

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang Penelitian**

Kesehatan tidak hanya merupakan hak warga tetapi juga merupakan barang investasi yang menentukan produktivitas dan pertumbuhan ekonomi negara, karena itu berkepentingan agar seluruh warganya sehat (“Health for All”), sehingga ada kebutuhan untuk melembagakan pelayanan kesehatan universal, ada dua isu mendasar untuk mewujudkan tujuan pelayanan kesehatan dengan cakupan universal, yaitu bagaimana cara membiayai pelayanan kesehatan untuk semua warga, dan bagaimana mengalokasikan dana kesehatan untuk menyediakan pelayanan kesehatan dengan efektif, efisien, dan adil (Bisma Murti: 2010).

Masalah kesehatan tidak mungkin diselesaikan dengan baik tanpa dukungan pembiayaan yang memadai. Pembiayaan kesehatan merupakan faktor yang mempengaruhi kualitas kesehatan suatu negara secara bermakna. Indonesia dikategorikan sebagai negara dengan pembiayaan kesehatan yang rendah dengan rata-rata sekitar 2,2% dari gross domestic product (GDP) dan US\$ 87 per kapita pertahun, suatu nilai yang berada jauh dari WHO, minimal 5% dari GDP pertahun. Pembiayaan kesehatan dirumuskan dalam urusan kesehatan yang terdapat dalam Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara/Daerah (APBN atau APBD). (Adisasmito, 2007)

Rumah Sakit sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini diperoleh karena rumah sakit

adalah fasilitas kesehatan yang padat karya, dan padat pakar. Peran tersebut dewasa ini makin menonjol mengingat timbulnya perubahan-perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktural demokratis, perkembangan IPTEK, perubahan struktur sosial ekonomi masyarakat, pelayanan yang lebih bermutu, ramah, dan sanggup memenuhi kebutuhan mereka yang menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan di Indonesia. (Aditama, 2004).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi yang begitu cepat menyebabkan perubahan yang terjadi dilingkungan eksternal dan internal rumah sakit sehingga para pengelola rumah sakit harus mengubah paradigma atau cara pandang bahwa rumah sakit sekarang bukanlah semata-mata organisasi yang bersifat sosial. Meningkatnya teknologi kedokteran dengan komponen-komponen lainnya memaksa para pengelola rumah sakit harus berpikir dan berusaha secara sosioekonomi dalam mengelola rumah sakitnya. (Trisnantoro, 2010).

Pelayanan adalah suatu aktifitas yang dapat diidentifikasi, tak berwujud dimana objek utama dari suatu transaksi didesain untuk memberikan kepuasan, keinginan, kebutuhan, dan ekspektasi pelanggan selalu berubah, maka perusahaan harus mempunyai komitmen untuk selalu memenuhinya melalui produk dan jasa. (Trisnantoro, 2010).

Selanjutnya Kotler (2000), menyatakan bahwa pelayanan semua kegiatan untuk mempermudah menghubungi pihak yang tepat dalam perusahaan, serta mendapat pelayanan, jawaban, dan penyelesaian masalah dengan cepat dan memuaskan.

Rumah Sakit merupakan sarana pelayanan kesehatan masyarakat (public service) khususnya pelayanan kesehatan rujukan yang komprehensif, terpadu dan efisien serta dapat memberikan pelayanan kesehatan bermutu terjangkau secara adil dan merata, baik pelayanan yang bersifat dasar, spesialisik maupun subspecialistik. Rumah Sakit sebuah tempat, tetapi juga sebuah fasilitas, sebuah institusi, sebuah organisasi. Ada semacam atmosfer khusus bila kita bicara tentang rumah sakit. Untuk mengatur rumah sakit dengan baik maka seseorang harus dapat mendefinisikannya dengan tepat pula. Defenisi paling klasik hanya menyatakan bahwa rumah sakit adalah institusi (atau fasilitas) yang menyediakan pelayanan pasien rawat inap. Ditambah dengan beberapa penjelasan lain, American Hospital Association ditahun 1978 menyatakan bahwa rumah sakit adalah suatu institusi yang fungsi utamanya adalah memberikan pelayanan kepada pasien diagnostik dan traupetik untuk berbagai penyakit dan masalah kesehatan batin yang bersifat bedah maupun non bedah.

Disisi lain rumah sakit perlu melakukan suatu upaya untuk tetap bertahan dan berkembang mengingat besarnya biaya operasional rumah sakit yang sangat tinggi disertai meningkatnya kompetisi kualitas pelayanan jasa rumah sakit. Adapun upaya yang harus dilakukan rumah sakit adalah dengan meningkatkan pendapatan dari pasien, karena pasien merupakan sumber pendapatan dari rumah sakit baik secara langsung (out of pocked) maupun secara tidak langsung melalui asuransi kesehatan. Oleh sebab itu rumah sakit perlu untuk mempertahankan dan meningkatkan kunjungan pasien dengan menampilkan dan memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas. (Adisasmito, 2007).

Dalam paradigma lama dikenal peran dokter paling dominan di rumah sakit. Dokter cenderung otonom dan otokratik. Profesi lain di rumah sakit dianggap hanya berfungsi membantu tugas para dokter. Pasien pun tidak banyak haknya, dan cenderung menurut saja apa pun yang diputuskan dokter. Dalam perkembangan paradigma baru tentu telah berubah. Dari sudut pasien saja, saat ini customer charge. Pasien menentukan produk dan jasa yang mereka butuhkan, yang harus dipenuhi oleh produsen, dalam hal ini rumah sakit dan dokternya.

Undang-Undang No 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit Bab VIII pada Pasal 29 ayat 1 bahwa Rumah Sakit mempunyai kewajiban memberikan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, antidiskriminasi, dan efektif dengan mengutamakan kepentingan pasien sesuai dengan standar pelayanan rumah sakit dan Pasal 32 ayat 1 (poin q) pasien berhak menggugat dan/atau menuntut Rumah Sakit apabila rumah sakit diduga memberikan pelayanan yang tidak sesuai dengan standar baik secara perdata maupun secara pidana dan (poin r) mengeluhkan pelayanan rumah sakit yang tidak sesuai dengan standar pelayanan melalui media cetak dan elektronik sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

Peraturan Pemerintah No 23 Tahun 2005, telah dinyatakan secara gamblang bahwa konsep Badan Layanan Umum (BLU) merupakan paket reformasi untuk mengubah satuan kerja pemerintah menjadi berorientasi kinerja atau hasil. Konsep Badan Layanan Umum (BLU) yang dituangkan dalam Undang-Undang dan diterjemahkan menjadi kebijakan berupa Peraturan Menteri Kesehatan telah diimplementasikan oleh hampir seluruh rumah sakit vertikal tahun 2007.

Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur sebelumnya merupakan Rumah Sakit Khusus Rehabilitasi Medik, namun dikarenakan tidak adanya kunjungan pasien rawat inap terhadap pasien rehab medik, serta beberapa persyaratan lain yang kurang memenuhi pelayanan masyarakat di rumah sakit, maka pada tanggal 13 April 2015 Pemerintah Daerah Kabupaten Aceh Timur mengeluarkan Surat Keputusan Bupati Aceh Timur Nomor 445/455/2015 tentang Perubahan Izin Operasional Rumah Sakit Kelas C dari Rumah Sakit Rehabilitasi Medik menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak atau disingkat menjadi RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur.

Dengan diterbitkannya Surat Keputusan Bupati Aceh Timur tentang Izin Operasional Rumah Sakit tersebut maka pelayanan Rumah Sakit dari Rumah Sakit Khusus menjadi Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C dengan pelayanan Spesialisasi Dasar yaitu pelayanan spesialis penyakit dalam, spesialis penyakit anak, spesialis penyakit kandungan/kebidanan dan spesialis bedah.

Selanjutnya tanggal 16 Agustus 2015 diterbitkan Qanun Aceh Timur Nomor 5 Tahun 2015 tentang Susunan Organisasi dan Tata Tertib Kerja Rumah Sakit Umum Daerah Sultan Alaidin Said Maulana Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur yang disingkat menjadi RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak berstatus Rumah Sakit Umum Daerah Kelas C.

Pembiayaan operasional rutin RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur terhadap pasien Rawat Inap bersumber dari dana Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah Kabupaten Aceh Timur, dan telah

ditetapkan plafonnya setiap tahun sesuai kemampuan daerah, ditambah dari hasil pendapatan Asli RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur yakni yang bersumber dari dana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) serta kunjungan pasien Umum. Sedangkan untuk pembiayaan pengadaan sarana fisik maupun peralatan kesehatan bersumber dari Dana Otonomi Khusus (Otsus), APBA, APBN, dan DAK.

Berdasarkan survey awal peneliti dengan melakukan wawancara langsung bahwa RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak kabupaten Aceh Timur saat ini belum menjadi Badan Layanan Umum (BLU), sehingga untuk biaya operasional rutin pelayanan rumah sakit masih bergantung dari dana APBD Kabupaten Aceh Timur yang telah dinyatakan 10% untuk penyelenggaraan bidang kesehatan. Adapun rincian dari dana tersebut 2% untuk dinas kesehatan Kabupaten Aceh Timur, 5% untuk rumah sakit Zubir Mahmud dan sisanya 3% untuk RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak.

Pendapatan Asli Daerah (PAD) dari RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak adalah melalui dana Jaminan Kesehatan Nasional dan pasien umum. Namun untuk pengklaiman pasien JKN dan pasien umum harus melalui prosedur yang sangat panjang yakni pihak rumah sakit mengklaim biaya pasien ke Badan Pengelola Jaminan Sosial (BPJS), selanjutnya dana tersebut disetor ke Kas Daerah, baru kemudian pihak RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak mengklaim dana tersebut kembali ke Kas Daerah yang memerlukan waktu 2 – 3 bulan. Kemudian baru dana tersebut dapat digunakan oleh pihak RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur, sehingga pelayanan pasien

rawat inap banyak mengalami kendala baik pada pengadaan obat-obatan, atau keperluan rawat inap lainnya maupun jasa medik para pekerja di ruang rawat inap. Disamping terkendalanya kebutuhan pelayanan rawat inap, motivasi kinerja petugas kesehatan akan jadi berkurang terutama petugas kesehatan yang berstatus kontrak, karena tambahan pendapatannya hanya berharap dari jasa medik kunjungan pasien JKN. Jumlah total karyawan yang berstatus Pegawai Negeri Sipil di RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur tahun 2016 sebanyak 144 orang, sedangkan tenaga kontrak sebanyak 290 orang atau 65,75% dari jumlah karyawan. Hal ini akan mengurangi pembiayaan operasional pelayanan rumah sakit karena jumlah anggaran yang diperlukan untuk rumah sakit telah ditetapkan oleh Pemerintah Kabupaten Aceh Timur, tanpa melihat kebutuhan yang diperlukan oleh rumah sakit. Apalagi Kabupaten Aceh Timur mempunyai dua Rumah Sakit pemerintah yaitu RSUD dr. Zubir Mahmud yang berada di Kota Idi yang merupakan Ibukota Kabupaten Aceh Timur dan RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak berada di Kota Peureulak Kabupaten Aceh Timur, sehingga kesehatan untuk rumah sakit terbagi dua.

Berdasarkan latar belakang tersebut, jelaslah bahwa output pembiayaan kesehatan dapat dilihat dari pelayanan pasien rawat inap dari standar pelayanan kesehatan, sedangkan aspek proses dapat dilihat dari dimensi pasien sebagai pengguna jasa pelayanan dan dimensi petugas pemberi pelayanan kesehatan. Oleh karenanya penulis ingin melakukan penelitian terhadap “Analisis Pembiayaan Rumah Sakit Umum Daerah Terhadap Pasien Rawat Inap di Peureulak Kabupaten Aceh Timur”.

## **1.2. Perumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah adalah bagaimana analisis pembiayaan Rumah Sakit umum daerah terhadap pasien rawat inap di RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur.

## **1.3. Tujuan Penelitian**

Tujuan Penelitian adalah untuk menganalisis pembiayaan Rumah Sakit umum daerah terhadap pasien rawat inap di RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur.

## **1.4. Kegunaan Penelitian**

- a. Bagi pihak RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur diharapkan hasil penelitian ini dapat dijadikan masukan dalam pengembangan pelayanan pasien rawat inap.
- b. Bagi pihak lain, sebagai studi perbandingan untuk pengkajian yang lebih mendalam mengenai analisis pembiayaan kesehatan terhadap pasien rawat inap di rumah sakit.
- c. Bagi Penulis dapat mengetahui Analisis pembiayaan kesehatan terhadap pasien rawat inap di RSUD Sultan Abdul Aziz Syah Peureulak Kabupaten Aceh Timur.