEN RAWAT INAP
PENDERITA *STROKE* PESERTA BPJS DI RSUD dr. MOHAMAD SALEH
KOTA PROBOLINGGO**

Oleh:

Azizah Munawwarah

NIM 142110101139

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Eri Witcahyo, SKM., M.Kes.

Dosen Pembimbing Anggota : Sri Utami, S.KM., M.M.

PENGESAHAN

Skripsi berjudul *Perhitungan Cost Of Illness (COI) pada Pasien Rawat Inap Penderita Stroke Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo* telah diuji dan disahkan oleh Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember pada:

Hari : Selasa
Tanggal : 16 April 2019
Tempat : Ruang Sidang I Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember

Pembimbing		Tanda Tangan
1. DPU	: Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. NIP. 198207232010121003	(.....)
2. DPA	: Sri Utami, S.KM., M.M.	(.....)
Penguji		
1. Ketua	: Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. NIP. 197810162009122001	(.....)
2. Sekretaris	: Dr. Candra Bumi, dr.M.Si. NIP. 197406082008011002	(.....)
3. Anggota	: Retno Feby Hariyati, S.KM., M.Mkes. NIP. 196902021993112002	(.....)

Mengesahkan,
Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat
Universitas Jember

Irma Prasetyowati, S.KM., M.Kes
NIP. 198005162003122002

RINGKASAN

Perhitungan *Cost of Illness* (COI) pada Pasien Rawat Inap Penderita *Stroke* Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo; Azizah Munawwarah; 142110101139; 2019; 111 halaman; Bagian Administrasi Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.

Stroke merupakan salah satu penyakit katastrofik yang menjadi penyebab kematian paling banyak di Indonesia. Sebagai penyakit katastrofik, *stroke* merupakan penyakit yang memiliki biaya tinggi dan secara komplikasi dapat membahayakan jiwa. Kota Probolinggo merupakan kota yang memiliki prevalensi *stroke* tertinggi kedua di Jawa Timur setelah Kota Surabaya. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 Jawa Timur prevalensi *stroke* di Kota Probolinggo berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 8,4%. Sedangkan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dengan gejala prevalensinya sebesar 29,1% (Laksmiarti *et al.*, 2013: 173). Keberadaan penyakit *stroke* ini menjadi suatu beban penyakit tersendiri bagi Kota Probolinggo, terutama bagi masyarakat yang menderita penyakit ini. Oleh karena itu, berdasarkan uraian permasalahan di atas maka perlu dilakukan studi mengenai *cost of illness* yang mengukur beban ekonomi dari suatu penyakit dan memperkirakan jumlah maksimum biaya yang dapat disimpan atau diperoleh jika suatu penyakit tersebut dapat diberantas. Penelitian ini juga dapat dilanjutkan sebagai upaya pengendalian biaya.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran perhitungan *cost of illness* pada penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo. Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif yang dilakukan di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo. RSUD dr. Mohamad Saleh merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah tipe B sebagai rujukan *stroke* di Kota Probolinggo dengan cakupan pasien yang luas yang terdiri dari wilayah Kota dan Kabupaten Probolinggo. Sampel pada penelitian ini adalah penderita *stroke* yang terdaftar di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo sebagai peserta BPJS yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi yaitu sebanyak 40 responden. Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data

sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner sedangkan data sekunder diperoleh melalui catatan rekam medis responden.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa dari 40 responden pasien penderita *stroke* di RSUD dr. Moh. Saleh 67,5% diantaranya adalah perempuan, 55% diantaranya memiliki usia pada kelompok umur lansia akhir, mayoritas memiliki tingkat pendidikan tamat SD/ sederajat yaitu sebesar 82,5%, mayoritas responden tidak bekerja dengan persentase sebesar 90%, serta terdiri dari 4 kelompok diagnosis berdasarkan *ICD-10* yaitu, 60% terdiagnosis *cerebral infarction*, 7,5% terdiagnosis *cva infarct due to embolism*, 27,5% terdiagnosis *intracerebral haemorrhage*, dan 5% sisanya terdiagnosis *transient cerebral ischemic attack*. Biaya langsung terdiri dari 98% biaya rawat inap dan sekitar 2% biaya rawat jalan. Rata-rata biaya langsung penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 8.278.584 dengan rentang nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 2.024.179 – Rp 22.534.479.

Biaya tidak langsung terdiri dari pendapatan yang hilang akibat sakit dari pasien, pendapatan yang hilang dari pendamping pasien dan biaya lain-lain. Dan komponen biaya penyusun terbesar adalah biaya lain-lain. Rata-rata biaya tidak langsung penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 974.383 dengan rentang nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 446.300 – Rp 2.124.200. Sedangkan *cost of illness* pada penelitian ini terdiri dari 87,7% biaya langsung dan sekitar 12,3% biaya tidak langsung. Rata-rata *cost of illness* penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 9.252.967 dengan rentang nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 2.766.979 – Rp 24.242.679

Saran yang diberikan berdasarkan hasil penelitian ini adalah Meningkatkan pencatatan tindakan keperawatan yang baik. Kegiatan pencatatan tindakan keperawatan ini memiliki pengaruh yang cukup besar pada besarnya biaya sakit. Pencatatan yang kurang baik akan menurunkan efisiensi dan efektivitas pembiayaan. Diperlukan adanya pembuatan *clinical pathway* sebagai perangkat bantu untuk penerapan standar pelayanan medik dalam upaya pengendalian biaya sehingga dapat meningkatkan efisiensi pembiayaan di rumah sakit.

SUMMARY

The Calculation of Cost Of Illness (COI) of Hospitalized Stroke Patients as BPJS Participants in the dr. Mohamad Saleh Regional Public Hospital of Probolinggo City; Azizah Munawwarah; 142110101139; 2019; 111 pages; Department of Health Policy and Administration, Faculty of Public Health University of Jember.

Stroke is one of the catastrophic diseases which is the most cause of death in Indonesia. As a catastrophic disease, stroke is a high-cost and life-threatening disease. Probolinggo is the second highest prevalence city of stroke in East Java next to Surabaya city. Based on the results of Riskesdas 2013, prevalence for stroke in Probolinggo was 8.4% (based on the diagnosis of health professionals) and 29.1% (based on the diagnosis of health professionals and symptoms) (Laksmiarti *et al.*, 2013: 173). Stroke can cause a burden disease. Therefore, based on the description above, it is necessary to do a study of cost of illness that measures the economic burden of illness and estimates maximum amount of costs that can be saved or obtained if a disease can be eradicated. This study can also be continued as cost containment.

The purpose of this study was to describe cost of illness of stroke patients who are BPJS participants in RSUD dr. Mohamad Saleh Probolinggo city using descriptive method. It was carried out at RSUD dr. Mohamad Saleh Probolinggo city. Sample of this study were stroke patients who were registered at RSUD dr. Mohamad Saleh Probolinggo city as BPJS participants who fulfilled the inclusion and exclusion criteria. It consisted of 40 respondents. The data consisted of primary and secondary data. Primary data was obtained through interviews with questionnaires while secondary data was obtained through the respondent's medical record.

Results of this study showed that about 67.5% of respondents were women, 55% of respondents were classified into final age group, majority of respondents had an education level graduating from elementary school that was equal to 82.5%, majority of respondents did not work with a percentage of

90%, and respondents consisted of 4 groups diagnosis based on ICD-10, that was 60% were diagnosed with cerebral infarction, 7.5% were diagnosed with CVA infarct due to embolism, 27.5% were diagnosed with intracerebral hemorrhage, and the remaining 5% were diagnosed with transient cerebral ischemic attack. Direct costs in this study consisted of 98% inpatient costs and about 2% of outpatient costs. The average of direct cost was IDR. 8,278,584 with a range cost from IDR. 2,024,179 to IDR. 22,534,479.

Indirect costs in this study consisted of income lost due to illness from the patients, income lost from patient companions and other costs. And the biggest component of indirect costs was other costs. The average of indirect cost was IDR. 974,383 with a range cost from IDRp. 446,300 to IDR. 2,124,200. While cost of illness in this study consisted of 87.7% direct costs and about 12.3% indirect costs. The average of cost of illness was IDR. 9,252,967 with a range cost from IDR. 2,766,979 to Rp. 24,242,679

Suggestion given based on the results of this study is to increase the suitability between medical treatment recording activity and the medical treatment's taken. The activity of medical treatment recording has a considerable influence on the size of the costs of illness. A bad recording will reduce the efficiency and effectiveness of financing. And also, it is necessary to create a clinical pathway as an aid for the implementation of medical service standards in order of cost containment so it can increase the efficiency of financing in the hospitals.

PRAKATA

Puji syukur penulis panjatkan ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas anugerah-Nya penulis dapat menyelesaikan penulisan skripsi yang berjudul “Perhitungan *Cost of Illness* (COI) pada Pasien Rawat Inap Penderita *Stroke* Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo”. Penulisan skripsi ini disusun guna memenuhi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat untuk menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Kesehatan Masyarakat dan mencapai gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat.

Penulis menyampaikan terima kasih kepada Bapak Eri Witcahyo, S.KM., M.Kes. selaku dosen pembimbing utama dan Ibu Sri Utami, S.KM., MM. selaku dosen pembimbing anggota yang sudah membantu dan membimbing dalam proses penulisan skripsi ini. Di samping itu, penulisan skripsi ini tidak dapat terselesaikan dengan baik tanpa adanya bantuan dari berbagai pihak. Maka dari itu, penulis juga ingin menyampaikan ucapan terimakasih kepada:

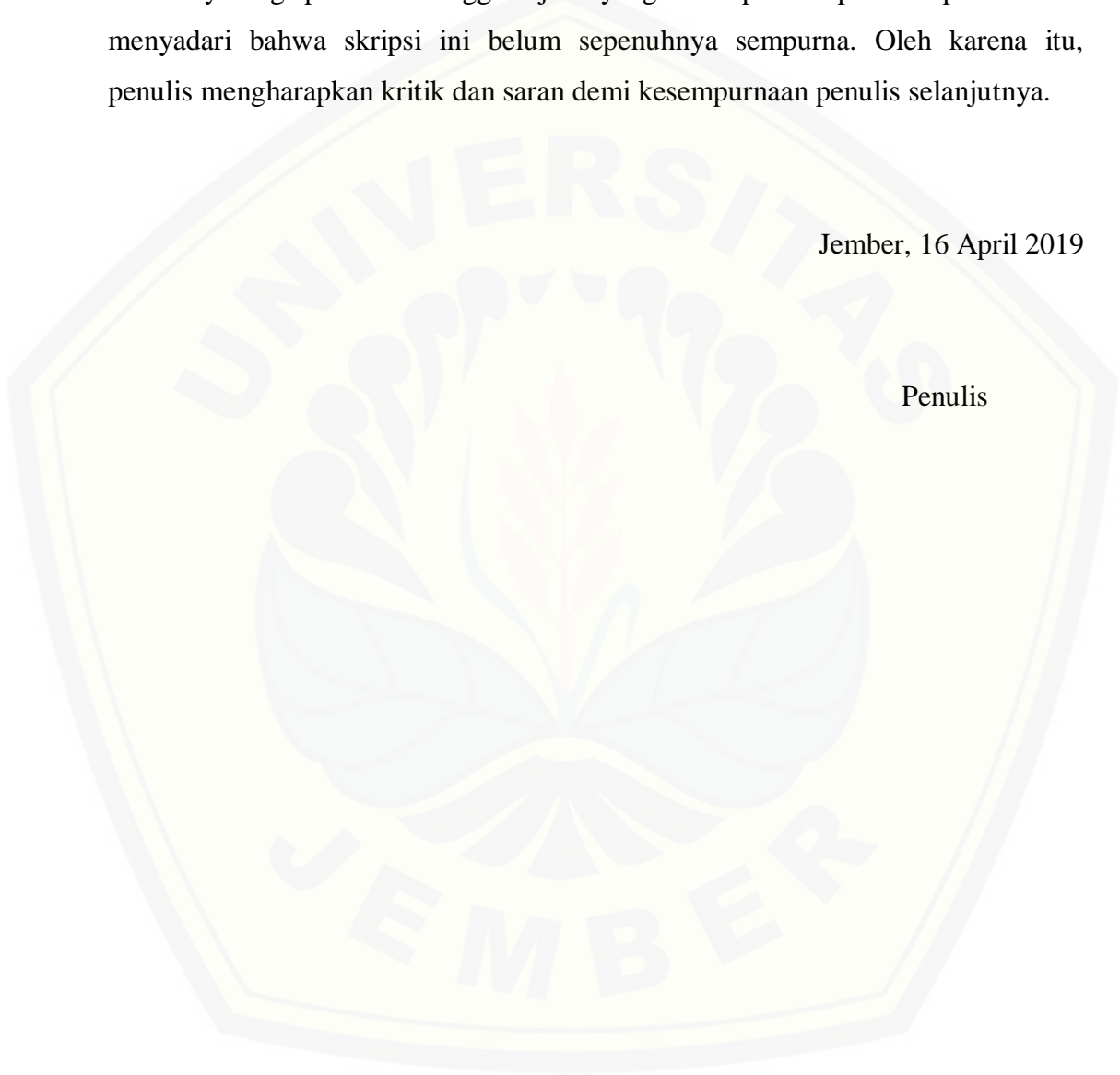
1. Irma Prasetyowati S.KM., M.Kes. selaku Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
2. Eri Witcahyo S.KM., M.Kes. selaku Ketua Bagian Administrasi & Kebijakan Kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember.
3. Yennike Tri Herawati, S.KM., M.Kes. selaku ketua penguji.
4. Dr. Candra Bumi, dr. M.Si. selaku sekretaris penguji.
5. Retno Feby Hariyati, S.KM., M.Mkes. selaku anggota penguji
6. drg. Rubiyati, M.Mkes. selaku Direktur RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo
7. Teman-teman Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember yang telah membantu penulis dalam menyelesaikan proposal skripsi.
8. Semua pihak RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo yang telah membantu penulis dalam penyelesaian proposal skripsi ini.

9. Seluruh civitas akademika Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Jember dan seluruh pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu.

Semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pihak yang membutuhkan, khususnya bagi penulis sehingga tujuan yang diharapkan dapat tercapai. Penulis menyadari bahwa skripsi ini belum sepenuhnya sempurna. Oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran demi kesempurnaan penulis selanjutnya.

Jember, 16 April 2019

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN	iii
MOTTO	iv
PERNYATAAN	v
SKRIPSI	vi
PENGESAHAN	vii
RINGKASAN	viii
SUMMARY	x
PRAKATA	xii
DAFTAR ISI	xiv
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xix
DAFTAR LAMPIRAN	xx
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan	6
1.3.1 Tujuan Umum.....	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	6
1.4.1 Manfaat Teoritis	6
1.4.2 Manfaat Praktis.....	7
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	8
2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	8
2.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).....	8
2.1.2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	9
2.1.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	10

2.2	Rumah Sakit.....	12
2.2.1	Pengertian Rumah Sakit.....	12
2.2.2	Pelayanan Rawat Darurat.....	14
2.2.3	Pelayanan Rawat Jalan.....	15
2.2.4	Pelayanan Rawat Inap.....	16
2.3	INA CBG's	17
2.3.1	Sejarah INA CBG's	17
2.3.2	Pengertian Tarif INA-CBGs.....	18
2.3.3	Struktur Kode INA-CBGs.....	20
2.4	Pasien.....	24
2.4.1	Pengertian Pasien.....	24
2.4.2	Metode Pasien Membayar Jasa Pelayanan Kesehatan	24
2.5	<i>Stroke</i>	25
2.5.1	Definisi <i>Stroke</i>	25
2.5.2	Klasifikasi <i>Stroke</i>	26
2.5.3	Patofisiologi <i>Stroke</i>	31
2.5.4	Faktor Risiko <i>Stroke</i>	32
2.5.5	Akibat/ Dampak <i>Stroke</i>	36
2.6	<i>Cost Of Illness (COI)</i>	37
2.6.1	Definisi <i>Cost Of Illness (COI)</i>	37
2.6.2	<i>Cost</i>	38
2.6.3	<i>Direct Cost</i>	39
2.6.4	<i>Indirect Cost</i>	40
2.7	Kerangka Teori	41
2.8	Kerangka Konsep.....	42
BAB 3.	METODE PENELITIAN.....	45
3.1	Jenis Penelitian.....	45
3.2	Tempat dan Waktu Penelitian.....	45
3.3	Populasi dan Sampel Penelitian.....	45
3.3.1	Populasi Penelitian.....	45
3.3.2	Sampel Penelitian	46

3.4	Teknik Pengambilan Sampel	46
3.5	Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	47
3.6	Data dan Sumber Data Penelitian	54
3.7	Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data.....	55
3.7.1	Teknik Pengumpulan Data	55
3.7.2	Instrumen Pengumpulan Data	55
3.8	Teknik Penyajian dan Analisis Data	55
3.8.1	Teknik Penyajian Data	55
3.8.2	Analisis Data	56
3.9	Alur Penelitian	58
BAB 4.	HASIL DAN PEMBAHASAN.....	59
4.1	Hasil Penelitian.....	59
4.1.1	Gambaran Umum Karakteristik Responden	59
4.1.2	Perhitungan Biaya Langsung (<i>Direct Cost</i>)	62
4.1.3	Perhitungan Biaya Tidak Langsung (<i>Indirect Cost</i>)...	76
4.1.4	Perhitungan Total Biaya Sakit (<i>Cost Of Illness</i>)	82
4.2	Pembahasan.....	85
4.2.1	Karakteristik Responden	85
4.2.2	Biaya Langsung (<i>Direct Cost</i>) <i>Stroke</i>	87
4.2.3	Biaya Tidak Langsung (<i>Indirect Cost</i>) <i>Stroke</i>	94
4.2.4	Biaya Sakit (<i>Cost Of Illness</i>) <i>Stroke</i>	98
BAB 5.	KESIMPULAN DAN SARAN.....	103
5.1	Kesimpulan.....	103
5.2	Saran.....	104
DAFTAR PUSTAKA	106
LAMPIRAN	112

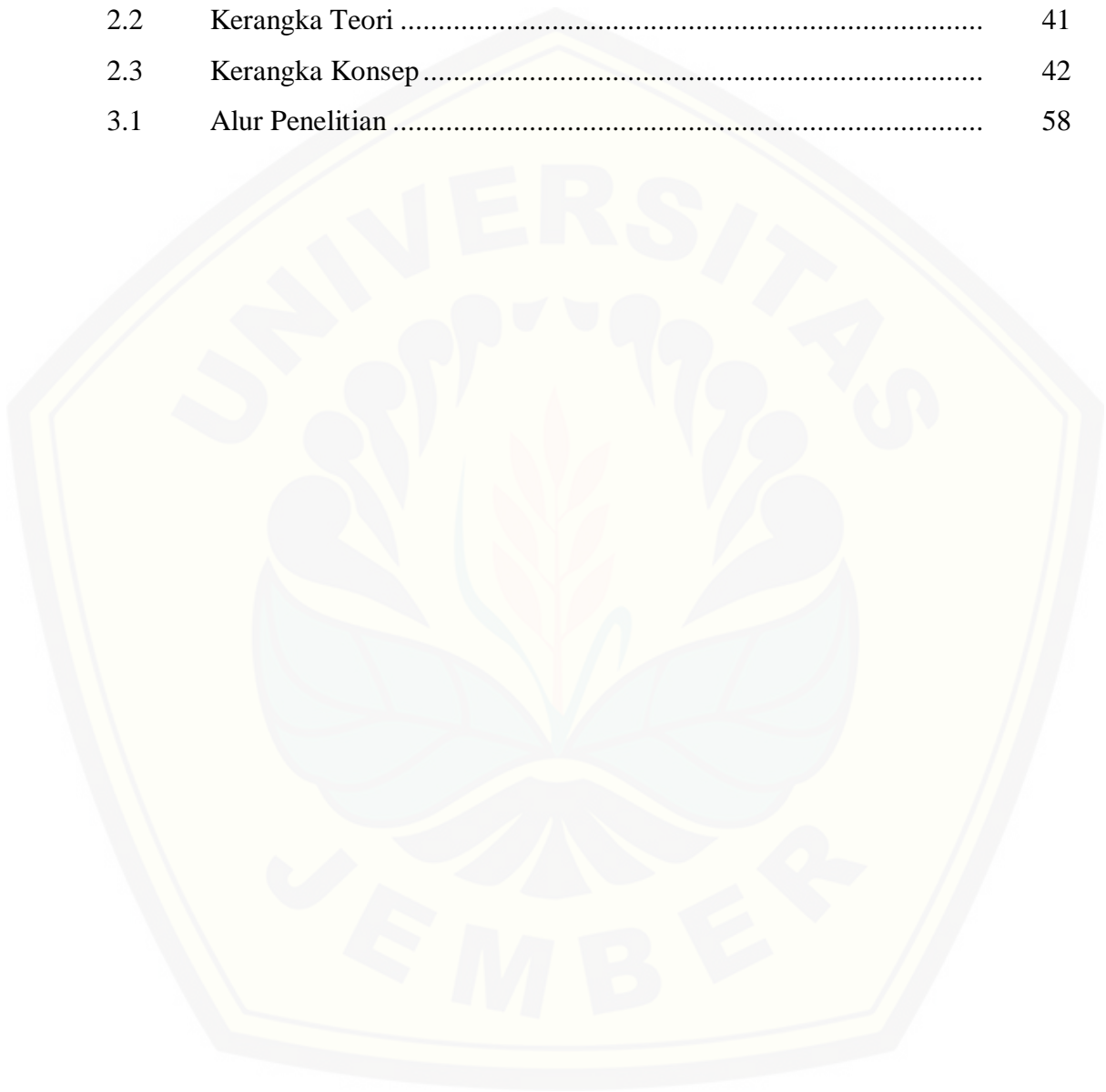
DAFTAR TABEL

2.1	Tabel <i>Casemix Main Groups</i> (CMGs).....	21
2.2	<i>Group Tipe</i> Kasus dalam INA-CBGs.....	22
2.3	Tabel Kode dan Tarif INA-CBGs pada Penyakit Cerebrovascular ...	22
3.1	Definisi Operasional	47
4.1	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	59
4.2	Distribusi Responden Berdasarkan Umur.....	60
4.3	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan	60
4.4	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	61
4.5	Distribusi Responden Berdasarkan Diagnosa Penyakit.....	62
4.6	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Rawat Jalan.....	63
4.7	Analisis Statistik Deskriptif Biaya IRD.....	64
4.8	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Administrasi	65
4.9	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Akomodasi/Kamar	66
4.10	Analisis Statistik Deskriptif Lama Hari Perawatan.....	66
4.11	Analisis Statistik Deskriptif Jasa Pelayanan Dokter	67
4.12	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Laboratorium	68
4.13	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Radiologi	69
4.14	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Tindakan Keperawatan	70
4.15	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Farmasi	71
4.16	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Visite	72
4.17	Analisis Statistik Deskriptif Jasa Keperawatan.....	73
4.18	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Gizi.....	73
4.19	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Transportasi Rawat Inap	74
4.20	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Rawat Inap.....	75
4.21	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Langsung (<i>Direct Cost</i>) Penderita <i>Stroke</i> Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.....	76
4.22	Analisis Statistik Deskriptif Pendapatan Pasien Yang Hilang.....	77

4.23	Analisis Statistik Deskriptif Pendapatan Pendamping Pasien Yang Hilang	78
4.24	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Transportasi Pendamping Pasien	79
4.25	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Makan dan Minum Pendamping	80
4.26	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Higiene Personal Pasien	80
4.27	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Tidak Langsung (<i>Indirect Cost</i>) Penderita <i>Stroke</i> Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo	81
4.28	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Sakit (<i>Cost of Illness</i>) Penderita <i>Stroke</i> Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo	82
4.29	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Sakit (<i>Cost Of Illness</i>) Berdasarkan Klasifikasi <i>Stroke</i> Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo	83
4.30	Analisis Statistik Deskriptif Biaya Sakit (<i>Cost Of Illness</i>) Berdasarkan Kelompok Diagnosis Penderita <i>Stroke</i> Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo	84

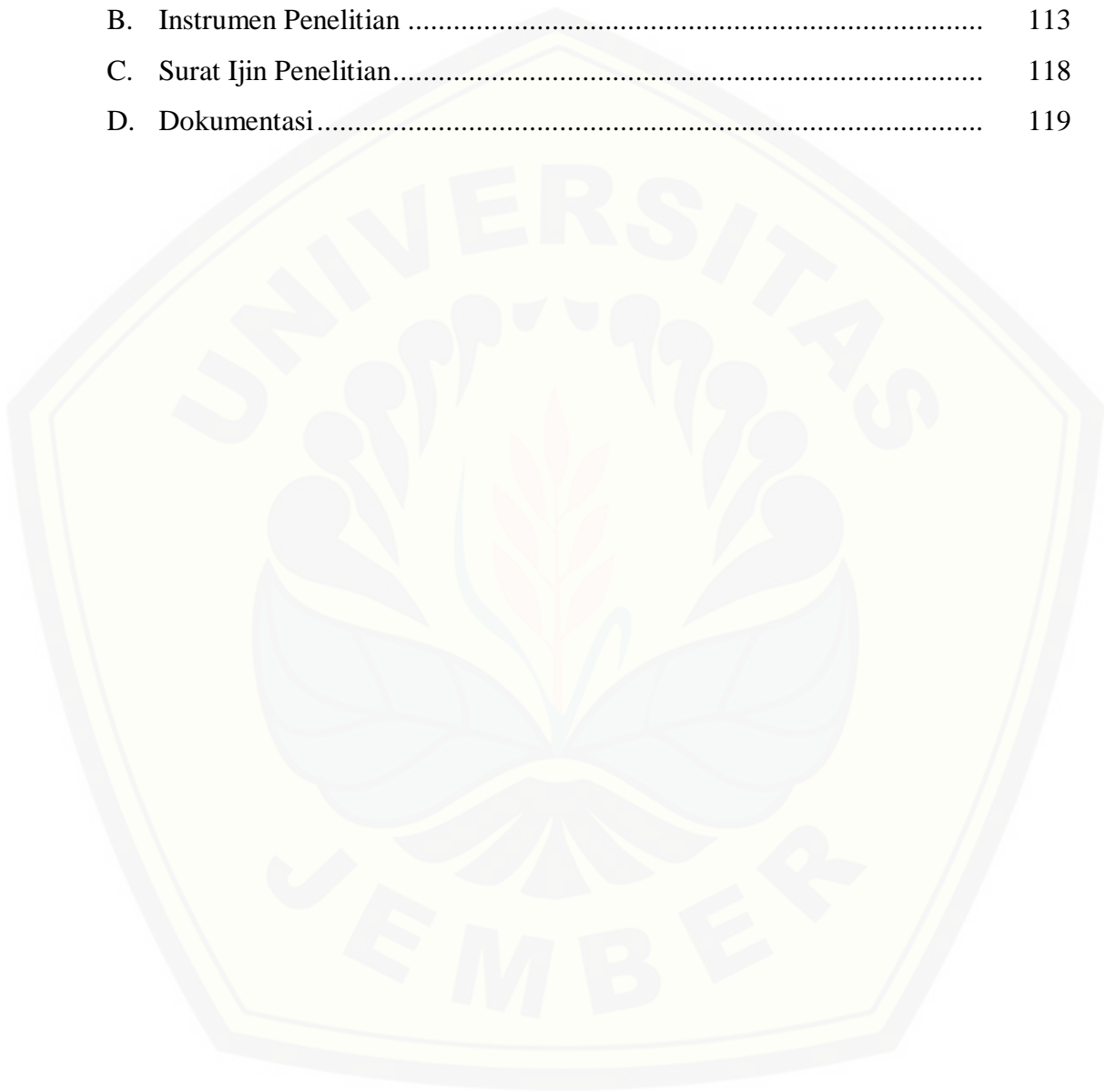
DAFTAR GAMBAR

2.1	Struktur Kode INA CBGs.....	20
2.2	Kerangka Teori	41
2.3	Kerangka Konsep.....	42
3.1	Alur Penelitian	58



DAFTAR LAMPIRAN

A. Lembar Persetujuan.....	112
B. Instrumen Penelitian	113
C. Surat Ijin Penelitian.....	118
D. Dokumentasi.....	119



BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Adanya suatu penyakit (baik penyakit menular maupun penyakit tidak menular) di suatu komunitas atau negara akan menimbulkan suatu beban penyakit (*burden disease*). Beban penyakit atau *burden disease* dapat diartikan sebagai hilangnya waktu, tenaga, dan biaya sebagai akibat dari kejadian yang berhubungan dengan kesehatan (Heryana, 2016: 1). Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) tahun 2007 dan Survei Kesehatan rumah Tangga (SKRT) tahun 1995 dan 2001 menunjukkan bahwa selama 12 tahun (1995-2007) di Indonesia telah terjadi transisi epidemiologi yang menunjukkan bahwa kematian karena penyakit menular menurun, sedangkan kematian karena penyakit tidak menular terus mengalami peningkatan. Proporsi kematian akibat penyakit menular telah menurun sepertiganya dari 44,2% menjadi 28,1%. Akan tetapi, proporsi kematian akibat penyakit tidak menular mengalami peningkatan cukup tinggi yakni dari 41,7% menjadi 59,5%. Keadaan yang demikian diprediksi akan terus berlanjut (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2012: 1-2). Prediksi ini kemudian diperkuat dengan hasil Riskesdas tahun 2013 yang menunjukkan sejumlah penyakit tidak menular yang terus meningkat dan berkebalikan dengan penyakit menular yang menunjukkan adanya penurunan.

Keberadaan penyakit tidak menular (PTM) yang terus meningkat ini akan menjadi suatu *burden* (beban) penyakit tersendiri bagi negara Indonesia. Terlebih lagi, penanganan penyakit tidak menular ini memerlukan waktu yang lama dan teknologi yang mahal, sehingga diperlukan biaya yang cukup besar dalam hal pencegahan dan penanggulangan penyakit tidak menular tersebut. Publikasi World Economic Forum April 2015 menyatakan bahwa potensi kerugian akibat keberadaan PTM di Indonesia pada periode 2012-2030 diprediksi mencapai US\$ 4,47 triliun atau setara dengan 5,1 kali GDP tahun 2012 yang tercantum dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 5 Tahun 2017. Pernyataan ini kemudian juga didukung dengan data yang menunjukkan bahwa pembiayaan

jaminan kesehatan nasional (JKN) untuk penyakit katastrofik bernilai cukup tinggi. Berdasarkan data Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (2017), disebutkan bahwa total biaya JKN untuk penyakit katastrofik dari tahun 2014-2016 sebesar Rp37.281.011.441.620,- dengan jumlah kasus sebanyak 27.220.836 kasus (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2017: 9).

Secara global PTM penyebab kematian nomer satu setiap tahunnya adalah penyakit kardiovaskuler. Penyakit kardiovaskuler merupakan penyakit yang disebabkan oleh gangguan fungsi jantung dan pembuluh darah. Pada tahun 2008 diperkirakan sebanyak 17,3 juta kematian disebabkan oleh penyakit kardiovaskuler. Dari 17,3 kematian tersebut 9,4 kematiannya disebabkan oleh komplikasi hipertensi. Hipertensi menyebabkan setidaknya 45% kematian karena penyakit jantung dan 51% kematian karena penyakit *stroke* (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014a: 2). Hal ini menunjukkan bahwa komplikasi hipertensi lebih banyak mengarah pada kematian yang disebabkan oleh penyakit *stroke*.

Stroke merupakan salah satu penyakit katastrofik. Penyakit katastrofik ini merupakan penyakit yang memiliki biaya tinggi dan secara komplikasi dapat membahayakan jiwa (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2014b: 1). Dapat dikatakan bahwa penyakit katastrofik merupakan penyakit dengan karakteristik yakni *high volume*, *high risk*, dan *high cost*. Hal ini menyebabkan banyak para penentu kebijakan mengkhawatirkan terjadinya pembengkakan biaya penyakit sehingga penyelenggaraan asuransi kesehatan tidak mencantumkan penyakit tersebut kedalam paket manfaatnya (Budiarto dan Sugiharto, 2013: 59).

Stroke merupakan penyakit yang memiliki prevalensi yang tinggi. Di Indonesia prevalensi *stroke* menunjukkan adanya peningkatan, berdasarkan data Riskesdas 2013, prevalensi *stroke* pada tahun 2007 sebesar 8,3 per 1.000 penduduk, prevalensi ini kemudian meningkat pada tahun 2013 menjadi 12,1 per 1.000 penduduk. Jawa Timur merupakan salah satu provinsi yang memiliki prevalensi *stroke* cukup tinggi dibandingkan dengan penyakit jantung koroner maupun gagal jantung. Pada tahun 2013, prevalensi *stroke* di Jawa Timur berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 9,1%. Sedangkan

berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dengan gejala prevalensinya sebesar 16,0% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013a: 92).

Salah satu daerah yang berkontribusi dalam angka prevalensi *stroke* di Jawa Timur adalah Kota Probolinggo. Kota Probolinggo merupakan kota yang memiliki prevalensi *stroke* tertinggi kedua di Jawa Timur setelah Kota Surabaya. Berdasarkan hasil Riskesdas 2013 Jawa Timur prevalensi *stroke* di Kota Probolinggo berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan adalah sebesar 8,4%. Sedangkan berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan dengan gejala prevalensinya sebesar 29,1% (Laksmiarti *et al.*, 2013: 173). Sebagai kasus yang tergolong pada triage merah yang memerlukan penanganan yang cepat dan tepat, *stroke* memerlukan rujukan kepada FKTL yang bersifat segera. Kota Probolinggo memiliki empat FKTL yang terdiri dari, sebuah rumah sakit pemerintah, dua buah rumah sakit khusus, dan sebuah rumah sakit swasta. RSUD dr. Mohamad Saleh merupakan satu-satunya rumah sakit pemerintah tipe B sebagai rujukan *stroke* di Kota Probolinggo dengan cakupan pasien yang luas yang terdiri dari dari wilayah Kota dan Kabupaten Probolinggo.

Kasus *stroke* yang ditangani dan dirujuk ke RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo dari tahun 2014-2017 memiliki jumlah yang cukup tinggi. Berdasarkan data rekam medis RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo, jumlah kasus penyakit *stroke* tahun 2014 dan 2015 yakni sebanyak 453 dan 443 kasus. Pada tahun 2016 kasus *stroke* ini meningkat sebesar 11,9% dan terus mengalami peningkatan sebesar 24,6% pada tahun 2017. Jika diakumulasikan maka mulai tahun 2014-2017 jumlah kasus *stroke* yang ditangani di RSUD dr. Mohamad Saleh adalah sebanyak 2.010 kasus. Peningkatan jumlah kasus *stroke* ini akan meningkatkan risiko kematian pula.

Kasus kematian akibat *stroke* RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo juga menunjukkan angka yang tinggi. Jumlah kasus kematian *stroke* yang tercatat di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo terus mengalami peningkatan dari tahun 2014-2017. Pada tahun 2014 jumlah kematian *stroke* di RSUD dr. Mohamad Saleh yakni sebanyak 109 kematian, kemudian meningkat pada tahun 2015 sebesar 4,6%. Pada tahun 2016 jumlah kematian ini juga

mengalami peningkatan sebesar 8,8% dan terus mengalami peningkatan sebesar 25% di tahun 2017. Selain itu, *stroke* juga merupakan salah satu penyebab kecacatan. Data di RSUD dr. Mohamad Saleh menunjukkan bahwa pada tahun 2014 - 2017 jumlah pasien *stroke* yang keluar rumah sakit dengan keadaan memerlukan rehabilitasi adalah sebanyak 313 pasien.

Keberadaan penyakit *stroke* ini menjadi suatu beban penyakit atau *burden disease* tersendiri bagi Kota Probolinggo, terutama bagi masyarakat yang menderita penyakit ini. Tingginya prevalensi, angka rawat inap, mordibitas dan mortalitas memberikan dampak sosial ekonomi bagi penderita *stroke* (Hidayani, 2016: 2). Dampak ini juga diperparah dengan besarnya biaya pengobatan penyakit *stroke*. Selain biaya pengobatan *stroke* yang cukup besar, adanya kecenderungan peningkatan biaya kesehatan yang terjadi di Indonesia akan menambah beban bagi penderita penyakit *stroke* Chee *et al.* (dalam Puspandari, 2015: 2).

Untuk mengatasi beban biaya kesehatan di masyarakat, pada tahun 2004 dikeluarkan 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) Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan berkembangnya sistem asuransi kesehatan ini merupakan upaya meminimalkan porsi masyarakat yang tidak bisa akses ke pelayanan kesehatan ketika membutuhkan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013b: 10-13). Dari tahun ke tahun kepesertaan JKN ini terus mengalami peningkatan. Data pasien *stroke* di RSUD dr. Mohamad Saleh menunjukkan adanya dominasi pasien oleh peserta BPJS. Pada tahun 2014, jumlah peserta BPJS dari seluruh total pasien *stroke* adalah sebanyak 70%. Kemudian pada tahun 2015 persentase peserta BPJS pada seluruh pasien *stroke* adalah sebesar 65%. Peersentase ini kemudian meningkat menjadi 71% pada tahun 2016 dan 72% pada tahun 2017. Hal ini menunjukkan bahwa hampir seluruh pasien *stroke* adalah peserta BPJS. Banyaknya peserta BPJS yang mengalami penyakit *stroke* ini menyebabkan besarnya biaya JKN yang harus dikeluarkan untuk menangani beban biaya kesehatan akibat penyakit *stroke*.

Berdasarkan data yang bersumber dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) (2017) menunjukkan bahwa di Indonesia beban biaya JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) untuk penyakit *stroke* mengalami peningkatan dari tahun 2014 – 2016. Pada tahun 2014 beban biaya JKN untuk penyakit *stroke* mencapai nilai Rp 813.392.575.957,- dari total jumlah kasus sebanyak 449.353 kasus. Nilai tersebut kemudian meningkat di tahun 2015 yakni menjadi Rp 1.131.104.070.060,- dari total jumlah kasus sebanyak 698.189 kasus. Peningkatan beban biaya JKN untuk penyakit *stroke* ini terus berlangsung hingga pada tahun 2016 mencapai nilai Rp 1.171.127.754.410,- dari total jumlah kasus sebanyak 768.385 kasus (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial, 2017: 9). Biaya JKN tersebut merepresentasikan besarnya biaya pelayanan kesehatan pada pasien *stroke*.

Oleh karena itu, berdasarkan uraian permasalahan yang telah dijabarkan di atas, serta melihat tingginya beban akibat keberadaan penyakit *stroke* maka perlu dilakukan studi mengenai *cost of illness* atau biaya-penyakit. Studi ini merupakan studi yang mengukur beban ekonomi dari suatu penyakit atau beberapa penyakit dan memperkirakan jumlah maksimum biaya yang berpotensi dapat disimpan atau diperoleh jika suatu penyakit tersebut dapat diberantas. Studi atau perhitungan *cost of illness* ini lebih lanjut dapat diteruskan sebagai upaya pengendalian biaya untuk meningkatkan tingkat efisiensi biaya *stroke*. Studi atau perhitungan *cost of illness* ini dilakukan pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang di atas dapat dirumuskan permasalahan yang diangkat adalah Bagaimanakah gambaran perhitungan *cost of illness* (COI) pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk memberikan gambaran tentang perhitungan *cost of illness* (COI) pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dari penelitian ini, antara lain:

- a. Mengidentifikasi karakteristik responden pasien *stroke* meliputi jenis kelamin, umur, pekerjaan, pendapatan, dan umur mulai sakit.
- b. Menghitung biaya langsung (*direct cost*) yang dikeluarkan oleh pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
- c. Menghitung biaya tidak langsung (*indirect cost*) yang dikeluarkan oleh pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.
- d. Menghitung total beban biaya sakit atau *cost of illness* (COI) yang dikeluarkan oleh pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

Secara teoritis hasil penelitian ini diharapkan dapat mengembangkan khasanah ilmu pengetahuan tentang ekonomi kesehatan terutama mengenai gambaran perhitungan *cost of illness* (COI) pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

1.4.2 Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai penerapan ilmu dan pengetahuan wawasan dalam bidang kesehatan masyarakat, khususnya mengenai ekonomi kesehatan. Selain itu juga sebagai penambah wawasan mengenai perhitungan *cost of illness* (COI) pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

b. Bagi RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai bahan advokasi kepada pembuat kebijakan terutama mengenai pembiayaan penyakit *stroke* di era JKN (Jaminan Kesehatan Nasional).

c. Bagi Dinas Kesehatan Kota Probolinggo

Hasil penelitian ini dapat dijadikan sebagai pertimbangan dalam merencanakan program preventif dan promotif untuk penyakit *stroke* di Kota Probolinggo. Selain itu, hasil penelitian dapat dijadikan bahan advokasi bagi pembuat kebijakan.

d. Bagi Fakultas Kesehatan Masyarakat

Hasil penelitian ini dapat dijadikan tambahan literatur yang memuat informasi mengenai perhitungan *cost of illness* (COI) pada pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo serta dapat dijadikan referensi bagi pihak yang akan melakukan penelitian lebih lanjut.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Dalam Undang-undang No.36 Tahun 2009 tentang Kesehatan disebutkan bahwa setiap orang mempunyai hak yang sama dalam memperoleh akses atas sumber daya di bidang kesehatan dan memperoleh pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Mengacu pada aturan tersebut, untuk mewujudkan hak-hak masyarakat Indonesia tersebut, maka dilaksanakanlah Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) bagi kesehatan perorangan oleh pemerintah sebagai penanggung jawab program tersebut. Sebaliknya, masyarakat Indonesia juga memiliki kewajiban untuk turut serta dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Sebagai upaya perwujudan komitmen dan konstitusi mengenai JKN tersebut, pada tahun 2004, dikeluarkanlah Undang-Undang No. 40 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). UU No. 40/2004 ini mengamanatkan bahwa jaminan sosial wajib bagi seluruh penduduk termasuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) melalui suatu Badan Penyelenggara Janinan Sosial (BPJS) (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013b: 9-10).

2.1.1 Definisi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Berdasarkan Undang-Undang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) No. 40 Tahun 2004 menyebutkan bahwa Asuransi Sosial merupakan mekanisme pengumpulan iuran yang bersifat wajib dari peserta, guna memberikan perlindungan kepada peserta atas risiko sosial ekonomi yang menimpa mereka dan atau anggota keluarganya. Sementara itu Sisem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) adalah tata cara penyelenggaraan pogram Jaminan Sosial oleh Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. Dalam hal ini Jaminan Sosial adalah bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak.

Dengan demikian maka dapat diambil pengertian bahwa Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia ini merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Selanjutnya SJSN ini diselenggarakan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial dengan kepesertaannya berdasarkan UU No. 40/2004 yakni bersifat wajib untuk seluruh masyarakat Indonesia. Tujuannya adalah untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang layak bagi setiap masyarakat Indonesia melalui adanya sistem asuransi kesehatan (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013b: 16).

2.1.2 Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, dikatakan bahwa kepesertaan Jaminan Kesehatan bersifat wajib dan dilakukan secara bertahap sehingga mencakup seluruh penduduk. Yang dimaksud peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran. Peserta tersebut meliputi antara lain, Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN dan bukan PBI JKN dengan rincian sebagai berikut:

- a. Peserta PBI jaminan Kesehatan meliputi orang yang tergolong fakir miskin dan orang yang tidak mampu
- b. Peserta bukan PBI yaitu peserta yang tidak termasuk dalam kategori fakir miskin maupun orang yang tidak mampu. Peserta bukan PBI ini terdiri dari:
 - 1) Pekerja Penerima Upah (PPU) dan anggota keluarganya. Yang termasuk pada kategori PPU antara lain Pegawai Negeri Sipil; Anggota Polri; Anggota TNI; Pejabat Negara; Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri; Pegawai Swasta; dan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf f yang menerima Upah.

- 2) Pekerja Bukan Penerima Upah PBPU dan anggota keluarganya. Yang termasuk pada antara lain Pekerja di luar hubungan kerja atau Pekerja mandiri dan Pekerja yang tidak termasuk huruf a yang bukan penerima Upah. Serta pekerja sebagaimana dimaksud huruf a dan huruf b, termasuk warga negara asing yang bekerja di Indonesia paling singkat 6 (enam) bulan.
- 3) Bukan Pekerja dan anggota keluarganya. Yang termasuk pada kategori bukan pekerja antara lain Investor; Pemberi Kerja; Penerima Pensiun; Veteran; Perintis Kemerdekaan; dan Bukan Pekerja yang tidak termasuk huruf a sampai dengan huruf e yang mampu membayar Iuran.
- 4) Penerima pensiun. Penerima pensiun ini kemudian disebutkan lebih lanjut terdiri dari Pegawai Negeri Sipil yang berhenti dengan hak pensiun; Anggota TNI dan Anggota Polri yang berhenti dengan hak pensiun; Pejabat Negara yang berhenti dengan hak pensiun; Penerima Pensiun selain huruf a, huruf b, dan huruf c; dan Janda, duda, atau anak yatim piatu dari penerima pensiun sebagaimana dimaksud pada huruf a sampai dengan huruf d yang mendapat hak pensiun.

2.1.3 Manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Perpres Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Keua Atas Perpres Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional disebutkan bahwa manfaat memiliki arti sebagai faedah jaminan yang didapatkan olehpeserta termasuk anggota keluarganya dan menjadi hak mereka. Tiap-tiap peserta berhak memperoleh seluruh manfaat jaminan kesehatan yakni pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif juga termasuk pelayanan terkait kebutuhan medis yang diperlukan peserta yang terdiri dari obat-obtan maupun bahan medis habis pakai. Berdasarkan PMK Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional, manfaat jaminan kesehatan sebagaimana dimaksud

terdiri atas manfaat medis dan manfaat non medis. Manfaat medis tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkan. Manfaat non medis meliputi manfaat akomodasi dan ambulans.

Manfaat pelayanan promotif dan preventif yang didapatkan oleh peserta JKN meliputi pemberian pelayanan:

a. Penyuluhan kesehatan perorangan

Penyuluhan kesehatan perorangan meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor risiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.

b. Imunisasi dasar

Pelayanan imunisasi dasar meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan Hepatitis-B (DPT-HB), Polio, dan Campak.

c. Keluarga berencana dan skrining kesehatan

Pelayanan keluarga berencana yang dijamin meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana. Sementara itu, pelayanan skrining kesehatan diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi risiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

Selain itu, berikut merupakan pelayanan kesehatan yang dijamin untuk peserta JKN meliputi:

a. Pelayanan kesehatan tingkat pertama, yaitu pelayanan kesehatan non spesialis. Pelayanan kesehatan tingkat pertama ini terdiri dari administrasi pelayanan, pelayanan promotif dan preventif, pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis, tindakan medis non spesialis, baik operatif maupun non operatif, pelayanan obat dan bahan medis habis pakai, transfusi darah sesuai dengan kebutuhan medis, pemeriksaan penunjang diagnostik laboratorium tingkat pertama dan rawat inap tingkat pertama sesuai dengan indikasi.

- b. Pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan yang secara garis besar dibagi menjadi pelayanan kesehatan rawat jalan dan pelayanan kesehatan rawat inap. Pelayanan kesehatan rawat jalan terdiri dari administrasi pelayanan; Pemeriksaan, pengobatan dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis; Tindakan medis spesialisik sesuai dengan indikasi medis; Pelayanan obat dan bahan medis habis pakai; Pelayanan alat kesehatan implant; Pelayanan penunjang diagnostik lanjutan sesuai dengan indikasi medis; Rehabilitasi medis; Pelayanan darah; Pelayanan kedokteran forensik ; Pelayanan jenazah di fasilitas kesehatan.; Rawat inap yang meliputi: Perawatan inap non intensif; Perawatan inap di ruang intensif; dan Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri. Sedangkan pelayanan kesehatan rawat inap yang terdiri dari perawatan inap non intensif; Perawatan inap di ruang intensif; dan Pelayanan kesehatan lain ditetapkan oleh Menteri.

2.2 Rumah Sakit

2.2.1 Pengertian Rumah Sakit

Berdasarkan jenis usahanya, rumah sakit merupakan suatu sarana di bidang kesehatan yang berfungsi meningkatkan derajat kesehatan masyarakat melalui suatu pelayanan medis maupun pelayanan non medis. *World Health Organization* (WHO) memberikan definisi; “Rumah Sakit adalah bagian integral dari satu organisasi sosial dan kesehatan dengan fungsi menyediakan pelayanan kesehatan paripurna, kuratif, dan preventif kepada masyarakat, serta pelayanan rawat jalan yang diberikannya guna menjangkau keluarga di rumah. Rumah sakit juga merupakan pusat pendidikan dan latihan tenaga kesehatan serta pusat penelitian bio-medik” (Armen dan Azwar, 2013: 35). Selain itu rumah sakit juga diartikan sebagai sebuah institusi yang menyediakan pelayanan kesehatan berupa rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat untuk mencapai kesehatan perorangan dengan sebaik-baiknya (Undang- Undang Republik Indonesia Nomor 44 tahun 2009).

Kesimpulan yang dapat ditarik dari definisi di atas adalah bahwa rumah sakit merupakan institusi penyelenggara pelayanan kesehatan yang mempunyai fungsi memberikan pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis, juga sebagai tempat penelitian dan pengembangan ilmu teknologi di bidang kesehatan dan tujuan didirikannya rumah sakit adalah untuk meningkatkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan. Sebagai institusi penyelenggara pelayanan kesehatan rumah sakit dituntut untuk memberikan pelayanan dengan kualitas mutu yang baik dan adil bagi masyarakat. Hal ini menjadi dorongan kepada seluruh pihak yang menjadi bagian dari rumah sakit baik tenaga medis maupun tenaga non medis agar dapat memberikan pelayanan semaksimal mungkin pada pasien.

Menurut Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang rumah sakit disebutkan bahwa sebagai penyelenggara pelayanan kesehatan yang paripurna, rumah sakit memiliki fungsi antara lain:

- a. sebagai penyelenggara pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit;
- b. berfungsi untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai dengan kebutuhan medis;
- c. berfungsi untuk menyelenggarakan pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia dalam rangka peningkatan kemampuan dalam pemberian pelayanan kesehatan; dan
- d. menyelenggarakan penelitian dan pengembangan serta penapisan teknologi bidang kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika ilmu pengetahuan bidang kesehatan.

Rumah sakit juga berperan sebagai Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Menurut Permenkes RI Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar tarif Pelayanan kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa FKRTL adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi

rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan dan rawat inap di ruang perawatan khusus. Pada era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) ini, rumah sakit dapat bekerja sama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) untuk meningkatkan keterjangkauan akses layanan kepada masyarakat. Selain itu dalam penyelenggaraan program JKN ini penentuan standar tarif pelayanan rumah sakit didasarkan pada tarif INA-CBG. Pada era JKN saat ini, rumah sakit harus terus berupaya dalam meningkatkan kualitasnya agar terus dapat bersaing dengan rumah sakit lainnya dalam memberikan mutu pelayanan terbaik, hal ini sangat penting dilakukan

2.2.2 Pelayanan Rawat Darurat

Pelayanan rawat darurat merupakan pelayanan kedaruratan medik yang harus diberikan secepatnya untuk mencegah/menanggulangi risiko kematian atau cacat (Kepmenkes RI Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003 tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit). Setiap rumah sakit diwajibkan memiliki pelayanan rawat darurat dengan kemampuan sebagai berikut (Kepmenkes RI Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 tentang Sandar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit):

- a. Melaksanakan pemeriksaan awal pada kasus-kasus gawat darurat
- b. Melaksanakan upaya *life saving* melalui resusitasi dan stabilisasi
- c. Melaksanakan pelayanan selama 7x24 jam dalam seminggu
- d. Pelayanan rawat darurat di rumah sakit diseragamkan dengan nama Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- e. Tidak diperkenankan rumah sakit untuk meminta uang muka pada saat menangani kasus gawat darurat
- f. Penanganan pasien gawat darurat paling lambat adalah 5 (lima) menit setelah pasien sampai di Instalasi Gawat Darurat (IGD)
- g. Organisasi Instalasi Gawat Darurat (IGD) didasarkan pada organisasi multidisiplin, multiprofesi dan terintegrasi, dengan struktur organisasi fungsional yang terdiri dari unsur pimpinan dan unsur pelaksana, yang

bertanggung jawab dalam pelaksanaan pelayanan terhadap pasien gawat darurat di Instalasi Gawat Darurat (IGD), dengan wewenang penuh yang dipimpin oleh dokter.

- h. Pelayanan gawat darurat pada masing-masing rumah sakit wajib menyesuaikan dengan klasifikasi minimalnya.

Pada Rumah Sakit Kelas B

2.2.3 Pelayanan Rawat Jalan

Pelayanan rawat jalan memiliki pengertian sebagai pelayanan pasien yang diberikan untuk keperluan observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya yang dilakukan kepada pasien tanpa melakukan aktivitas menginap di rumah sakit (Kepmenkes RI Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003 tentang Pola Tarif Perjan Rumah Sakit). Pelayanan rawat jalan ini mencakup pengobatan medis praktek swasta perorangan, praktek bersama, klinik-klinik, pusat pelayanan medis swasta maupun pemerintah termasuk rumah sakit.

Instalasi rawat jalan bukanlah suatu unit pelayanan rumah sakit yang dapat bekerja sendiri, melainkan mempunyai kaitan dengan sangat erat dengan instalasi lain di rumah sakit agar dapat memberikan pelayanan kepada pasien dengan baik. Instalasi atau bagian lain yang mempunyai kaitan erat dengan rawat jalan, antara lain unit rekam medis, staf medis fungsional, laboratorium, pemeliharaan sarana rumah sakit, radiologi, logistik, farmasi, dan keuangan.

Berdasarkan Permenkes RI Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit disebutkan bahwa pelayanan rawat jalan dibedakan atas pelayanan rawat jalan reguler dan pelayanan rawat jalan non reguler. Pelayanan Rawat Jalan Reguler adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik, dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana sesuai standar. Sedangkan pelayanan Rawat Jalan Non Reguler adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis,

pengobatan, rehabilitasi medik dan pelayanan kesehatan lainnya tanpa menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar. Sementara itu pada Permenkes RI Nomor 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit, Pelayanan rawat jalan non reguler ini disebutkan dengan nama lain yaitu pelayanan rawat jalan eksekutif. Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif adalah pemberian pelayanan kesehatan rawat jalan nonreguler di rumah sakit yang diselenggarakan melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di Rumah Sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar.

2.2.4 Pelayanan Rawat Inap

Pengertian rawat inap berdasarkan Kepmenkes No. 560 tahun 2003 Pelayanan rawat inap adalah pelayanan pasien untuk observasi, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi medik dan atau upaya pelayanan kesehatan lainnya dengan menginap di rumah sakit. Rawat inap juga di artikan sebagai pemeliharaan kesehatan di Rumah sakit dengan adanya penderita yang tinggal/mondok sedikitnya satu hari berdasarkan rujukan dari pelaksana pelayanan kesehatan atau rumah sakit pelaksana pelayanan kesehatan lain. Rawat inap merupakan pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, kepaerawatan, rehabilitasi medik dengan menginap di ruang rawat inap pada sarana kesehatan rumah sakit pemerintah dan swasta serta puskesmas perawatan dan rumah bersalin yang oleh karena penyakitnya penderita harus menginap. Rawat inap yang meliputi : a) Perawatan inap non intensif b) Perawatan inap di ruang intensif c) Pelayanan kesehatan lain yang ditetapkan oleh Menteri

Peserta BPJS dapat menjalani rawat inap di rumah sakit yang telah bekerjasama dengan bpjs setelah mendapat rujukan dari faskes 1. Ruang perawatan (rawat inap) disesuaikan dengan kelas kepesertaan yang dipilih, karena ruang rawat inap kelas 1, kelas 2, dan kelas 3 itu berbeda. Persyaratan kelengkapan berkas pasien rawat inap yang dibutuhkan untuk pengajuan klaim

JKN yaitu, 1) Fotocopy kartu BPJS (jika belum jadi diganti dengan persyaratan pasien askes, jamsostek, jamkesmas, dinas); 2) Surat Elegibilitas Peserta (SEP); 3) Form pengendali BPJS; 4) Surat perintah rawat inap; 5) Fotocopy resume medis (untuk rawat inap yang ditanda tangani oleh dokter penanggung jawab pasien); 6) Fotocopy laporan operasi dan anesthesia (jika ada tindakan operasi); 7) Resep alat kesehatan (di luar prosedur operasi); 8) *Billing system* atau perincian tagihan manual rumah sakit; 9) Berkas pendukung lain yang diperlukan meliputi (perincian biaya laborat, rontgen, EKG, obat); dan 10) Surat rujukan PPK1, untuk kasus emergency tidak wajib membawa rujukan.

2.3 INA CBG's

2.3.1 Sejarah INA CBG's

Metode pembayaran rumah sakit secara garis besar dapat dibedakan menjadi dua, antara lain metode pembayaran retrospektif dan metode pembayaran prospektif. Menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) disebutkan bahwa metode pembayaran retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasar pada setiap aktifitas layanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan, misalnya seperti sistem pembayaran *Fee For Services* (FFS). Sedangkan metode pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan, misalnya seperti sistem pembayaran *global budget*, perdiem, kapitasi, dan *case based payment*.

Sejak era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sistem pembayaran pada fasilitas kesehatan (faskes) di Indonesia dilakukan dengan metode prospektif. Di Indonesia, metode pembayaran prospektif ini dikenal dengan istilah *casemix* (*case based payment*). Sistem *casemix* merupakan suatu sistem pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri

klinis yang mirip/ sama dan penggunaan sumber daya/ biaya perawatan yang mirip/ sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* di Indonesia pertama kali dikembangkan pada tahun 2006 dengan nama INA-DRG (*Indonesia- Diagnosis Related Group*) dan mulai diterapkan pada tahun 2008 pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas).

Pada tahun 2010 dilakukan perubahan nomenklatur dari INA-DRG (*Indonesia Diagnosis Related Group*) menjadi INA-CBG (*Indonesai Case Based Group*) seiring dengan perubahan *grouper* dari 3M *grouper* ke UNU (*United Nation University*) *grouper*. Sejak saat itu metode pembayaran pada faske dalam program Jamkesmas menggunakan sistem INA-CBG. Sistem ini kemudian dikenal dengan INA-CBG 2013 kemudian mengalami perubahan pada tahun 2014 menjadi INA-CBG 2014 yang digunakan hingga saat ini. Dengan demikian sejak diimplementasikannya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan tiga kali perubahan besaran tarif yang terdiri dari tarif INA-DRG 2008, tarif INA-CBG tahun 2013, dan INA-CBG tahun 2014. Sampai saat ini Tarif INA-CBG mempunyai 1.077 kelompok tarif yang terdiri dari 789 kode grup/ kelompok rawat inap dan 288 kode grup/ kelompok rawat jalan yang menggunakan sistem koding dengan ICD-10 untuk diagnosis serta ICD-9-CM untuk prosedur/tindakan.

2.3.2 Pengertian Tarif INA-CBGs

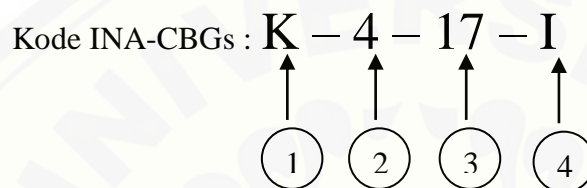
Menurut Permenkes RI Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan disebutkan bahwa tarif *Indonesian- Case Based Groups* yang selanjutnya disebut tarif INA-CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Tarif INA-CBGs ini meliputi:

- a. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D dalam regional 1;
- b. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D dalam regional 2;
- c. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D dalam regional 3;
- d. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D dalam regional 4;
- e. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit kelas A, kelas B, kelas C, dan kelas D dalam regional 5;
- f. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit umum rujukan nasional; dan
- g. tarif pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh rumah sakit khusus rujukan nasional.

Penetapan regional yang telah disebutkan di atas bagi setiap rumah sakit merupakan hasil kesepakatan bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan. Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan berupa klinik utama atau yang setara penentuan tarif INA-CBGs ini dibedakan atas tarif rawat jalan dan tarif rawat inap. Tarif rawat jalan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan berupa Klinik Utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 50% (lima puluh persen) sampai dengan 100% (seratus persen) dari standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D. Sedangkan tarif rawat inap di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan berupa Klinik Utama atau yang setara diberlakukan tarif sebesar 35% (tiga puluh lima persen) sampai dengan 70% (tujuh puluh persen) dari standar Tarif INA-CBG's untuk kelompok rumah sakit kelas D dengan perawatan kelas III.

2.3.3 Struktur Kode INA-CBGs

Menurut Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 tentang petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) dijelaskan bahwa dasar pengelompokan INA-CBGs mengacu pada ICD-10 untuk sistem pengkodean diagnosis akhir pasien dan ICD-9-CM untuk sistem pengkodean tindakan/prosedur yang dilakukan pada pasien sebagai output dari pelayanan kesehatan yang diberikan. Setiap huruf/kelompok dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut:



Gambar 2.1 Struktur Kode INA CBGs (Sumber: PMK No. 7 Tahun 2014)

Keterangan:

- 1 = Digit ke-1 merupakan CMG (*Casemix Main Groups*)
- 2 = Digit ke-2 merupakan tipe kasus
- 3 = Digit ke-3 merupakan spesifik CBG kasus
- 4 = Digit ke-4 berupa angka romawi yang merupakan *severity level* atau tingkat keparahan.

Struktur Kode INA-CBGs terdiri atas :

- a. *Case-Mix Main Groups* (CMGs) merupakan klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A sampai Z). CMGs ini berhubungan dengan sistem organ tubuh. Pemberian label huruf pada CMGs disesuaikan dengan yang ada pada ICD 10 untuk setiap sistem organ. Dalam *UNU grouper* terdapat 30 CMGs yang terdiri dari 22 *Acute Care* CMGs, 2 *Ambulatory* CMGs, 1 *Subacute* CMGs, 1 *Chronic* CMGs, 4 *Special* CMGs dan 1 *0* CMGs. Total CBGs sampai saat ini terdapat sebanyak 1220. Dalam INA-CBGs terdapat 31 CMGs yang dirinci pada tabel 2.1 berikut ini.

Tabel 2.1 Tabel Casemix Main Groups (CMGs)

No.	Case-Mix Main Groups (CMGs)	CMG Codes
1.	Central nervous system Groups	G
2.	Eye and Adnexa Groups	H
3.	Ear, nose, mouth & throat Groups	U
4.	Respiratory system Groups	J
5.	Cardiovascular system Groups	I
6.	Digestive system Groups	K
7.	Hepatobiliary & pancreatic system Groups	B
8.	Musculoskeletal system & connective tissue Groups	M
9.	Skin, subcutaneous tissue & breast Groups	L
10.	Endocrine system, nutrition & metabolism Groups	E
11.	Nephro-urinary System Groups	N
12.	Male reproductive System Groups	V
13.	Female reproductive system Groups	W
14.	Deleiveries Groups	O
15.	Newborns & Neonates Groups	P
16.	Haemopoetic & immune system Groups	D
17.	Myeloproliferative system & neoplasms Groups	C
18.	Infectious & parasitic diseases Groups	A
19.	Mental Health and Behavioral Groups	F
20.	Substance abuse & dependence Groups	T
21.	Injuries, poisonings & toxic effects of drugs Groups	S
22.	Factors influencing health status & other contacts with health services Groups	Z
23.	Ambulatory Groups-Episodic	Q
24.	Ambulatory Groups-Package	QP
25.	Sub-Acute Groups	SA
26.	Special Procedures	YY
27.	Special Drugs	DD
28.	Special Investigations I	II
29.	Special Investigations II	IJ
30.	Special Prosthesis	RR
31.	Chronic Groups	CD
32.	0s CMGs	X

(Sumber: PMK No. 27 Tahun 2014)

- b. Tipe kasus dalam struktur INA-CBGs dikelompokkan sesuai dengan klasifikasi pada tabel 2.2 di bawah ini

Tabel 2.2 *Group* Tipe Kasus dalam INA-CBGs

Tipe Kasus	Group
a. Prosedur Rawat Inap	<i>Group-1</i>
b. Prosedur Besar Rawat Jalan	<i>Group-2</i>
c. Prosedur Signifikan Rawat Jalan	<i>Group-3</i>
d. Rawat Inap Bukan Prosedur	<i>Group-4</i>
e. Rawat Jalan Bukan Prosedur	<i>Group-5</i>
f. Rawat Inap Kebidanan	<i>Group-6</i>
g. Rawat Jalan kebidanan	<i>Group-7</i>
h. Rawat Inap Neonatal	<i>Group-8</i>
i. Rawat Jalan Neonatal	<i>Group-9</i>
j. 0	<i>Group-0</i>

(Sumber: PMK No. 27 Tahun 2014)

- c. Kode CBGs. Sub-group ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.
- d. Severity Level. Sub-group keempat merupakan resource intensity level yang menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi:
- 1) “0” Untuk Rawat jalan
 - 2) “I - Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi)
 - 3) “II - Sedang” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi)
 - 4) “III - Berat” Untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi)

Berikut beberapa contoh dari kode INA-CBGs disertai dengan tarif masing-masing kelas perawatan pada berbagai jenis penyakit *cerebrovascular* yang tertera pada tabel 2.3 di bawah ini.

Tabel 2.3 Tabel Kode dan Tarif INA-CBGs pada Penyakit Cerebrovascular

No.	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
1.	G-4-12-I	Sklerosis Multiple & Ataia Cereblar Ringan	6.318.844	7.582.612	8.846.381

No.	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA- CBG	Tarif Kelas 3	Tarif Kelas 2	Tarif Kelas 1
2.	G-4-12-II	Sklerosis Multiple & Ataia Cereblar Sedang	7.981.120	9.577.344	11.173.568
3.	G-4-12-III	Sklerosis Multiple & Ataia Cereblar Berat	11.591.650	13.909.980	16.228.310
4.	G-4-13-I	Perdarahan Intra Kranial Bukan Traumatik Ringan	3.795.862	4.555.035	5.314.207
5.	G-4-13-II	Perdarahan Intra Kranial Bukan Traumatik Sedang	6.619.132	7.942.959	9.266.785
6.	G-4-13-III	Perdarahan Intra Kranial Bukan Traumatik Berat	7.850.426	9.420.511 1	10.990.596
7.	G-4-14-I	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Dengan <i>Infarctt</i> Ringan	6.439.122	7.726.946	9.014.770
8.	G-4-14-II	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Dengan <i>Infarctt</i> Sedang	8.608.741	10.330.489	12.052.238
9.	G-4-14-III	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Dengan <i>Infarctt</i> Berat	10.804.951	12.965.941	15.126.931
10.	G-4-15-I	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Non Spesifik & Penyumbatan Pre- Cerebral Tanpa <i>Infarctt</i> Ringan	5.261.316	6.313.579	7.365.842
11.	G-4-15-II	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Non Spesifik & Penyumbatan Pre- Cerebral Tanpa <i>Infarctt</i> Sedang	6.279.156 7	7.534.987	8.790.818
12.	G-4-15-III	Kecelakaan Pembuluh Darah Otak Non Spesifik & Penyumbatan Pre- Cerebral Tanpa <i>Infarctt</i> Berat	8.862.478 1	10.634.973	12.407.469
13.	G-4-16-I	Iskemik Transient Ringan	4.337.295	5.204.754	6.072.213
14.	G-4-16-II	Iskemik Transient Sedang	5.758.286	6.909.943	8.061.600
15.	G-4-16-III	Iskemik Transient Berat	11.844.914	14.213.897	16.582.879
16.	G-4-17-I	Gangguan Persarafan Kranial Dan Perifer Ringan	5.776.986	6.932.383	8.087.780
17.	G-4-17-II	Gangguan Persarafan Kranial Dan Perifer Sedang	7.574.845	9.089.814	10.604.783
18.	G-4-17-III	Gangguan Persarafan Kranial Dan Perifer Berat	12.695.951	15.235.142	17.774.332

(Sumber: PMK No. 27 Tahun 2014)

2.4 Pasien

2.4.1 Pengertian Pasien

Berdasarkan Undang-Undang No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran disebutkan bahwa pasien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah kesehatannya untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan baik secara langsung maupun tidak langsung kepada dokter atau dokter gigi. Sementara itu, pada Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit juga dijabarkan pengertian pasien, bahwa pasien pada rumah sakit diartikan sebagai tiap-tiap orang yang memperoleh pelayanan kesehatan yang diperlukan dengan cara melakukan konsultasi masalah kesehatannya baik secara langsung maupun tidak langsung di Rumah Sakit.

Pasien juga diartikan sebagai konsumen rumah sakit. Berdasarkan Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen dijabarkan bahwa konsumen adalah setiap orang pemakai barang dan/atau jasa yang tersedia dalam masyarakat, baik bagi kepentingan diri sendiri, keluarga, orang lain maupun makhluk hidup lain dan tidak untuk diperdagangkan. Dalam hal ini pasien merupakan pemakai jasa pelayanan kesehatan atau sebagai konsumen pelayanan kesehatan. Selanjutnya, setiap pelayanan yang telah diterima oleh pasien akan menjadi kewajiban pasien tersebut terhadap rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya.

2.4.2 Metode Pasien Membayar Jasa Pelayanan Kesehatan

Berdasarkan Undang-Undang No. 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit disebutkan bahwa setiap pasien memiliki kewajiban terhadap rumah sakit atas pelayanan yang diterimanya. Kewajiban ini kemudian dijabarkan lebih lanjut dalam Permenkes Nomor 69 Tahun 2014 tentang Kewajiban Rumah Sakit dan Kewajiban Pasien. Salah satu kewajiban pasien yang disebutkan adalah wajib memberikan imbalan jasa atas setiap pelayanan kesehatan yang telah diterima pasien. Imbalan Jasa merupakan pembayaran atas pelayanan kesehatan yang mencakup atas konsultasi, pemeriksaan medis, tindakan medis dan pelayanan lan

yang diterima, yang didasarkan atas itikad baik pasien sesuai dengan jasa yang diterima.

Menurut Wonderling *et al.* (2005) dalam (Heryana, 2016b: 7) aliran dana pelayanan kesehatan dari pihak rumah tangga atau pasien disampaikan atau dibayarkan kepada pihak *provider* atau penyedia pelayanan kesehatan melalui dua cara yaitu pembayaran *out of pocket* (OOP) dan melalui perantara keuangan atau *third party payment*. OOP merupakan bentuk pembayaran yang dilakukan oleh pasien kepada *provider* kesehatan dengan cara paling sederhana dan cepat. pada pembayaran OOP ini akses pasien terhadap pelayanan kesehatan sangat dipengaruhi oleh *ability to pay* (ATP). *Ability to pay* (ATP) ini merupakan kemampuan seseorang untuk membayar jasa pelayanan yang telah diterimanya berdasarkan penghasilan yang dianggap ideal (Lestari, 2016: 4). Ada beberapa jenis dari pembayaran OOP antara lain, *co-payment/ user fees, Unofficial fees, dan Service not covered by insurance*.

Seentara itu *third party payment* merupakan pembayaran yang dilakukan oleh pihak ketiga atau dengan kata lain menggunakan perantara keuangan. Pihak ketiga ini dapat berupa pemerintah atau perusahaan asuransi. Pihak ketiga terlibat dalam transaksi pembayaran antara pasien dengan *provider* atau penyedia pelayanan kesehatan. Dengan adanya *third party payment* ini meminimalisir adanya pembayaran secara OOP. Sistem pembayaran dengan *third party payment* ini sedang marak dilakukan di Indonesia sejak era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

2.5 *Stroke*

2.5.1 Definisi *Stroke*

Stroke atau penyakit serebrovaskular diartikan sebagai tiap-tiap gangguan neurologis mendadak yang terjadi akibat pembatasan atau terhentinya aliran darah melalui sistem suplai arteri otak. Menurut Ginsberg (2007) *stroke* adalah sindrom yang terdiri dari tanda atau gejala hilangnya fungsi sistem saraf pusat fokal atau

global yang terjadi secara cepat dan mendadak (dalam menit atau pun detik) yang berlangsung lebih dari 24 jam atau menyebabkan kematian. Jadi, *stroke* merupakan gangguan fungsi saraf yang disebabkan oleh gangguan aliran darah pada otak yang dapat timbul secara mendadak dalam beberapa detik atau secara cepat dalam beberapa menit dan jam. Istilah *stroke* biasanya digunakan secara spesifik untuk menjelaskan *infarctt* serebrum. Istilah yang lebih lama dan masih sering digunakan adalah *cerebrovascular accident* (CVA). Namun, istilah ini sulit dipertahankan secara ilmiah karena patologi yang mendasari biasanya sudah ada sejak lama dan/atau mudah diidentifikasi. Karena itu, proses bagaimana berbagai gangguan patologik (misalnya, hipertensi) menyebabkan *stroke* merupakan hal yang dapat diduga, *reproducible*, dan bahkan dapat dimodifikasi. Dengan demikian timbulnya *stroke* sama sekali bukanlah suatu “kecelakaan” atau “*accident*”. Istilah lain yang digunakan dalam usaha penerangan masyarakat adalah serangan otak. Tujuannya adalah mendidik masyarakat bahwa morbiditas dan mortalitas pada *stroke* merupakan hal serius sama seperti serangan jantung, dan intervensi segera apabila hal tersebut terjadi merupakan hal penting. *Stroke* masih merupakan kata yang paling luas digunakan di antara para petugas kesehatan dan masyarakat.

2.5.2 Klasifikasi *Stroke*

Sistem klasifikasi lama biasanya membagi *stroke* menjadi tiga kategori berdasarkan penyebab yaitu *stroke* trombolik, *stroke* hemoragik, dan *stroke* embolik. Kategori ini sering didiagnosis berdasarkan riwayat perkembangan dan evolusi gejala. Dengan teknik-teknik pencitraan yang lebih baru seperti CT scan dan MRI, kita dapat mendiagnosis perdarahan subaraknoid dan intraserebrum dengan tingkat kepastian yang tinggi. Perbedaan antara trombus dan embolus sebagai penyebab suatu *stroke* iskemik masih belum tegas sehingga saat ini keduanya digolongkan ke dalam kelompok yang sama yaitu *stroke* iskemik. Dengan demikian, dua kategori dasar gangguan sirkulasi yang menyebabkan *stroke* adalah iskemia-*infarctt* dan perdarahan intrakranium (hemoragik), yang

masing-masing menyebabkan 80% sampai 85% dan 15% sampai 20% dari semua kasus *stroke*.

a. *Stroke* Iskemik

Sekitar 80% sampai 85% *stroke* adalah *stroke* iskemik, yang terjadi akibat obstruksi atau bekuan di satu atau lebih arteri besar pada sirkulasi serebrum. Obstruksi dapat disebabkan oleh bekuan (trombus) yang terbentuk di dalam suatu pembuluh otak atau pembuluh atau organ distal. Pada trombus vaskular distal, bekuan dapat terlepas, atau mungkin terbentuk di dalam suatu organ seperti jantung, dan kemudian dibawa melalui sistem arteri ke otak sebagai suatu embolus. Terdapat beragam penyebab *stroke* trombotik dan embolik primer, termasuk aterosklerosis, arteritis, keadaan hiperkoagulasi, dan penyakit jantung struktural. Namun menurut Smith *et al.* (2001) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1113), trombosis yang menjadi penyulit aterosklerosis merupakan penyebab pada sebagian besar kasus *stroke* trombotik, dan embolus dari pembuluh besar atau jantung merupakan penyebab tersering *stroke* embolik

Sumbatan aliran di arteria karotis interna sering merupakan penyebab *stroke* pada orang berusia lanjut, yang sering mengalami pembentukan plak aterosklerotik di pembuluh darah sehingga terjadi penyempitan atau stenosis. Pangkal arteria karotis interna (tempat arteria karotis komunis bercabang menjadi arteria karotis interna dan eksterna) merupakan tempat tersering terbentuknya aterosklerosis. Aterosklerosis arteria serebri media atau anterior lebih jarang menjadi tempat pembentukan aterosklerosis. Darah terdorong melalui sistem vaskular oleh gradien tekanan, tetapi pada pembuluh yang menyempit, aliran darah yang lebih cepat melalui lumen yang lebih kecil akan menurunkan gradien tekanan di tempat konstiksi tersebut. Menurut Hademenos (1997) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1113), apabila stenosis mencapai suatu tingkat krisis tertentu, maka meningkatnya turbulensi di sekitar penyumbatan akan menyebabkan penurunan tajam kecepatan aliran. Secara klinis, titik kritis stenosis pada manusia adalah 80% sampai 85% dari luas potongan melintang lumen.

Penyebab lain *stroke* iskemik adalah vasospasme, yang sering merupakan respons vaskular reaktif terhadap perdarahan ke dalam ruang antara lapisan araknoid dan pia meter meningen. Sebagian besar *stroke* iskemik tidak menimbulkan nyeri, karena jaringan otak tidak peka terhadap nyeri. Namun, pembuluh besar di leher dan batang otak memiliki banyak reseptor nyeri, dan cedera pada pembuluh-pembuluh ini saat serangan iskemik dapat menimbulkan nyeri kepala. Dengan demikian, pada pasien dengan *stroke* iskemik disertai gambaran klinis berupa nyeri kepala perlu dilakukan uji-uji diagnostik yang dapat mendeteksi cedera seperti aneurisma disans di pembuluh leher dan batang otak. Terdapat empat subtipe dasar pada *stroke* iskemik berdasarkan penyebab: lakunar, trombosis pembuluh besar dengan aliran pelan, embolik, dan kriptogenik.

1) *Stroke* Lakunar

Infarctt lakunar terjadi karena penyakit pembuluh-halus hipertensif dan menyebabkan sindrom *stroke* yang biasanya muncul dalam beberapa jam atau kadang-kadang lebih lama. Menurut Smith *et al.* (2001) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1114), *infarctt* lakunar merupakan *infarctt* yang terjadi setelah oklusi aterotrombotik atau hialin-lipid salah satu dari cabang-cabang penentrans sirkulus Willis, arteria serebri media, atau arteria vertebralis dan basilaris.

2) *Stroke* Trombotik Pembuluh Besar

Trombosis pembuluh besar dengan aliran lambat adalah subtipe kedua *stroke* iskemik. Sebagian besar dari *stroke* ini terjadi saat tidur, saat pasien relatif mengalami dehidrasi dan dinamika sirkulasi menurun. Gejala dan tanda yang terjadi akibat *stroke* ini bergantung pada lokasi sumbatan dan tingkat aliran kolateral di jaringan otak yang terkena. Trombosis pembuluh otak ini tidak seperti trombosis arteria koronaria yang oklusi pembuluhnya cenderung terjadi mendadak total, trombosis ini cenderung memiliki awian yang bertahap dan bahkan berkembang dalam beberapa hari.

3) *Stroke* Embolik

Stroke embolik diklasifikasikan berdasarkan arteri yang terlibat (misalnya, *stroke* arteria vertebralis) atau asal embolus. Menurut Smith, Hauser, Easton (2000) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1115) trombus mural jantung merupakan sumber tersering: *infarctt* miokardium, fibrilasi atrium, penyakit katup jantung, katup jantung buatan, dan kardiomiopati iskemik. Dari hal-hal ini, fibrilasi atrium sejauh ini merupakan penyebab tersering. Penyebab penting selanjutnya adalah trombo-emboli yang berasal dari arteri, terutama plak ateromatosa di arteria karotis.

4) *Stroke* Kriptogenik

Stroke kriptogenik adalah *stroke* iskemik akibat sumbatan mendadak pembuluh intrakranium besar tetapi tanpa penyebab yang jelas. Walaupun kardioembolisme menimbulkan gambaran klinis yang dramatis dan hampir patognomonik, namun sebagian pasien mengalami oklusi mendadak pembuluh intrakranium besar tanpa penyebab yang jelas. Kelainan ini disebut *stroke* kriptogenik karena sumbernya tersembunyi, bahkan setelah dilakukan pemeriksaan diagnostik dan evaluasi klinis yang ekstensif.

b. *Stroke* Hemoragik

Stroke hemoragik, yang merupakan sekitar 15% sampai 20% dari semua *stroke*, dapat terjadi apabila lesi vaskular intraserebrum mengalami ruptur sehingga terjadi perdarahan ke dalam ruang sub-araknoid atau langsung ke alam jaringan otak. Sebagian dari lesi vaskular yang dapat menyebabkan perdarahan subaraknoid (PSA) adalah aneurisma sarkular (Berry) dan malformasi arteriovena (MAV). Mekanisme lain pada *stroke* hemoragik adalah pemakaian kokain atau amfetamin, karena zat-zat ini dapat menyebabkan hipertensi berat dan perdarahan intraserebrum atau subaraknoid.

Perdarahan dapat dengan cepat menimbulkan gejala neurologik karena tekanan pada struktur-struktur saraf di dalam tengkorak. Iskemia adalah konsekuensi sekunder dari perdarahan baik yang spontan maupun traumatik. Mekanisme terjadinya iskemia tersebut ada dua yakni yang pertama, tekanan pada pembuluh darah akibat ekstrasvasasi darah ke dalam tengkorak yang volumenya

tetap, dan yang kedua melalui terjadinya vasospasme reaktif pembuluh-pembuluh darah yang terpajan ke darah bebas di dalam ruang antara lapisan araknoid dan pia mater meningen. Biasanya *stroke* hemoragik secara cepat menyebabkan kerusakan fungsi otak dan kehilangan kesadaran. Namun, apabila perdarahan berlangsung lambat, pasien kemungkinan besar mengalami nyeri kepala hebat, yang merupakan skenario khas perdarahan subaraknoid (PSA). Tindakan pencegahan utama untuk perdarahan otak adalah mencegah cedera kepala dan mengendalikan tekanan darah.

Perdarahan dapat terjadi di bagian mana saja dari sistem saraf. Secara umum, perdarahan di dalam tengkorak diklasifikasikan berdasarkan lokasi dalam kaitannya dengan jaringan otak dan meningen dan oleh tipe lesi vaskular yang ada. Perdarahan ke dalam lapisan terluar meningen, misalnya perdarahan subdura atau epidura, paling sering berkaitan dengan trauma. Menurut Smith (2001) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1120), tipe-tipe perdarahan yang mendasari *stroke* hemoragik adalah intraserebrum (parenkimatosal, intravertikel, dan PSA. Selain lesi vaskular anatomik, penyebab *stroke* hemoragik adalah hipertensi, gangguan perdarahan, pemberian antikoagulan yang terlalu agresif (terutama pada pasien usia lanjut), dan pemakaian amfetamin dan kokain intranasal.

1) Perdarahan Intraserebrum (Parenkimatosal) Hipertensif

Perdarahan intraserebrum ke dalam jaringan otak (parenkim) paling sering terjadi akibat cedera vaskuler yang dipicu oleh hipertensi dan ruptur salah satu dari banyak arteri kecil yang menembus jauh ke dalam jaringan otak. Menurut Smith (2001) (dalam Price dan Wilson, 2005: 1120). Angka kematian untuk perdarahan intraserebrum hipertensif sangat tinggi, yakni mendekati 50%. Perdarahan yang terjadi di ruang supratentorium (di atas tentorium serebeli) memiliki prognosis baik apabila volume darah sedikit. Namun perdarahan ke dalam ruang infratentorium di daerah pons atau serebelum memiliki prognosis yang jauh lebih buruk karena cepatnya timbul tekanan pada struktur-struktur vital di batang otak.

2) Perdarahan Subaraknoid (PSA)

PSA memiliki dua kausa utama: ruptur suatu aneurisma vaskular dan trauma kepala. Karena perdarahan dapat masif dan ekstrasvasasi darah ke dalam ruang subaraknoid lapisan meningen dapat berlangsung cepat, maka angka kematian sangat tinggi, yakni sekitar 50% pada bulan pertama setelah perdarahan.

2.5.3 Patofisiologi *Stroke*

Gangguan pasokan aliran darah otak dapat terjadi dimana saja di dalam arteri-arteri yang membentuk sirkulus Willis: arteria karotis interna dan sistem vertebrobasilar atau semua cabang-cabangnya. Secara umum, apabila aliran darah ke jaringan otak terputus selama 15 sampai 20 menit, kan terjadi *infarctt* atau kematian jaringan. Perlu diingat bahwa oklusi di suatu arteri tidak selalu menyebabkan *infarctt* di daerah otak yang diperdarahi oleh arteri tersebut. Alasannya adalah bahwa mungkin terdapat sirkulasi kolateral yang memadai ke daerah tersebut. Proses patologik yang mendasari mungkin salah satu dari berbagai proses yang terjadi di dalam pembuluh darah yang mengakibatkan perdarahan pada otak. Patologinya berupa, antara lain:

- a. Keadaan penyakit pada pembuluh itu sendiri, seperti pada aterosklerosis dan trombosis, robeknya dinding pembuluh, atau peradangan;
- b. Berkurangnya perfusi akibat gangguan status aliran darah, misalnya syok atau hiperviskositas darah;
- c. Gangguan aliran darah akibat bekuan atau embolus infeksi yang berasal dari jantung atau pembuluh ekstrakranium; atau
- d. Ruptur vaskular di dalam jaringan otak atau ruang subaraknoid.

2.5.4 Faktor Risiko *Stroke*

Menurut Israr (2008) faktor risiko yang dapat menyebabkan *stroke* dapat dikelompokkan menjadi dua, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi merupakan faktor yang menyebabkan terjadinya suatu penyakit, namun dapat dicegah dengan pemberian intervensi tertentu. Banyak hal yang dapat mempengaruhi faktor risiko ini, terutama perilaku. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi terdiri dari hipertensi, stress, diabetes melitus, penyakit jantung, merokok, dan konsumsi alkohol. Sedangkan faktor yang tidak dapat dimodifikasi adalah faktor risiko yang tidak dapat dirubah walaupun dilakukan intervensi karena termasuk karakteristik seseorang mulai dari awal kehidupannya. Faktor yang tidak dapat dimodifikasi meliputi usia dan jenis kelamin.

a. Faktor resiko yang tidak dapat dimodifikasi

1) Usia

Stroke merupakan suatu penyakit yang dapat terjadi pada semua orang dan pada semua kalanga usia, termasuk anak-anak. Risiko kejadian *stroke* ini akan terus meningkat seiring berjalannya waktu dan bertambahnya usia seseorang dikarenakan organ-organ tubuh manusia mengalami degenerasi. Menurut Nurarif dan Kusuma (2013) menyebutkan bahwa kejadian penderita *stroke* iskemik biasanya berusia lanjut (60 tahun keatas). Sedangkan menurut Pinzon dan Asanti (2010) *stroke* dapat terjadi pada semua usia, namun lebih dari 70% *stroke* terjadi pada usia di atas 65 tahun. Hal ini dapat terjadi dikarenakan adanya perubahan struktur pembuluh darah karena penuaan.

2) Jenis kelamin

Berdasarkan jenis kelamin, disebutkan bahwa risiko *stroke* pada pria memiliki kecenderungan lebih besar pada usia dewasa awal dibandingkan dengan risiko *stroke* pada wanita dengan perbandingan 2:1. Selain itu, insiden *stroke* lebih tinggi terjadi pada laki-laki daripada perempuan dengan rata-rata 25%-30% . Meski pria memiliki risiko lebih tinggi dari wanita pada usia yang lebih muda, tetapi risiko *stroke* pada

wanita ini akan menyusul setelah usia mereka mencapai menopause. Hal ini terjadi kerana pengaruh aktivitas hormon pada wanita. Namun menurut Handayani (2013: 77) disebutkan bahwa pria dan wanita memiliki risiko yang sama untuk terkena serangan *stroke* pada usia dewasa awal (18-40 tahun). Lebih lanjut dijelaskan Pria memiliki risiko terkena *stroke* iskemik atau perdarahan intra sereberal lebih tinggi sekitar 20% dari pada wanita. Namun, wanita juga memilikirisiko perdarahan subaraknoid sekitar 50%. Sehingga baik jenis kelamin laki-laki maupun perempuan memiliki peluang yang sama untuk terkena *stroke* pada usia dewasa awal 18-40 tahun.

b. Faktor resiko yang dapat dimodifikasi

1) Stres

Pada saat stress tubuh cenderung akan memproduksi hormon-hormon tertentu seperti kortisol, epinefrin, adrenaline, dan ketokolamin. Diproduksinya horm-hormon tersebut secara berlebihan akan memberikan efek pada peningkatan tekanan darah dan denyut jantung. Keadaan demikian yang terus-terus berlanjut akan memicu timbulnya plak. Terbentuknya plak ini kemudian akan menghambat dan menghentikan peradarah darha ke bagian otak sehingga suplai darah maupun oksigen ke bagian otak menjadi tidak adekuat.

2) Hipertensi

Hipertensi diartikan sebagai kuantu kedaan dimana terjadi peningkatan tekanan darah yakni pada tekanan darah sistolik di atas 140 mmHg dan tekanan diastolik di atas 90 mmHg. Hipertensi merupakan salah satu faktor risiko dari *stroke*, hal ini dikarenakan peningkatan tekanan darah akan menyebabkan penyempitan hingga pecahnya pembuluh darah. Penyempitan pembuluh darah ini akan mengurangi suplai darah maupun oksigen ke otak dan dapat menyebabkan kematian sel-sel otak. Selain itu pula, hipertensi dapat menyebabkan terjadinya penekanan pada sel endotel atau lapisan dalam dinding arteri yang memicu pembentukan plak pada pembuluh darah, keadaaan demikian

mempercepat terjadinya aterosklerosis. Secara lebih jelas, disebutkan bahwa hipertensi yang terjadi akibat peningkatan tekanan darah di atas normal ini menyebabkan kerusakan pembuluh darah. Kerusakan pembuluh darah ini menyebabkan terkelupasnya endotel yang dapat menyebabkan membran basal bermuatan positif menarik trombosit yang bermuatan negatif sehingga terjadi agregasi trombosit. Keadaan ini kemudian juga ditambah dengan adanya pelepasan trombokinase sehingga menyebabkan gumpalan darah dan apabila pembuluh darah tidak dapat lagi menahan tingginya tekanan darah maka berakibat pecahnya pembuluh darah otak dan terjadilah *stroke*.

3) Diabetes Melitus

Diabetes Mellitus juga merupakan salah satu faktor risiko terjadinya *stroke*. Diabetes mellitus ini ditandai dengan adanya peningkatan kadar glukosa pada darah. Tingginya kadar glukosa dalam darah ini menyebabkan terjadinya pengentalan darah sehingga dapat menghambat aliran darah ke otak.

4) Hiperkolestrolemia

Secara alamiah tubuh kita lewat fungsi hati membentuk kolesterol sekitar 1000 mg setiap hari dari lemak jenuh. Selain itu, tubuh banyak dipenuhi kolesterol jika mengkonsumsi makanan berbasis hewani, kolesterol inilah yang menempel pada permukaan dinding pembuluh darah yang semakin hari semakin menebal dan dapat menyebabkan penyempitan dinding pembuluh darah yang disebut aterosklerosis. Bila di daerah pembuluh darah menuju ke otot jantung terhalang karena penumpukan kolesterol maka akan terjadi serangan jantung. Sementara bila yang tersumbat adalah pembuluh darah pada bagian otak maka sering disebut *stroke* (Burhanuddin *et al.*, 2012).

Kolesterol merupakan zat di dalam aliran darah di mana semakin tinggi kolesterol semakin besar kolesterol tertimbun pada dinding pembuluh darah. Hal ini menyebabkan saluran pembuluh darah menjadi lebih sempit sehingga mengganggu suplai darah ke otak. Hiperkolesterol

akan meningkatkannya LDL (lemak jahat) yang akan mengakibatkan terbentuknya arterosklerosis yang kemudian diikuti dengan penurunan elastisitas pembuluh darah yang akan menghambat aliran darah (Junaidi, 2011)

5) Merokok

Merokok adalah salah satu faktor resiko terbentuknya lesi aterosklerosis yang paling kuat. Nikotin akan menurunkan aliran darah ke ekstermitas dan meningkatkan frekuensi jantung atau tekanan darah dengan menstimulasi sistem saraf simpatis. Merokok dapat menurunkan elastisitas pembuluh darah yang disebabkan oleh kandungan nikotin di rokok dan terganggunya konsentrasi fibrinogen, kondisi ini mempermudah terjadinya penebalan dinding pembuluh darah dan peningkatan kekentalan darah (Priyanto, 2008).

Merokok adalah penyebab nyata kejadian *stroke* yang lebih banyak terjadi pada usia dewasa awal dibandingkan lebih tua. Risiko *stroke* akan menurun setelah berhenti merokok dan terlihat jelas dalam periode 2-4 tahun setelah berhenti merokok. Perlu diketahui bahwa merokok memicu produksi fibrinogen (faktor penggumpal darah) lebih banyak sehingga merangsang timbulnya aterosklerosis (Pinzon dan Asanti, 2010). Arterisklerosis dapat menyebabkan pembuluh darah menyempit dan aliran darah yang lambat karena terjadi viskositas (kekentalan). Sehingga dapat menimbulkan tekanan pembuluh darah atau pembekuan darah pada bagian dimana aliran melambat dan menyempit. Merokok meningkatkan juga oksidasi lemak yang berperan pada perkembangan arterisklerosis dan menurunkan jumlah HDL (kolestrol baik) atau menurunkan kemampuan HDL dalam menyingkirkan kolesterol LDL yang berlebihan (Burhanuddin *et al.*, 2012).

6) Konsumsi Alkohol

Alkohol merupakan faktor resiko untuk *stroke* iskemik dan kemungkinan juga terkena serangan *stroke* hemoragik. Minuman beralkohol dalam waktu 24 jam sebelum serangan *stroke* merupakan

faktor resiko untuk terjadinya perdarahansubarakhnoid. Alkohol merupakan racun untuk otak dan apabila seseorang mengkonsumsi alkohol akan mengakibatkan otak akan berhenti berfungsi (Priyanto, 2008).

2.5.5 Akibat/ Dampak *Stroke*

Akibat stroke ditentukan oleh bagian otak mana yang cedera, tetapi perubahan-perubahan yang terjadi setelah stroke, baik yang mempengaruhi bagian kanan atau kiri otak, pada umumnya adalah sebagai berikut (Sustrani *et al.*, 2004; Indriyani, 2009):

a. Lumpuh

Kelumpuhan sebelah bagian tubuh (*hemiplegia*) adalah cacat yang paling umum akibat *stroke*. Bila stroke menyerang bagian kiri otak, terjadi *hemiplegia* kanan dan begitu sebaliknya. Kelumpuhan ini terjadi mulai dari wajah hingga kaki termasuk tenggorokan dan lidah. Bila dampaknya lebih ringan, biasanya bagian yang terkena dirasa tidak bertenaga (*hemiparises*). Pasien stroke *hemiplegia* atau pun *hemiparises* akan mengalami kesulitan melaksanakan kegiatan sehari-harinya seperti berjalan, berpakaian, makan, atau mengendalikan buang air besar atau kecil.

b. Perubahan mental

Atroke tidak selalu membuat mental penderita menjadi merosot dan beberapa perubahan biasanya bersifat sementara. Setelah stroke memang dapat terjadi gangguan daya pikir, kesadaran, konsentrasi, kemampuan belajar, dan fungsi intelektual lainnya. Semua hal tersebut dengan sendirinya mempengaruhi penderita.

c. Gangguan komunikasi

Seperempat dari semua pasien stroke mengalami gangguan komunikasi, yang berhubungan dengan mendengar, berbicara, membaca, menulis, bahkan bahasa isyarat dengan gerak tangan. Ketidakberdayaan ini sangat membingungkan orang yang merawatnya.

d. Gangguan emosional

Penderita mudah merasa takut, gelisah, marah, dan sedih atas kekurangan fisik dan mental mereka. Perasaan tersebut sebagai taruma psikologis akibat stroke meskipun gangguan emosional dan perubahan kepribadian tersebut bisa disebabkan pengaruh kerusakan otak secara fisik.

e. Kehilangan indera rasa

Cacat sensorik dapat mengganggu kemampuan pasien stroke mengenal benda yang sedang dipegangnya. Dalam kasus yang ekstrem, pasien bahkan tidak mampu mengenali anggota tubuhnya sendiri. Beberapa pasien stroke juga mengalami kondisi yang dinamakan *paresthesia*, yakni gejala nyeri berkepanjangan yang disebabkan adanya kerusakan pada sistem saraf.

f. Epilepsi

Jaringan luka terbentuk di otak setelah stroke dapat mengubah aktivitas listrik dalam otak. Kelumpuhan koordinasi yang tiba-tiba bisa menyebabkan *shock* yang dikenal sebagai epilepsi.

2.6 Cost Of Illness (COI)

2.6.1 Definisi Cost Of Illness (COI)

Studi mengenai *cost of illness* atau biaya-penyakit ini merupakan studi yang mengukur beban ekonomi dari suatu penyakit atau beberapa penyakit dan memperkirakan jumlah maksimum biaya yang berpotensi dapat disimpan atau diperoleh jika suatu penyakit tersebut dapat diberantas. Sejumlah penelitian mengenai *cost of illness* telah dilakukan selama 30 tahun terakhir. Banyak dari studi ini telah berperan dalam pembuatan kebijakan kesehatan masyarakat karena studi ini menyoroti besarnya dampak penyakit pada masyarakat atau bagian dari masyarakat (Rice, 2000: 178). Pengetahuan tentang biaya penyakit dapat membantu pembuat kebijakan untuk memutuskan penyakit mana yang perlu ditangani terlebih dahulu oleh kebijakan kesehatan melalui adanya pencegahan dan perawatan. Selain itu, studi mengenai *cost of illness* ini dapat menunjukkan bahwa jika suatu penyakit dapat disembuhkan maka akan bermanfaat dalam

mengurangi beban penyakit. Untuk pemangku kepentingan atau *stakeholders* tertentu, seperti pemerintah, studi mengenai *cost of illness* ini dapat menunjukkan dampak keuangan penyakit terhadap program atau kebijakan publik, seperti kebijakan terkait *Medicare* dan *Medicaid* (Taylor dan Sloan, 2000). Bagi pengusaha, studi ini dapat menunjukkan penyakit yang mana memiliki efek yang sangat besar pada biayanya. Selain itu, penelitian *cost of illness* ini juga menyediakan informasi penting untuk analisis efektivitas biaya atau *cost-effectiveness analysis* dan biaya-manfaat atau *cost-benefit analysis*. Meski hanya satu bagian analisis biaya, studi mengenai *cost of illness* ini dapat memberikan kerangka untuk membuat analisis perkiraan biaya suatu penyakit (Segel, 2006: 2).

Namun demikian, ada keterbatasan dalam penggunaan studi *cost of illness* ini. Studi mengenai analisis efektivitas biaya dan analisis biaya-manfaat dapat memberikan informasi tambahan yang tidak termasuk dalam studi *cost of illness* yang dapat digunakan untuk menentukan tindakan terbaik sehubungan dengan studi penyakit tersebut (Byford *et al.*, 2000: 1335). Studi *cost of illness* dapat menunjukkan penyakit mana yang mungkin memerlukan peningkatan alokasi sumber daya pencegahan atau perawatan, tetapi studi ini memiliki keterbatasan dalam hal menentukan bagaimana sumber daya akan dialokasikan karena mereka tidak mengukur manfaat. Selain itu, studi-studi *cost of illness* ini menggunakan berbagai metode, yang dapat membatasi perbandingan temuan. Studi dapat bervariasi tergantung pada perspektif, sumber data, dimasukkannya biaya tidak langsung, dan kerangka waktu biaya. Pernyataan yang jelas dari metode penelitian dapat meningkatkan perbandingan biaya. Ketika dilakukan dengan penjelasan yang jelas, studi mengenai *cost of illness* dapat digunakan sebagai alat analitik penting dalam kebijakan kesehatan masyarakat (Segel, 2006: 4).

2.6.2 *Cost*

Sebuah studi *cost of illness* yang komprehensif terdiri dari biaya langsung (*direct cost*) dan tidak langsung (*indirect cost*), meskipun fokus spesifik dari suatu penelitian dapat membuat satu atau yang lain tidak diperlukan. Biaya langsung

mengukur biaya peluang dari sumber daya yang digunakan untuk mengobati penyakit tertentu, sedangkan biaya tidak langsung mengukur nilai sumber daya yang hilang karena penyakit tertentu. Meskipun beberapa penelitian juga memasukkan komponen *intangible cost* dari suatu penyakit yang dideritas, biasanya dalam bentuk ukuran kualitas hidup, kategori biaya ini sering dihilangkan karena kesulitan dalam mengukur secara akurat dalam hal moneter. Pada penelitian yang demikian, maka pada penelitian tersebut harus dicatat atau dicantumkan bahwa *intangible cost* telah dihilangkan atau tidak diteliti.

2.6.3 *Direct Cost*

Menurut Rochmah (2014) *Direct cost* atau biaya langsung merupakan biaya yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh perawatan dan pengobatan terhadap penyakitnya, misal tarif pelayanan biaya obat-obatan (dalam Istiqomah, 2016: 29). Ketika mengukur biaya langsung, pada penelitian *cost of illness* lebih sering mengukur total biaya langsung (yaitu, biaya dari sumber daya yang digunakan) daripada biaya langsung bersih, yakni total biaya langsung yang dikurangi dengan biaya medis di masa depan yang dihindari karena kematian pasien. Biaya medis langsung terdiri dari biaya rawat inap rumah sakit, biaya dokter rawat inap, biaya dokter rawat jalan, biaya rawat jalan darurat, biaya perawatan di rumah perawatan, biaya perawatan rumah sakit, biaya perawatan rehabilitasi, spesialis 'dan perawatan kesehatan profesional lainnya, biaya tes diagnosis atau laboratorium, resep obat dan obat-obatan, dan persediaan medis lainnya (Segel, 2006: 4). Jo (2014: 328) juga menjabarkan bahwa biaya langsung terdiri dari biaya perawatan kesehatan dan biaya perawatan non kesehatan. Biaya perawatan kesehatan didefinisikan sebagai pengeluaran perawatan medis untuk diagnosis, pengobatan, dan rehabilitasi, dll, sedangkan biaya perawatan non kesehatan terkait dengan konsumsi sumber daya non-kesehatan seperti transportasi, pengeluaran rumah tangga, relokasi, properti kerugian, dan kepedulian informal dalam bentuk apa pun. Perkiraan biaya langsung terkait

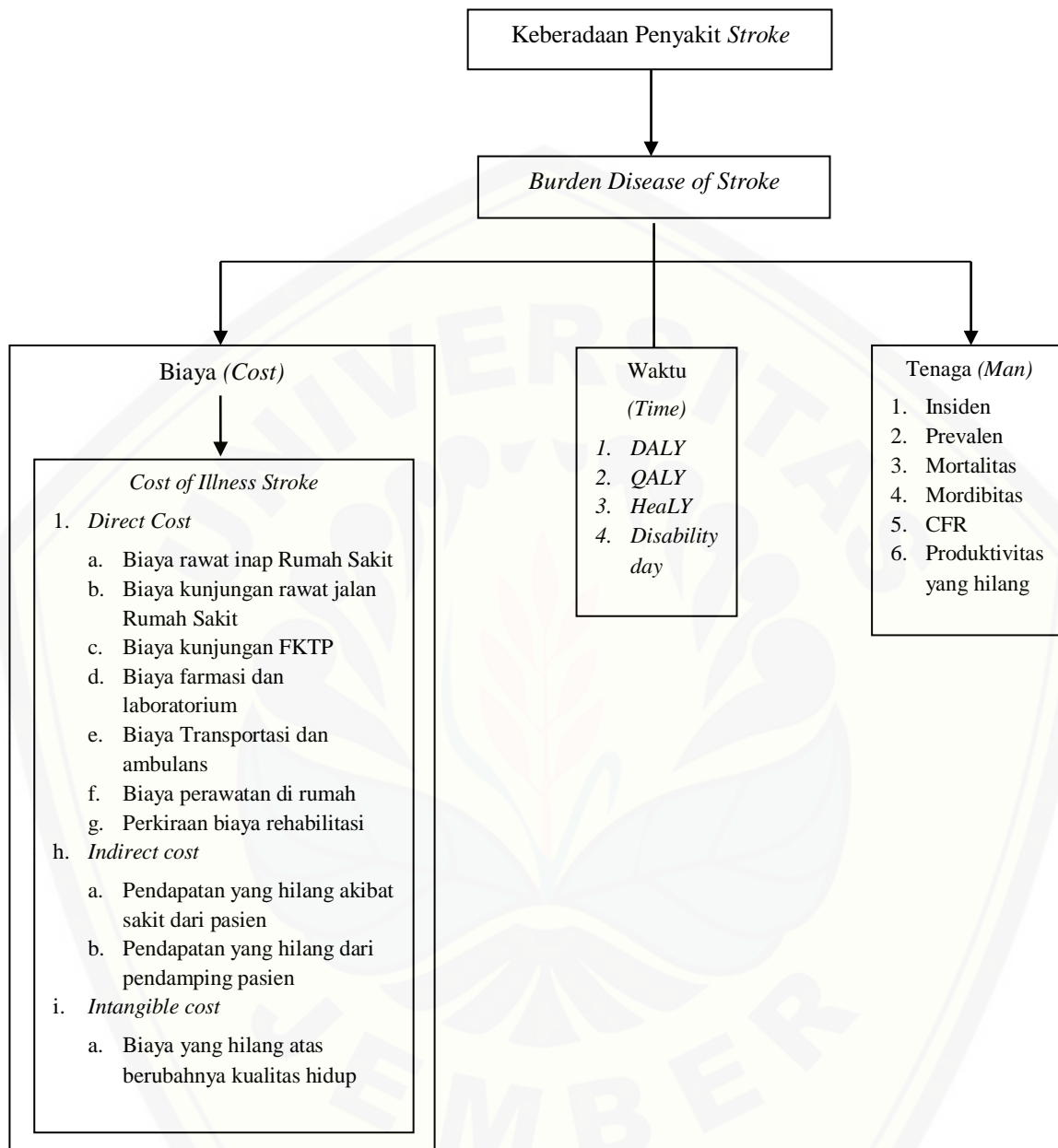
dengan penyakit kronis lebih tinggi daripada yang penyakit akut atau penyakit menular.

2.6.4 *Indirect Cost*

Indirect cost atau biaya tidak langsung merupakan biaya penunjang yang dikeluarkan pasien untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan terhadap penyakit yang dideritanya. Biaya tidak langsung mewakili bagian lain dari perkiraan biaya. Ini termasuk biaya kematian; biaya morbiditas karena ketidakhadiran dan presenteeism; biaya perawatan informal (dalam hal biaya peluang untuk menyewa perawatan luar); dan, untuk beberapa kasus yang relevan seperti penggunaan zat atau kekerasan, kerugian karena kejahatan (misalnya, penahanan, pemolisian, hukum, dan biaya untuk korban kejahatan) (Segel, 2006: 4).

Tidak seperti akuntansi dan sebagian besar disiplin bisnis di mana Biaya 'tidak langsung' menunjukkan kegiatan pendukung dan overhead yang perlu dibagi di antara pengguna, istilah 'tidak langsung' dalam studi COI terkadang mengacu pada kerugian produktivitas karena morbiditas dan mortalitas, yang ditanggung oleh individu, keluarga, masyarakat, atau majikan. Untuk menghindari kebingungan atau kebingungan pembaca mungkin, telah disarankan untuk mengganti istilah dengan 'kerugian produktivitas atau biaya produktivitas'.³ Bahkan, biaya tidak langsung membentuk bagian dari kerugian kesejahteraan sosial akibat penyakit, sementara sisa kesejahteraan kerugian diwakili oleh kerugian dalam waktu sehat yang dihasilkan dari rasa sakit, penderitaan dan kesedihan yang disebabkan oleh penyakit.

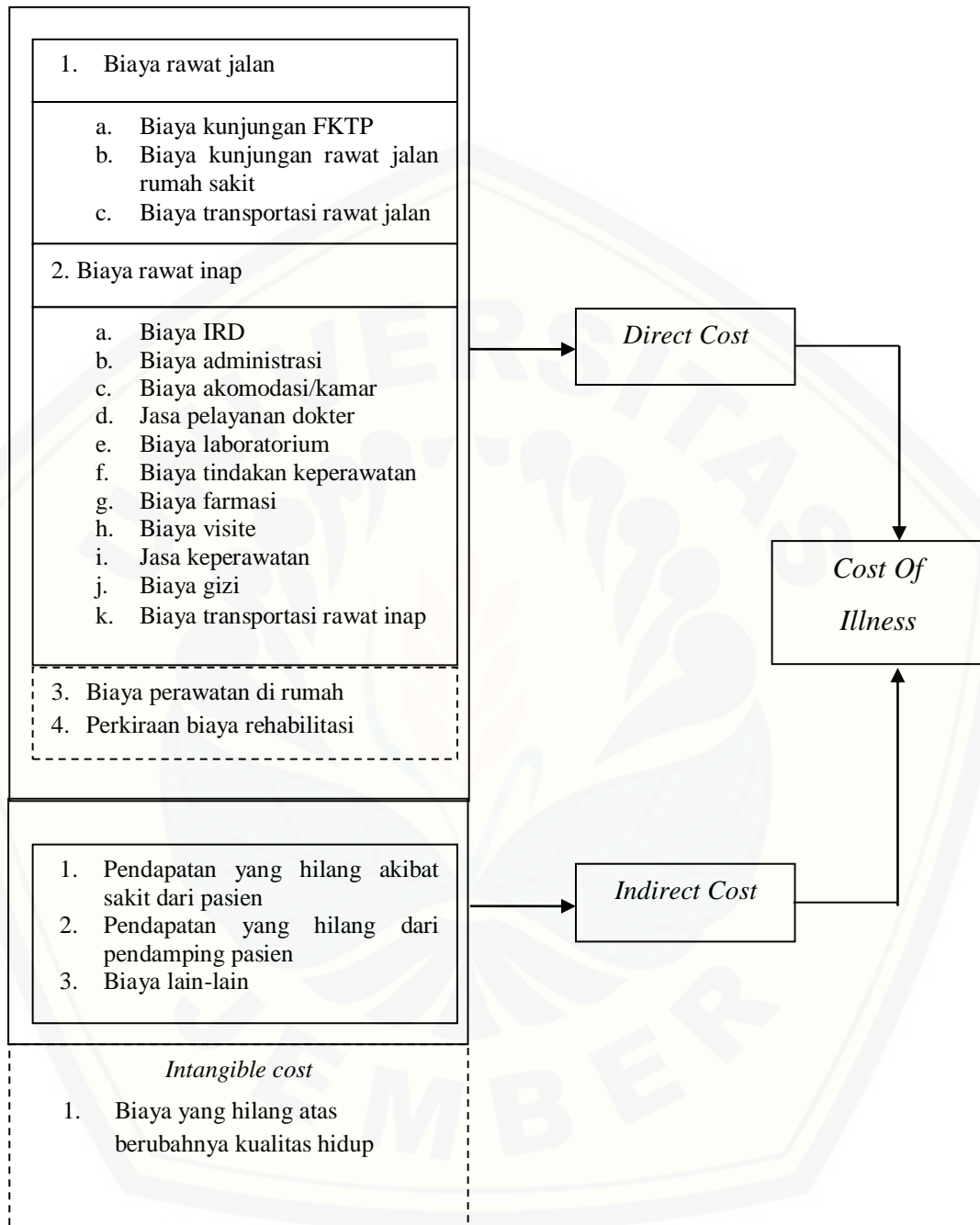
2.7 Kerangka Teori



Gambar 2.2 Kerangka Teori

Kerangka teori di atas merupakan modifikasi teori *burden disease* Kelsey, Petiti & King (1998) dan Truman & Teutchs (1998) dalam Heryana (2016: 1-2) dan teori *cost of illness* Segel (2006:1-5)

2.8 Kerangka Konsep



Keterangan: = Diteliti
 = Tidak Diteliti

Gambar 2.3 Kerangka Konsep

Berdasarkan kerangka konseptual di atas dapat dipahami bahwa terdapat tiga komponen biaya yang dapat diklasifikasikan dalam menghitung *cost of illness* (COI) yaitu, biaya langsung atau *direct cost*, biaya tidak langsung atau *indirect cost*, dan *intangible cost*. Dari ketiga komponen biaya tersebut, komponen *intangible cost* tidak diteliti. *Intangible cost* biasanya diartikan sebagai biaya yang berkaitan dengan perubahan kualitas hidup. Komponen ini tidak diteliti karena sulit untuk mengukur secara akurat perubahan kualitas hidup dalam hal moneter atau biaya. Komponen *cost of illness* (COI) yang diteliti adalah *direct cost* dan *indirect cost*.

Direct cost merupakan semua biaya yang dikeluarkan yang berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien. Pada penelitian ini pasien yang dimaksud adalah pasien *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo. *Direct cost* ini meliputi biaya rawat jalan dan biaya rawat inap. Biaya rawat jalan terdiri dari biaya kunjungan FKTP, biaya kunjungan rawat jalan rumah sakit, dan biaya transportasi rawat jalan. Sedangkan biaya rawat inap terdiri dari biaya IRD, biaya administrasi, biaya akomodasi/kamar, jasa pelayanan dokter, biaya laboratorium, biaya tindakan keperawatan, biaya farmasi, biaya visite, jasa keperawatan, biaya gizi, dan biaya transportasi rawat inap. Sementara itu biaya perawatan di rumah dan perkiraan biaya rehabilitasi tidak diteliti karena penelitian ini hanya menghitung biaya sakit seseorang mulai dari dinyatakan sakit hingga keluar rumah sakit. Seluruh komponen dari *direct cost* tersebut kemudian akan dihitung dan akan menghasilkan *direct cost*. *Direct cost* merupakan perkiraan rata-rata biaya langsung yang dikeluarkan oleh seorang pasien.

Sementara itu *indirect cost* merupakan semua biaya yang dikorbankan selama seseorang sakit namun tidak berhubungan langsung dengan pelayanan kesehatan yang diperoleh. *Indirect cost* ini diperoleh dari perhitungan pendapatan yang hilang akibat sakit dari pasien, pendapatan yang hilang dari pendamping pasien, dan biaya lain-lain. Dari semua komponen *indirect cost* ini kemudian akan dihitung dan menghasilkan *indirect cost*. *Indirect cost* ini merupakan perkiraan rata-rata biaya tidak langsung yang dikorbankan. *Direct cost* dan *Indirect cost*

yang telah diperoleh melalui perhitungan kemudian akan dikalkulasikan kembali untuk menghasilkan satu kesatuan *cost of illness* (COI).



BAB 3. METODE PENELITIAN

3.1 Jenis Penelitian

Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif. Penelitian deskriptif adalah penelitian yang berusaha mendeskripsikan suatu gejala, peristiwa, kejadian yang terjadi saat sekarang. Penelitian deskriptif memusatkan perhatian kepada masalah-masalah aktual sebagaimana adanya pada saat penelitian berlangsung. Melalui penelitian deskriptif, peneliti berusaha mendeskripsikan peristiwa dan kejadian yang menjadi pusat perhatian tanpa memberikan perlakuan khusus terhadap peristiwa tersebut (Departemen Pendidikan Nasional, 2008: 40). Penelitian deskriptif digunakan untuk menganalisis data dengan cara mendeskripsikan atau menggambarkan data yang telah terkumpul sebagaimana adanya tanpa bermaksud membuat kesimpulan yang berlaku untuk umum atau generalisasi (Sugiyono, 2015: 147). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran perhitungan *cost of illness* pada penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo.

3.2 Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo dengan waktu penelitian dari Bulan Agustus-Oktober 2018.

3.3 Populasi dan Sampel Penelitian

3.3.1 Populasi Penelitian

Pada penelitian kuantitatif, populasi diartikan sebagai wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang mempunyai kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015: 80). Dalam penelitian ini, populasi penelitiannya adalah penderita *stroke* yang terdaftar di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota

Probolinggo sebagai peserta BPJS atau keluarga pasien yang mengetahui segala informasi tentang pasien. Adapun kriteria inklusi populasi pada penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. Pasien *stroke* hemoragik dan iskemik
- b. Pasien dengan data rekam medik dan pembiayaan yang lengkap
- c. Pasien yang mengalami serangan *stroke* pertama
- d. Pasien rawat inap kelas tiga

Sedangkan kriteria eksklusi pada penelitian ini adalah pasien *stroke* dengan komorbid penyakit yang tidak ada hubungannya dengan sistem vaskuler meliputi kanker, TBC, dan HIV/AIDS.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel penelitian adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2015: 81). Lebih lanjut juga dijelaskan bahwa sampel penelitian merupakan bagian dari populasi yang menjadi subjek penelitian yang dipilih dengan cara tertentu sehingga dianggap mewakili populasinya (Sastroasmoro dan Ismale, 2004: 90). Sampel pada penelitian ini adalah penderita *stroke* yang terdaftar di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo sebagai peserta BPJS yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi. Jumlah sampel penelitian ini didapatkan dari jumlah seluruh populasi penelitian yang disebut dengan teknik *total population*. *Total population* ini merupakan ukuran sampel yang menunjukkan bahwa peneliti menggunakan seluruh populasi sebagai sampel (Lund Research Ltd, 2012).

3.4 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah suatu cara yang ditempuh dengan pengambilan sampel yang benar-benar sesuai dengan keseluruhan obyek penelitian (Nursalam, 2013). Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah total sampling. Total sampling adalah teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan

populasi (Sugiyono, 2015: 81). Alasan mengambil total sampling karena menurut Sugiyono (2015: 82) jumlah populasi yang kurang dari 100 seluruh populasi dijadikan sampel penelitian semuanya.

3.5 Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

Variabel penelitian didefinisikan sebagai suatu atribut atau sifat atau nilai dari orang, obyek atau kegiatan yang mempunyai variasi tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari sehingga diperoleh informasi tentang hal tersebut, kemudian ditarik kesimpulannya (Sugiyono, 2015: 38). Sedangkan definisi operasional diartikan sebagai uraian tentang batasan variabel yang dimaksud, atau tentang apa yang diukur oleh variabel yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2012: 112). Adapun variabel dan definisi operasional dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

Tabel 3.1 Definisi Operasional

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
1.	Karakteristik Responden			
	a. Jenis Kelamin	Tanda biologis yang teridentifikasi pada responden dan dibawa sejak dilahirkan.	Wawancara dengan kuesioner	Jenis kelamin ditetapkan menjadi dua, yaitu: 1. Laki-laki 2. Perempuan (Kemenkes, 2012)
	b. Usia	Masa hidup responden mulai dari lahir sampai waktu dilakukannya pengumpulan data penelitian dalam bentuk tahun yang dibuktikan dengan kartu identitas diri/ KTP	Wawancara dengan kuesioner	Usia dikategorikan menjadi: 1. Masa balita = 0 – 5 tahun 2. Masa kanak-kanak = 5 – 11 tahun. 3. Masa remaja Awal = 12 – 16 tahun. 4. Masa remaja Akhir = 17 – 25 tahun. 5. Masa dewasa Awal = 26 - 35

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
				tahun. 6. Masa dewasa Akhir = 36 - 45 tahun. 7. Masa Lansia Awal = 46 - 55 tahun. 8. Masa Lansia Akhir = 56 - 65 tahun. 9. Masa Manula = 65 - sampai atas (Depkes RI, 2009)
	c. Pendidikan	Jenjang pendidikan formal yang pernah ditempuh responden diukur melalui pendidikan terakhir	Wawancara dengan kuesioner	Pendidikan dikategorikan menjadi: 1. Rendah: tidak sekolah, tidak tamat SD/ sederajat, tamat SD/ sederajat, tidak tamat SMP/ sederajat atau tamat SMP/ sederajat 2. Menengah: tidak tamat SMTA/ sederajat, tamat SMTA/ sederajat 3. Tinggi: Perguruan Tinggi (tidak tamat Diploma, S1, S2, S3 atau tamat Diploma, S1, S2, S3) (UU No. 20 Tahun 2003)
	d. Jenis Pekerjaan	Jenis kegiatan utama sehari-hari yang dilakukan seseorang dalam memanfaatkan waktunya untuk memperoleh penghasilan	Wawancara dengan kuesioner	Jenis pekerjaan dikategorikan menjadi: 1. Tidak kerja 2. Sekolah 3. TNI/Polri 4. PNS/Pegawai 5. Wiraswasta/layanan jasa/dagang 6. Petani

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
				7. Nelayan 8. Buruh 9. Lainnya (Kuesioner RT RISKESDAS 2010)
	e. Diagnosa Penyakit	Jenis penyakit yang diderita seseorang yang diklasifikasikan berdasarkan sistem klasifikasi ICD-10	Studi Dokumentasi	Diagnosa penyakit dikategorikan menjadi: 1. I60 (I60.0–I60.9) = <i>Subarachnoid haemorrhage</i> 2. I61 (I61.0–I61.9) = <i>Intracerebral haemorrhage</i> 3. I62 (I62.0, I62.1, I62.9) = <i>Other nontraumatic intracranial haemorrhage</i> 4. I63 (I63.0–I63.9) = <i>Cerebral infarction</i> 5. I64 = <i>Stroke, not specified as haemorrhage or infarction</i> 6. I65 (I65.0, I65.1, I65.2, I65.3, I65.8, I65.9) = <i>Occlusion and stenosis of precerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i> 7. I66 (I66.0–I66.4, I66.8, I66.9) = <i>Occlusion and stenosis of cerebral arteries, not resulting in cerebral infarction</i> 8. I67 (I67.0–I67.9) = <i>Other cerebrovascular</i>

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
				<i>diseases</i> 9. I68 (I68.0-I68.2, I68.8) = <i>Cerebrovascular disorders in diseases classified elsewhere</i> 10. I69 (I69.0-I69.4, I69.8) = <i>Sequelae of cerebrovascular disease</i> 11. G45.9 = <i>Transient Ischemic Attack</i>
2.	<i>Direct Cost</i>	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh perawatan dan pengobatan terhadap penyakit <i>stroke</i>	Menjumlahkan semua komponen <i>direct cost</i>	Biaya dalam rupiah
	a. Biaya rawat jalan	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh fasilitas rawat inap di rumah sakit termasuk biaya farmasi dan kebutuhan laboratorium.	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah
	1) Biaya kunjungan FKTP	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk setiap kunjungan rawat jalan di FKTP termasuk biaya farmasi.	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah
	2) Biaya kunjungan rawat jalan Rumah Sakit	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk setiap kunjungan rawat jalan di rumah sakit termasuk biaya farmasi dan kebutuhan laboratorium.	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah
	3) Biaya transportasi rawat jalan	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk keperluan	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
		transportasi dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat jalan		
	b. Biaya rawat inap	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk memperoleh fasilitas rawat inap di rumah sakit termasuk biaya farmasi dan kebutuhan laboratorium.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	1) Biaya IRD	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan rawat darurat yang bergantung pada setiap tindakan yang diterimanya.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	2) Biaya administrasi	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan administrasi rumah sakit.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	3) Biaya akomodasi/kamar	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien atas penggunaan kamar serta pelayanan akomodasi yang telah diterimanya selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	4) Jasa pelayanan dokter	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien sebagai upah atau imbalan yang diberikan kepada dokter sesuai dengan kompetensinya atas tindakan yang	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
		dilakukan kepada seorang pasien di luar pemeriksaan rutin.		
5)	Biaya laboratorium	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan laboratorium yang bergantung pada setiap pemeriksaan yang diterimanya selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
6)	Biaya radiologi	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan radiologi yang bergantung pada setiap pemeriksaan yang diterimanya selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
7)	Biaya tindakan keperawatan	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh tindakan keperawatan yang bergantung pada setiap tindakan yang diterimanya selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
8)	Biaya farmasi	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien atas pelayanan kefarmasian yang diterimanya selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
9)	Biaya visite	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
		memperoleh pelayanan visite pasien atau pemeriksaan rutin selama menjalani perawatan rawat inap.		
	10) Jasa Keperawatan	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien atas pelayanan keperawatan yang diterimanya. yang didasarkan pada pelayanan 24 jam yang diberikan oleh perawat atau didasarkan pada tingkat ketergantungan pasien.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	11) Biaya gizi	Biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk memperoleh pelayanan gizi selama menjalani perawatan rawat inap.	Studi dokumentasi	Biaya dalam rupiah
	12) Biaya transportasi rawat inap	Biaya yang dikeluarkan pasien untuk keperluan transportasi dari rumah ke tempat pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan rawat inap termasuk biaya untuk menyewa ambulans	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah
3.	<i>Indirect cost</i>	Biaya penunjang yang dikeluarkan pasien untuk mendapatkan perawatan dan pengobatan terhadap penyakit <i>stroke</i> dideritanya	Menjumlahkan seluruh komponen <i>indirect cost</i>	Biaya dalam rupiah
	a. Pendapatan yang	Jumlah pendapatan	Wawancara	Biaya dalam rupiah

No	Variabel	Definisi Operasional	Cara Pengukuran	Kriteria Hasil
	hilang akibat sakit dari pasien	yang pasien yang hilang akibat hilangnya produktivitas selama mengalami sakit <i>stroke</i>	dengan kuesioner	
	b. Pendapatan yang hilang dari pendamping pasien	Jumlah pendapatan yang pendamping pasien yang hilang akibat hilangnya produktivitas selama mendampingi pasien saat mengalami sakit <i>stroke</i>	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah
	c. Biaya lain-lain	Biaya-biaya lain yang dikeluarkan selain biaya langsung yang menunjang perawatan dan pengobatan pasien selama menjalani rawat inap.	Wawancara dengan kuesioner	Biaya dalam rupiah

3.6 Data dan Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitian ini adalah data primer dan data sekunder. Data primer merupakan data yang didapat dari sumber utama, individu, atau perseorangan. Biasanya data primer didapatkan melalui angket, wawancara, jajak pendapat, dan lain-lain (Nazir, 2013: 50). Pada penelitian ini, data primer diperoleh melalui wawancara dengan kuesioner kepada penderita *stroke* yang terdaftar di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo sebagai peserta BPJS atau kepada keluarga pasien yang mewakili .

Data sekunder adalah sumber yang tidak langsung memberikan data kepada pengumpul data misalnya lewat orang lain atau lewat dokumen (Sugiyono, 2015: 137). Data sekunder dari penelitian ini didapat dari data rekam medis RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo yang berkaitan dengan gambaran perhitungan *cost of illness* serta data mengenai prevalensi penyakit *stroke* di Kota

Probolinggo. Data sekunder digunakan untuk memberikan gambaran tambahan atau pelengkap untuk diproses lebih lanjut.

3.7 Teknik dan Instrumen Pengumpulan Data

3.7.1 Teknik Pengumpulan Data

Pada proses pengumpulan data, tiap responden dalam penelitian diberi *informed consent* sebagai persetujuan responden untuk dijadikan subjek penelitian. Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini yaitu wawancara. Menurut Nazir (2013: 193-194), wawancara adalah proses memperoleh keterangan untuk tujuan penelitian dengan cara tanya jawab, sambil bertatap muka antara penanya dengan penjawab dengan menggunakan alat yang dinamakan *interview guide* (panduan wawancara). Teknik pengumpulan data ini mendasarkan diri pada laporan tentang diri sendiri atau *self report*, atau setidaknya tidaknya pengetahuan dan atau keyakinan pribadi (Sugiyono, 2011: 139).

3.7.2 Instrumen Pengumpulan Data

Kuesioner merupakan teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara memberi seperangkat pertanyaan atau pernyataan tertulis kepada responden untuk dijawabnya. Kuesioner dapat berupa pertanyaan atau pernyataan tertutup atau terbuka, dapat diberikan kepada responden secara langsung atau dikirim melalui pos atau internet (Sugiyono, 2015: 142). Pada penelitian ini, proses pengumpulan data dilakukan melalui wawancara dengan instrumen berupa kuesioner.

3.8 Teknik Penyajian dan Analisis Data

3.8.1 Teknik Penyajian Data

Setelah dilakukan penelitian, maka selanjutnya dilakukan penyajian data yang bertujuan untuk mempermudah peneliti memberikan informasi hasil

penelitiannya kepada pembaca. Penyajian data diartikan sebagai suatu kegiatan yang dilakukan untuk menggambarkan suatu penelitian melalui pembuatan hasil laporan penelitian yang dapat dipahami dan dianalisis berdasarkan tujuan penelitian yang diinginkan sehingga dapat ditarik kesimpulan. Ada beberapa teknik penyajian data yang dapat dilakukan oleh peneliti. Secara umum, teknik penyajian data dapat dikelompokkan menjadi tiga terdiri dari, penyajian data dalam bentuk teks (*tekstular*), penyajian data dalam bentuk grafis, serta penyajian data dalam bentuk tabel (Notoatmodjo, 2012: 188). Hasil penelitian dan perhitungan *cost of illness* (COI) pada penelitian ini akan disajikan melalui tabel yang kemudian akan ditambahkan teks berupa narasi untuk menjelaskan tabel hasil penelitian tersebut.

Penyajian data dalam penelitian bertujuan untuk mempermudah peneliti dalam menginformasikan hasil penelitian yang sudah dilakukan. Penyajian data merupakan kegiatan yang dilakukan dalam pembuatan laporan hasil penelitian agar laporan dapat dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan yang diinginkan kemudian ditarik kesimpulan sehingga dapat menggambarkan penelitian. Teknik penyajian data penelitian dilakukan melalui berbagai bentuk. Pada umumnya dikelompokkan menjadi tiga, yaitu penyajian data dalam bentuk teks (*tekstular*), penyajian data dalam bentuk tabel, dan penyajian data dalam bentuk grafis (Notoatmodjo, 2012: 188). Pada penelitian ini, hasil penelitian disajikan dalam bentuk tabel dan kemudian akan dijelaskan dalam bentuk teks dengan menggunakan kata-kata berupa narasi.

3.8.2 Analisis Data

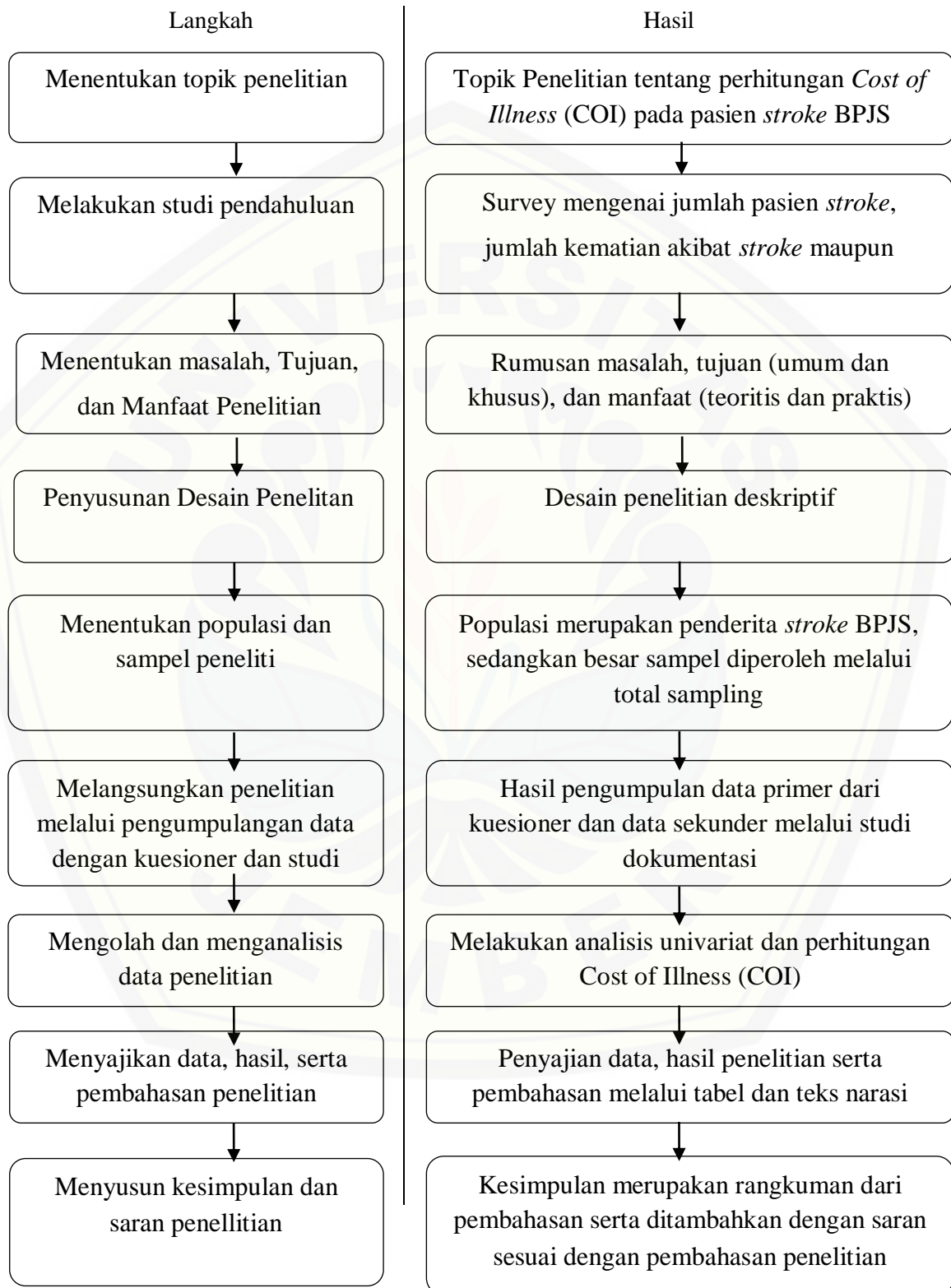
Data yang diperoleh melalui penelitian selanjutnya perlu dianalisis sehingga mampu diolah menjadi suatu informasi yang digunakan untuk memecahkan masalah penelitian. Kegiatan analisis data ini harus dapat menghasilkan informasi yang bermakna atau berarti berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan (Notoatmodjo, 2012: 180). Kegiatan analisis data ini terdiri dari kegiatan pengelompokan.

Analisi data merupakan bagian yang sangat penting dalam metode ilmiah karena analisis data tersebut dapat memberikan arti dan makna yang bermanfaat dalam memecahkan masalah penelitian. Keluaran akhir dari analisis data harus memperoleh makna atau arti dari hasil penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012: 180). Data pada penelitian ini disajikan dalam bentuk deskriptif sebagai hasil dari interpretasi wawancara menggunakan kuesioner yang dijabarkan dalam bentuk uraian dan tabel. Analisis data menggunakan analisis univariat. Salah satu pengamatan yang dilakukan pada tahap analisa deskriptif adalah pengamatan terhadap tabel frekuensi yang terdiri dari kolom-kolom yang memuat frekuensi dan persentase untuk setiap kategori.

Selain itu juga dilakukan perhitungan untuk mendapatkan *direct cost* dan *indirect cost*. *Direct cost* didapatkan dengan mencari-cari rata-rata dari seluruh komponen *direct cost* atau biaya langsung. Sementara itu, *indirect cost* didapatkan dengan mencari rata-rata dari seluruh komponen *indirect cost* atau biaya tidak langsung. Setelah mendapatkan *direct cost* dan *indirect cost* maka selanjutnya dilakukan penjumlahan untuk mendapatkan satu kesatuan *cost of illness*.

3.9 Alur Penelitian

Adapun alur penelitian pada penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 3.1 Alur Penelitian

BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan uraian pada bab sebelumnya, maka diperoleh kesimpulan sebagai berikut:

- a. Penelitian ini dilakukan pada 40 responden pasien penderita *stroke* di RSUD dr. Moh. Saleh. Sebagian besar responden berjenis kelamin perempuan serta memiliki usia pada kelompok umur lansia akhir, mayoritas memiliki tingkat pendidikan tamat SD/ sederajat dan tidak bekerja, serta terdiri dari 4 kelompok diagnosis berdasarkan *ICD-10* yaitu, *cerebral infarction*, *cva infarct due to embolism*, *intracerebral haemorrhage*, dan *transient cerebral ischemic attack*.
- b. Biaya langsung (*direct cost*) pada penelitian ini diidentifikasi dari biaya rawat jalan dan biaya rawat inap. Rata-rata biaya langsung (*direct cost*) penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 8.278.584 dengan rentan nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 2.024.179 – Rp 22.534.479. Komponen terbesar biaya langsung adalah biaya rawat inap. Tindakan keperawatan merupakan komponen terbesar pada biaya rawat inap sehingga semakin banyak tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien maka semakin besar biayanya. Ketidaksesuaian antara pencatatan dan realisasi tindakan yang diberikan dapat menurunkan efisiensi biaya.
- c. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) pada penelitian ini diidentifikasi dari pendapatan yang hilang akibat sakit dari pasien, pendapatan yang hilang dari pendamping pasien dan biaya lain-lain. Dari ketiga komponen biaya tersebut yang merupakan penyusun terbesar biaya tidak langsung adalah biaya lain-lain. Pada biaya lain lain, biaya makan dan minum pendamping serta biaya transportasi pendamping memiliki pengaruh yang besar. Besarnya kedua biaya ini sebanding dengan jumlah pendamping dan pengunjung pasien. Rata-rata biaya tidak langsung (*indirect cost*) penderita

stroke peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 974.383 dengan rentan nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 446.300 – Rp 2.124.200

- d. Total biaya sakit atau *cost of illness* diidentifikasi dari dua jenis biaya yaitu, biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Dari kedua komponen *cost of illness* tersebut 87,7% diantaranya adalah biaya langsung dan sekitar 12,3% diantaranya merupakan biaya tidak langsung. Rata-rata biaya sakit (*cost of illness*) penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh adalah Rp 9.252.967 dengan rentan nilai minimum hingga maksimum sebesar Rp 2.766.979 – Rp 24.242.679

5.2 Saran

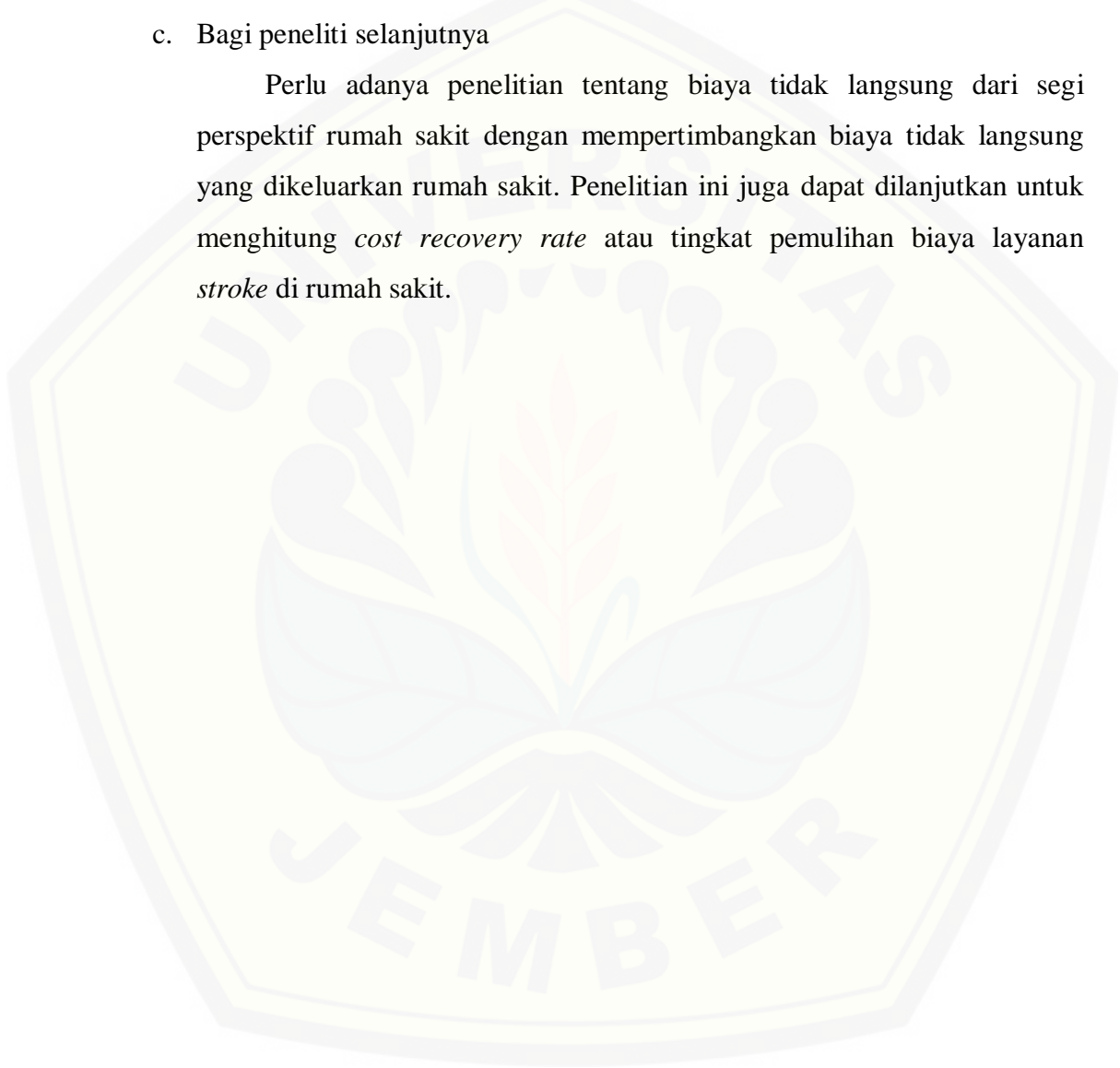
Berdasarkan hasil penelitian perhitungan *cost of illness* pada penderita *stroke* peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo dapat diberikan beberapa saran sebagai masukan, antara lain:

- a. Bagi RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo
 - 1) Meningkatkan kesesuaian pencatatan tindakan keperawatan dengan tindakan keperawatan yang dilakukan. Kegiatan pencatatan tindakan keparawatan ini memiliki pengaruh yang cukup besar pada besarnya biaya sakit. Pencatatan yang kurang baik akan menurunkan efisiensi dan efektivitas pembiayaan.
 - 2) Melakukan tindakan koreksi ulang terkait pencatatan seluruh komponen biaya rawat inap dalam upaya *cost containment* atau pengendalian biaya sehingga dapat meningkatkan efisiensi biaya.
 - 3) Mengimplementasikan *clinical pathway* sebagai bentuk kendali mutu pelayanan serta melakukan monitoring dan evaluasi terhadap implementasinya.
 - 4) Mempertegas pelaksanaan tata tertib terkait kunjungan pasien dengan cara pengadaan kartu identitas pengunjung sehingga mampu membatasi jumlah pendamping maupun pengunjung pasien.

- 5) Melakukan analisis perhitungan *cost recovery rate* atau tingkat pemulihan biaya *stroke*.
- b. Bagi BPJS Kesehatan

Melakukan pertimbangan kembali terkait komponen biaya tidak langsung terhadap perhitungan premi BPJS.
- c. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu adanya penelitian tentang biaya tidak langsung dari segi perspektif rumah sakit dengan mempertimbangkan biaya tidak langsung yang dikeluarkan rumah sakit. Penelitian ini juga dapat dilanjutkan untuk menghitung *cost recovery rate* atau tingkat pemulihan biaya layanan *stroke* di rumah sakit.



DAFTAR PUSTAKA

- Armen, F. dan V. Azwar. 2013. *Dasar-Dasar Manajemen Keuangan Rumah Sakit*. Yogyakarta: Gosyen Publishing.
- Aurelia, A. dan E. Pujiyanti. 2015. *Biaya Satuan dan Pemulihan Biaya (Cost Recovery Rate) Layanan Pasien Acute Coronary Syndrome dengan Rawat Inap di Rumah Sakit X Tahun 2015*. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia Vol.1(3)*: hal. 132-137.
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. 2017. *Pembiayaan Diagnostik PAK dan Pelayanan Penyakit Kronis Pasca Pensiun*. Jakarta: BPJS.
- Budiarto, W. dan M. Sugiharto. 2013. *Biaya Klaim INA CBGs Dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas Di Rumah Sakit Studi Di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan Januari–Maret 2012*. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan Vol. 16(1)*: hal. 58-65.
- Burhanuddin, M., Wahiduddin, dan Jumriani. 2012. *Faktor Risiko Kejadian Stroke pada Dewasa Awal (18-40 Tahun) di Kota Makassar Tahun 2010-2012*. *Jurnal Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin*. Makassar.
- Byford, S., D. J. Torgerson, dan J. Raftery. 2000. *Cost Of Illness Studies*. Birmingham: BMJ.
- Damayanti, T. 2010. *Analisis Biaya Terapi Pasien Stroke Rawat Inap di RSUP Dr. Sardjito Tahun 2007*. Tesis. Program S2 Ilmu Farmasi Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Departemen Pendidikan Nasional. 2008. *Pendekatan, Jenis, Dan Metode Penelitian Pendidikan*. Jakarta: Depdiknas.
- Edwards, J. N., A. Lashbrook, dan S. Silow-Carroll. 2011. *Achieving Efficiency: Lessons from Four Top-Performing Hospitals*. *Commonwealth Fundotion Publication, Vol. 15*: hal. 1528
- Ghani, L. 2009. *Seluk Beluk Menopause*. *Media Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Vol. XIX(4)*: hal. 193-197
- Giaquinto, S., I. Giachetti, C. Spiridigliozzi, dan G. Nolfe. 2010. *Quality Of Life After Stroke In A Rehabilitation Setting*. *Journal of Clinical and Experimental Hypertension Vol. 32(7)*: hal. 426-430.

- Ginsberg, L. 2007. *Lecture Notes: Neurology*. Jakarta: Erlangga.
- Handayani, F. 2013. *Angka Kejadian Serangan Stroke pada Wanita Lebih Rendah Daripada Laki-laki*. *Jurnal Keperawatan Medical Bedah*. Vol 1(1): hal. 75-79.
- Heryana, A. 2016a. *Burden (Beban) Penyakit*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- _____, _____. 2016b. *Pembiayaan Kesehatan (Health Financing)*. Jakarta: Universitas Esa Unggul.
- Hidayat, A.A. 2008. *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia : Aplikasi Konsep dan Proses Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hudayani, M. 2016. *Komparasi Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs dan Analisis Komponen Biaya yang Berpengaruh pada Pasien Stroke Hemoragi Rawat Inap Peserta JKN di Rumah Sakit Kabupaten Pekalongan*. Tesis. Program S2 Ilmu Farmasi Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Indriyani, W.N. 2009. *Deteksi Dini Kolesterol, Hipertensi, dan Stroke*. Jakarta: Millestone.
- Israr, Y. A. 2008. *Stroke*. Pekanbaru: Universitas Riau.
- Istiqomah, A. N. 2016. *Analisis Burden Of Disease Akibat Hipertensi Pada Masyarakat Dengan Status PBI JKN Di Kabupaten Pamekasan*. Skripsi. Program Sarjana Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Airlangga. Surabaya.
- Jo, C. 2014. Cost-of-illness studies: concepts, scopes, and methods. *Clinical and Molecular Hepatology* Vol. 20 , 327-337.
- Junaidi, I. 2011. *Stroke Waspada! Ancamannya*. Yogyakarta: ANDI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2012. *Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan: Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013a. *Riset Kesehatan Dasar: Riskesdas 2013*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2013b. *Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014a. *Info Datin Sistusi Kesehatan Jantung*. Jakarta: Kemenkes RI.

- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2014b, Desember 11. *Kebanyakan Peserta JKN Mandiri Miliki Penyakit Katastropik*. *Depkes.go.id*. Dipetik dari: <http://www.depkes.go.id/pdf.php?id=14122200001>.
- Keputusan Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan Nomor: HK. 02.03/D3/V.6/109/2016 Tahun 2016 *Rencana Aksi Kegiatan Pengendalian Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019 Revisi I*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 560/Menkes/SK/IV/2003 Tahun 2003 *Pola Tarif Perjan Rumah Sakit*. 25 April 2003. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 856/Menkes/SK/IX/2009 Tahun 2009 *Standar Instalasi Gawat Darurat (IGD) Rumah Sakit*. 25 September 2009. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Laksmiarti, T., T. Rachmawati, T. J. Angkasawati, M. S. Pramono, L. Kristiana, N. Izza, dan C.Latifah. 2013. *Riset Kesehatan Dasar Dalam Angka Provinsi Jawa Timur (Riskesdas 2013)*. Jakarta: Lembaga Penelitian Badan Litbangkes.
- Lestari, M. W. 2016. *Analisis Kelayakan Tarif Batik Solo Trans (BST) Ditinjau Dari Ability To Pay (ATP) dan Willingness To Pay (WTP)*. *Skripsi*. Program Sarjana Teknik Sipil Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
- Lund Research Ltd. 2012. *Purposive Sampling*. *dissertation.laerd.com*. Dipetik dari: <http://dissertation.laerd.com/purposive-sampling.php>.
- Nazir, M. 2013. *Metode Penelitian*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Notoatmodjo, S. 2012. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Nurarif, A. H. dan H. Kusuma. 2013. *Aplikasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Diagnosa Medis & NANDA NIC NOC* Jilid 2. Jakarta: EGC.
- Nursalam. 2013. *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Edisi 3*. Jakarta: Selemba Medika.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 *Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional*. 3 Juni 2014. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.

- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 5 Tahun 2017 *Rencana Aksi Nasional Penanggulangan Penyakit Tidak Menular Tahun 2015-2019*. 2 Februari 2017. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. 27 November 2013. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2014 *Kewajiban Rumah Sakit Dan Kewajiban Pasien*. 1 Oktober 2014. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1609. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 *Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. 16 Juni 2014. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 795. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. 12 September 2014. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 1287. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 85 Tahun 2015 *Pola Tarif Nasional Rumah Sakit*. 6 Januari 2016. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 9. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 11 Tahun 2016 *Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif Di Rumah Sakit*. 7 April 2016. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 531. Jakarta.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 19 Tahun 2016 *Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013*. 1 Maret 2016. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 42. Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 71 Tahun 2013 *Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional*. 28 November 2013. Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400. Jakarta.
- Pinzon, R dan Asanti. 2010. *Awas Stroke! Pengertian, Gejala, Tindakan, Perawatan dan Pencegahan*. Yogyakarta: Andi Offset.

- Porter, G. A., P.W.T. Pisters, C. Mansyur, A. Bisanz, K. Reyna, P. Stanford, J.E. Lee, dan D.B. Evans. 2000. Cost and Utilization Impact of a Clinical Pathway for Patients Undergoing Pancreaticoduodenectomy. *Annals of Surgical Oncology*, Vol. 7(7): hal. 484–489.
- Price, S. A. dan L. M. Wilson. 2005. *Patofisiologi: Konsep Klinis, Proses-Proses Penyakit*. Jakarta: EGC.
- Priyanto. 2008. *Farmakoterapi Dasar untuk Mahasiswa Keperawatan dan Farmasi*. Jakarta: Leskonfi.
- Puspandari, D. A. 2015. *Model Estimasi Biaya Obat Pasien Kanker Payudara dan Faktor Penentu di Rumah Sakit di Indonesia*. Disertasi. Program Doktor Fakultas Kedokteran Universitas Gadjah Mada. Yogyakarta.
- Rahayu, E. O. 2016. Perbedaan Risiko Stroke Berdasarkan Faktor Risiko Biologi pada Usia Produktif. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol 4(1): hal. 113-125.
- Rambe, A. S. 2006. Stroke: Sekilas Tentang Definisi, Penyebab, Efek, Dan Faktor Risiko. *Info Kesehatan Masyarakat*, Vol X(2): hal. 195-198.
- Rice, D. P. 2000. Cost of illness studies: what is good about them?. *Journal of Injury Prevention* Vol 6: hal. 177–179.
- Rochmah, T.N. 2014. *Perhitungan Burden of Disease (Beban Ekonomi atas Episode Sakit Kasus Stroke dan Jantung*. Lecture Handout. Universitas Airlangga. Surabaya
- Rozany, F., N. Yuliansyah, dan S. J. Susilo. 2017. Panduan Praktek Klinis dan Clinical Pathway Sebagai Solusi Efisiensi Pembiayaan Diagnosa Hernia Inguinalis, Appendisitis, dan Sectio Caesarea di RSI Gondanglegi. *Jurnal Medicoeticolegal dan Manajemen Rumah Sakit*, Vol 6(2): hal. 122-129.
- Samsudrajat, A. 2011, Juni -. Promosi dan Pencegahan Penyakit Tidak Menular. *Artikel Ilmiah STIKES Kapuas Raya Sintang* , hal. 1.
- Sastroasmoro, S. dan S. Ismael. 2004. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Klinis Edisi Ke-2*. Jakarta: Sagung Seto.
- Segel, J. E. 2006. *Cost-of-Illness Studies - A Primer*. Chapel Hill: RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics.
- Sugiyono. 2015. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung: ALFABETA CV.

- Sulistiyowati, L. S. 2017, Oktober 26. *Kebijakan Dan Strategi Pencegahan Dan Pengendalian Stroke Di Indonesia*. p2ptm.kemkes.go.id. Dipetik dari: http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2017/10/Kebijakan_dan_Strategi_Pencegahan_dan_Pengendalian_Stroke_di_Indonesia_dr_Lily_Sriwahyuni_Sulistiyowati_MM1.pdf
- Syahrul, F. dan A. C. Hidajah. 2009. *Bahan Ajar: Dasar Epidemiologi* Surabaya: Universitas Airlangga.
- Taylor, D. H. dan F. A. Sloan. 2000. How Much Do Persons with Alzheimer's Disease Cost Medicare? *Journal of The American Geriatrics Society* , 639-646.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 8 Tahun 1999 *Perlindungan Konsumen*. 20 April 1999. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 1999 Nomor 42. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 29 Tahun 2004 *Praktik Kedokteran*. 6 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 116. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2009 *Kesehatan*. 13 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144. Jakarta
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 40 Tahun 2004 *Sistem Jaminan Sosial Nasional*. 19 Oktober 2004. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150. Jakarta.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 *Rumah Sakit*. 28 Oktober 2009. Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 153. Jakarta.
- Vera, N. A. B. 2012. *Persepsi Pegawai Terhadap Upaya Cost Containment di Instalasi Farmasi RSUD Pasar Rebo Tahun 2011*. Tesis. Program S2 Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia. Depok.
- Wardhani, Irma Okta dan Sani Martini. 2015. Hubungan antara Karakteristik Pasien *Stroke* dan Dukungan Keluarga dengan Kepatuhan Menjalani Rehabilitasi. *Jurnal Berkala Epidemiologi*, Vol 3 , 24-34.
- World Health Organization. 2015, Januari -. *Indonesia: WHO Statistical Profile*. who.int. Dipetik dari: <http://www.who.int/gho/countries/idn.pdf?ua=1>.

LAMPIRAN

Lampiran A. Lembar Persetujuan

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

Nama :

Alamat :

No. Hp :

Menyatakan bersedia menjadi responden dalam penelitian dari:

Nama : Azizah Munawwarah

NIM : 142110101139

Fakultas : Kesehatan Masyarakat

Judul Penelitian : Gambaran Perhitungan Cost of Illness pada Penderita *stroke*
Peserta BPJS di RSUD dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo

Prosedur penelitian ini tidak akan menimbulkan risiko dan dampak apapun terhadap responden penelitian, karena semata-mata untuk kepentingan ilmiah serta kerahasiaan jawaban kuesioner yang saya berikan dijamin sepenuhnya oleh peneliti. Oleh karena itu, saya bersedia menjadi responden secara sukarela dan tanpa paksaan dari pihak manapun. Dan dengan ini saya juga menyatakan bahwa saya memberikan jawaban-jawaban atas pertanyaan pada kuesioner penelitian berikut secara benar dan jujur.

Probolinggo,.....2018

Responden

(.....)

Lampiran B. Instrumen Penelitian

KUESIONER**GAMBARAN PERHITUNGAN COST OF ILLNESS PADA PENDERITA
STROKE PESERTA BPJS DI RSUD DR. MOHAMAD SALEH KOTA
PROBOLINGGO**

Tanggal Wawancara :

Nomer Kamar Rawat Inap :

I. Identitas Responden

1. Nama :

2. Jenis Kelamin :

 Lakilaki Perempuan

3. Umur :tahun

4. Kode Diagnosa :/.....

5. Pendidikan :

 Tidak sekolah Tidak tamat SD/ sederajat Tamat SD/ sederajat Tidak tamat SMP/ sederajat Tamat SMP/ sederajat Tidak tamat SMA/ sederajat Tamat SMA/ sederajat Tidak tamat Diploma/S1/S2/S3 Tamat Diploma/S1/S2/S3

6. Pekerjaan

 Tidak kerja Sekolah TNI/Polri PNS/Pegawai Wiraswasta/layanan jasa/dagang

- Petani
 Nelayan
 Buruh
 Lainnya,

7. Pendapatan per bulan : Rp.....,-

II. Biaya Langsung

A. Rawat Jalan

Besaran biaya langsung yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan, dengan komponen biaya seperti di bawah ini:

A.1. Kunjungan Rawat Jalan FKTP

No.	Unsur Biaya	Besar Biaya (Rupiah)	Frekuensi
1.	Pemeriksaan rutin/ konsultasi dokter		
2.	Biaya Farmasi		

A.2. Kunjungan Rawat Jalan Rumah Sakit

No.	Unsur Biaya	Besar Biaya (Rupiah)	Frekuensi
1.	Pemeriksaan rutin/ konsultasi dokter		
2.	Biaya Farmasi		
3.	Biaya Laboratorium		

A.3. Biaya pengobatan non medis

No.	Unsur Biaya	Besar Biaya (Rupiah)	Frekuensi
1.	Biaya jasa konsultasi		
2.	Biaya pengobatan non medis		

B. Rawat Inap

Besaran biaya langsung yang dikeluarkan untuk mendapatkan pelayanan rawat jalan, dengan komponen biaya seperti di bawah ini:

Tanggal masuk:.....		Lama hari perawatan:.....hari
Tanggal keluar:.....		
No.	Unsur Biaya	Besar Biaya (Rupiah)
1.	IRD	
2.	Administrasi	
3.	Akomodasi/ Kamar	
4.	Jasa Pelayanan Dokter	
5.	Laboratorium	
6.	Radiologi	
7.	Tindakan Keperawatan	
8.	Farmasi	

9.	Visite	
10.	Jasa Keperawatan	
11.	Gizi	

C. Biaya Transportasi

E.1. Transportasi Rawat Jalan

No.	Rincian	Hasil	Frekuensi
1.	Jenis	1. Mobil	
		2. Sepeda Motor	
		3. Sepeda	
		4. Angkutan Umum	
2.	Jarak rumah - faskeskm	
3.	Jarak rumah – tempat pengobatan (medis/alternatif)km	
4.	Biaya sekali jalan untuk mobil	Rp.....,-	
	Biaya sekali jalan untuk sepeda motor	Rp.....,-	
	Biaya sekali jalan untuk sepeda	Rp.....,-	
	Biaya sekali jalan untuk angkutan umum	Rp.....,-	
5.	Biaya parkir untuk mobil		
	Biaya parkir untuk sepeda motor		
	Biaya parkir untuk sepeda		

E.2. Transportasi Rawat Inap

No.	Rincian	Hasil	Frekuensi
1.	Jenis	1. Mobil	
		2. Sepeda	
		Motor	
		3. Sepeda	
		4. Angkutan	
2.	Jarak rumah -	Umum	
		5. Ambulans	
	km	

	faskes		
3.	Biaya sekali untuk jalan mobil	Rp.....,-	
	Biaya sekali untuk jalan sepeda motor	Rp.....,-	
	Biaya sekali untuk jalan sepeda	Rp.....,-	
	Biaya sekali untuk jalan angkutan umum	Rp.....,-	
6.	Biaya parkir untuk mobil		
	Biaya parkir untuk sepeda motor		
	Biaya parkir untuk sepeda		

III. Biaya Tidak Langsung

Besaran biaya tidak langsung yang dikeluarkan selama mengalami sakit, dengan komponen biaya seperti di bawah ini:

1) Pendapatan



No.	Unsur Biaya	Rincian	Hasil	Frekuensi
1.	Pendapatan pasien yang hilang	Absensi kerjahari	
		Jumlah Pendapatan yang hilang	Rp.....,-	
2.	Pendapatan pendamping yang hilang	Pekerjaan		
		Jumlah Pendapatan yang hilang	Rp.....,-	
		Absensi Kerja		
		Upah		
3.				

2) Biaya Lain-Lain

No.	Jenis Pengeluaran	Nilai Rupiah



Lampiran C. Surat Ijin Penelitian

	PEMERINTAH KOTA PROBOLINGGO RSUD DOKTER MOHAMAD SALEH Jl. Mayjend Panjaitan No.65 Telp : (0335) 433478.433119.421118 Fax. (0335) 432702 E-mail : rsudprob@probolinggokota.go.id PROBOLINGGO – 67219
Probolinggo, 24 Agustus 2018	
Nomor : 897.1/2361 / 425.208 / 2018	Ke p a d a
Sifat : Penting	Yth. Dekan Universitas Jember
Lamp : -	
Perihal : <u>Permohonan Ijin Penelitian</u>	
di - <u>J E M B E R</u>	
<p>Menindaklanjuti surat Rekomendasi dari Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat tanggal 07 Agustus 2018 Nomor : 072/1113/425.206/2018 Perihal seperti pada pokok surat, maka kami mengijinkan Mahasiswa tersebut melakukan penelitian di lingkungan RSUD Dr. Moh. Saleh Kota Probolinggo yang dapat dilaksanakan mulai tanggal 08 Agustus s/d 08 Oktober 2018. Adapun mahasiswa tersebut adalah :</p> <p>Nama : Azizah Munawwaroh N I M : 142110101139 Judul : Gambaran Perhitungan Cost Of Illiness (COI) pada Pasien Penyakit Stroke Peserta BPJS di RSUD dr. Moh. Saleh Kota Probolinggo</p> <p>Bersama ini kami sampaikan bahwa biaya kegiatan tersebut sebesar Rp. 150.000,- /orang/bulan sesuai dengan Surat Keputusan Direktur RSUD Dr. Mohamad Saleh Kota Probolinggo Nomor 188/99/KEP/425.208/2016.</p> <p>Demikian untuk menjadikan maklum, atas kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.</p>	
<p>Catatan : Penelitian dilaksanakan mulai 24 Agustus s.d 24 Oktober 2018. Sub Gg. Dilat & Litang. 23/10/18.</p>	<p>Pt. DIREKTUR RSUD Dr. MOHAMAD SALEH KOTA PROBOLINGGO</p>  <p>Dr. H.A. TAUFIQURRAHMAN, MM.Kes Pambina Tk. I NIP. 19610304 198803 1 005</p>

Lampiran D. Dokumentasi



Gambar 1. Wawancara dengan responden



Gambar 2. Wawancara dengan keluarga responden



Gambar 3. Wawancara dengan keluarga responden



Gambar 4. Aktivitas pada saat meminta data pasien *stroke* pada admin ruang