

ABSTRACT

IMPLEMENTATION OF QUALITY CONTROL AND COST CONTROL SYSTEMS IN HEALTH SERVICES FOR PARTICIPANTS OF THE NATIONAL HEALTH INSURANCE PROGRAM

(Case Study at Tugurejo Regional General Hospital)

Law Number 40 of 2004 concerning the National Social Security System and Law Number 24 of 2011 concerning the Social Security Administrative Agency mandate that BPJS Health is to implement the National Health Insurance (JKN) program states that payments to advanced level referral health facilities are based on Indonesian Case Based Groups (INA-CBGs) method. Meanwhile, the implementation of the JKN program must continue to emphasize quality control and cost control. Hospitals, with a number of different situations they face, carry out quality control and cost control systems by adjusting the INA-CBGs payment system in very varied ways.

With a qualitative research and sociological juridical approach, this study aims to reconstruct the implementation of quality control and cost control mandated by regulations at Tugurejo Hospital. In addition, this study also aims to describe the ways in which Tugurejo Hospital responds to the problems it faces related to the implementation of the INA-CBGs payment system. The research method used is qualitative with a juridical-sociological approach. Data collection was carried out through participant observation (complete participant observation), Focus Group Discussion (FGD) and in-depth interviews.

The result of this study indicate that the system of quality control and cost control and implementation of the hospital claim payment system with the INA-CBGs system has been implemented by making a number of internal regulations. Even though there are still obstacles in its implementation, quality control and cost control in the JKN program are still ongoing. Several strategies were taken to maintain quality control and cost control, making applications in Electronic Medical Records, namely by attaching additional applications whose function is to provide information on the cost of health services that have been provided, as well as various other applications for quality and cost control. HR Development related to the payment system with INA-CBGs and other provisions related to quality control and cost control regulations has also been carried out.

Keywords: Quality Control, Cost Control, INA-CBGs, National Health Insurance, Electronic Medical Record, Tugurejo Hospital

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latarbelakan

Kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan di Indonesia tengah mengalami dekonstruksi yang dramatis. Transformasi itu utamanya dipicu oleh Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan Nasional yang mengintrodusir sistem pembayaran prospektif yang bernama INA-CBGs. Sebelumnya pelayanan kesehatan di Indonesia oleh *provider* semisal rumah sakit didasarkan pada *fee for services* atau lebih dikenal dengan istilah sistem pembayaran retrospektif.

Sistem pembayaran retrospektif menekankan pada model pembayaran atas jasa kesehatan yang didasarkan pada kemampuan pasien dalam membayar. Semakin mampu secara ekonomi seorang pasien, semakin berkualitas pelayan yang diberikan oleh rumah sakit. Dalam ungkapan lain, mutu pelayanan digantungkan pada biaya.

Model pembayaran retrospektif tidak berstandar (*standardized*). Dalam ungkapan lain, setiap rumah sakit di Indonesia memiliki standarnya sendiri-sendiri. Karena itu mereka mengembangkan model pengelolaannya sendiri-sendiri pula. Mekanisme pasar menjadi acuan dalam penentuan mutu dan biaya.

Dalam perspektif manajerial, model pembayaran retrospektif menjadikan resiko keuangan yang ditanggung pihak provider (rumah sakit) sangat kecil. Dan karena demikian maka pendapatan rumah sakit bisa tidak terbatas. Pasien

selain memiliki waktu tunggu yang lebih singkat, juga memiliki pilihan yang tak terbatas terkait dengan pelayanan yang menggunakan teknologi terbaru. Tawar menawar antara pasien dan *provider* juga lebih lentur. Rata-rata biaya pelayanan kesehatan benar-benar menjadi urusan rumah sakit. Karena itu *revenue* yang diterima oleh sebuah rumah sakit tertentu berbeda dari *revenue* yang diterima rumah sakit lainnya, terlepas dari kenyataan bahwa mereka memberikan pelayanan yang sama baik secara kualitas maupun kuantitas.

Dari paparan di atas, dapat dikatakan bahwa model retrospektif mengusung konsep liberalistis, yakni memberi kebebasan bagi provider untuk menentukan tarif/fee dari pelayanan yang diberikan. Dampak yang segera muncul adalah misalnya diselenggarakannya perlakuan dan pemeriksaan terhadap pasien secara berlebihan (*over treatment*). Pemberian resep yang berlebihan dan penggunaan alat-alat yang melebihi kepentingan merupakan dua kekurangan lain dari model pembayaran retrospektif. Hal demikian mudah sekali terjadi terutama karena (perhitungan) pembayaran dilakukan setelah pemberian pelayanan. Meski demikian perlu ditekankan bahwa tidak semua rumah sakit melakukan tindakan demikian, namun setidaknya secara normatif jika hal itu terjadi maka tidak bisa disalahkan.

Pengalaman sebagaimana dipaparkan di atas menimbulkan kebingungan dan kesulitan para pasien. Mereka tidak dapat menghitung dan memprediksi sejak awal biaya yang dibutuhkan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan oleh rumah sakit. Di bawah sejumlah regulasi seperti di sebut di atas, pembiayaan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan sangat liberalistis.

Semangat persaingan demikian itu yang menyebabkan terjadinya penumpukan pasien pada klinik-klinik atau rumah sakit tertentu.

Pada 2013 telah terjadi dekonstruksi model pembayaran retrospektif melalui Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 tentang Jaminan Kesehatan. Dalam Perpres tersebut diintrodusir konsep pembayaran baru atas jasa pelayanan kesehatan, yakni konsep prospektif. Dalam konsep ini, ada standardisasi pembayaran secara nasional atas pelayanan kesehatan oleh fasilitas kesehatan. Tidak sama dengan model retrospektif, dalam konsep prospektif ini seluruh rumah sakit dengan tipe yang sama dan diagnosis yang sama, *fee* yang diterima juga ditentukan sama. Merujuk pada Pasal 24 Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit, Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 340/Menkes/Per/III/2010 menyebutkan ada beberapa kelas rumah sakit umum. Kelas-kelas yang dimaksud adalah:

1. Rumah Sakit Umum kelas A
2. Rumah Sakit Umum kelas B
3. Rumah Sakit Umum kelas C, dan
4. Rumah Sakit Umum kelas D

Pembagian rumah sakit di Indonesia ke dalam kelas-kelas sebagaimana di atas didasarkan pada fasilitas, kemampuan pelayanan, sumber daya manusia (SDM), peralatan yang dimiliki, sarana dan prasarana, serta administrasi dan manajemennya. Tabel berikut mengindikasikan kemampuan pelayanan minimal yang harus dipenuhi oleh rumah sakit agar dapat masuk dalam kategori kelasnya. Tentu saja semua sarana dan prasarana yang dimiliki rumah

sakit selain harus sesuai dengan kelasnya juga sesuai dengan yang telah ditentukan oleh perundang-undangan.

Tabel 1. 1 Klasifikasi Rumah Sakit dan Fasilitas Minimal yang Wajib Dimiliki

Kelas	Minimum Fasilitas Medik
A	a) 4 medik spesialis dasar b) 5 spesialis penunjang medik c) 12 spesialis lainnya, dan d) 13 medik subspecialis
B	a) 4 Spesialis Dasar b) 4 Spesialis Penunjang Medik, c) 8 spesialis lainnya, dan d) 2 sub spesialis dasar
C	a) 4 medik spesialis dasar b) 4 spesialis penunjang medik
D	2 pelayanan medik spesialis dasar, dengan fasilitas dan kemampuan pelayanan yang meliputi pelayanan medik umum, gawat darurat, medik spesialis dasar, keperawatan dan kebidanan, serta pelayanan penunjang klinik dan non klinik

Tabel di atas menunjukkan cakupan minimal sekaligus batasan layanan kesehatan yang bisa diberikan pada masing-masing kelas. Sebagaimana dipaparkan di atas, dengan mendasarkan diri pada Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan, semua rumah sakit yang melayani pasien Program JKN menerapkan sistem pembayaran secara prospektif dengan INA-CBGs. Petunjuk teknis INA-CBGs diatur dengan Peraturan Menteri Kesehatan No 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs. Yang dimaksud model pembayaran prospektif adalah penentuan akan besaran biaya atas layanan kesehatan yang diterima oleh

fasilitas kesehatan sebelum layanan kesehatan diberikan. Di sinilah yang membedakannya dari model pembayaran secara retrospektif.

Sistem tarif secara prospektif sering disebut Kelompok Berbasis Kasus (KBK) atau yang sekarang digunakan yaitu INA-CBGs atau *Indonesian case based groups* (CBGs). Disebut case based groups karena sistem ini berdasarkan pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama. Dapat dikatakan bahwa INA-CBGs merupakan komponen biaya rumah sakit dalam pelayanan kesehatan baik itu tindakan medis maupun non medis.

Jika dilihat lebih seksama, sistem pembayaran model INA-CBGs ini memiliki fokus untuk dua hal, yakni kendali mutu dan kendali biaya. Ini merupakan respon terhadap sistem terdahulu yang tidak begitu menaruh perhatian terhadap dua hal tadi. Sistem terdahulu dalam pelayanan kesehatan dianggap tidak mampu mengendalikan mutu dan biaya, sehingga yang terjadi adalah inefisiensi bahkan kerap tidak terkontrol.

Dalam Perpres No 12 Tahun 2013 Pasal 39 ayat (3) disebutkan bahwa “BPJS Kesehatan melakukan pembayaran pada Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan berdasarkan cara *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs)”, tidak lagi menggunakan sistem *fee for services*. Dengan INA-CBGs, standar tarif yang digunakan untuk membayar pelayanan di rumah sakit sudah ditentukan. Sistem pembayaran ini merupakan paket tarif yang didasarkan pada diagnosis penyakit, yang sudah mencakup semua biaya yang diperlukan untuk satu kali perawatan di rumah sakit, termasuk perawatan, tindakan operasi,

pemberian obat atau pemeriksaan lain yang diperlukan. Pelayanan yang diberikan tetap harus mengacu pada standar yang telah ditetapkan.

Sebagaimana dipaparkan di atas, standardisasi tarif ini sama untuk semua rumah sakit sesuai kelas rumah sakitnya. Dengan standar ini rumah sakit tetap dituntut memberikan pelayanan yang bermutu dan efisien. Paket pembayaran yang didasarkan pada diagnosis ini sudah digunakan di banyak negara. Dengan sistem pembayaran dengan INA-CBGs ini rumah sakit harus menerapkan kendali mutu dan kendali biaya. Dengan begini diharapkan agar rumah sakit memberikan pelayanan yang bermutu tetapi juga lebih efisien dalam merawat dan mengelola pasien.

Dalam Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Pasal 42 disebutkan:

- (1) Pelayanan kesehatan kepada peserta Jaminan Kesehatan harus memperhatikan mutu pelayanan, berorientasi pada aspek keamanan pasien, efektifitas tindakan, kesesuaian dengan kebutuhan pasien, serta efisiensi biaya.

Penerapan kendali mutu pelayanan Jaminan Kesehatan dilakukan secara menyeluruh meliputi pemenuhan standar mutu fasilitas kesehatan, memastikan proses pelayanan kesehatan berjalan sesuai standar yang ditetapkan, serta pemantauan terhadap luaran kesehatan Peserta. Dengan demikian, secara normatif, kendali mutu harus diutamakan dalam pelayanan pasien, walaupun ada batasan biaya yang sudah ditetapkan dengan INA-CBGs.

Pemberlakuan sistem paket ini di Indonesia menimbulkan kerisauan dan kekhawatiran di kalangan rumah sakit. Kekhawatiran itu muncul terutama

karena nilai paket bisa saja terlalu kecil dan mengakibatkan klaim yang diterima rumah sakit lebih kecil dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk perawatan pasien. Selain itu juga dikhawatirkan bahwa tarif yang rendah dapat mengakibatkan pelayanan yang di bawah standar. Pertanyaan umum yang kerap muncul adalah dengan prinsip asuransi sosial yang pelaksanaannya dikelola oleh BPJS demikian tadi adalah apakah mutu pelayanan kesehatan akan bisa memenuhi hak-hak dasar sebagaimana dituntut oleh undang-undang. Dengan skema seperti ini apakah kepuasan pasien bisa didapatkan sesuai yang diharapkan. Bagaimanakah rumah sakit penyedia layanan jasa kesehatan menyikapi hal ini?

Dalam pengamatan sehari-hari masih banyak anggota masyarakat yang masih enggan menggunakan fasilitas BPJS ini. Persepsi yang secara umum muncul adalah, terdapatnya anggapan bahwa menggunakan asuransi sosial seperti Program JKN tidak akan tidak mendapatkan pelayanan maksimal. Adanya gambaran negatif demikian ini yang menyebabkan banyak anggota masyarakat enggan untuk menjadi peserta Program JKN. Selain itu masyarakat yang mempunyai fasilitas BPJS kesehatan pun belum semua menggunakannya. Selain itu adanya kendali biaya dalam pelayanan pasien Program JKN menambah kekhawatiran bahwa pelayanan yang diberikan tidak akan maksimal sesuai harapan.

Rumah Sakit sebagai pemberi layanan pasien Program JKN dituntut tetap bisa memberikan pelayanan yang bermutu, yakni pelayanan yang sesuai dengan kriteria dan standar profesional medis dan baik yang bisa memenuhi

atau bahkan melebihi kebutuhan dan keinginan pelanggan dengan tingkat efisiensi yang optimal. Meskipun pembiayaan pasien Program JKN dibayarkan dengan INA-CBGs, mutu pelayanan harus tetap diutamakan, sehingga diperlukan upaya untuk melakukan kendali biaya dalam pelayanannya.

Pada prakteknya penerapan manajerial sistem pembayaran INA-CBGs disikapi secara beragam oleh rumah sakit. Banyak rumah sakit merasa dilematis. Di satu sisi ingin memberikan pelayanan terbaik, namun di sisi lain rumah sakit melihat bahwa sistem pembayaran INA-CBGs dianggap tidak mencukupi. Dengan kata lain pembiayaan perawatan melebihi plafon yang tersedia. Bagi rumah sakit tipe C skema demikian tidak begitu menghadirkan kesulitan serius karena relatif mudah untuk merujuk pasien ke rumah sakit tipe yang lebih tinggi. Bagi rumah sakit tipe A, karena jumlahnya sangat sedikit, meski sebagai rumah sakit rujukan, akan sangat terbatas menerima rujukan. Tidak demikian dengan rumah sakit tipe B. Jumlah rumah sakit tipe B lebih banyak dari rumah sakit tipe A. Dalam banyak kasus, dengan demikian, rumah sakit tipe B ini menjadi rujukan akhir.

RSUD Tugurejo Semarang merupakan rumah sakit tipe B. Sebagai rumah sakit tipe B, maka tidak bisa lepas dari kondisi sebagaimana dipaparkan di atas. Kondisi demikian utamanya terhadap pasien rawat inap. Pelayanan pasien rawat inap selalu lebih membutuhkan perhatian yang lebih ekstensif yang pada gilirannya berdampak pada tuntutan peningkatan pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya. Di Semarang rumah sakit tipe B berjumlah 6 (enam) buah, dua di antaranya milik pemerintah (negeri). Sebagai rumah sakit

negeri probabilitas untuk menerima pasien BPJS lebih tinggi. Dengan probabilitas demikian ini maka dapat diperkirakan (tuntutan) *Bed Occupation Rate* (BOR) lebih tinggi pula. Hal ini membawa konsekuensi lanjutan lainnya yang juga berpotensi menambah beban rumah sakit, yakni lamanya pasien tinggal (*length of stay*) di rumah sakit. Atas dasar inilah maka penelitian ini menjadikan RSUD Tugurejo lokus (penelitian) ini. Dengan latar belakang ini peneliti ingin mengangkat permasalahan tersebut dalam penelitian tesis dengan judul “Pelaksanaan Sistem Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan Bagi Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (Studi kasus di RSUD Tugurejo)”

B. Rumusan Masalah

Sehubungan dengan latar belakang di atas, maka ada satu persoalan utama yang hendak diangkat dalam studi ini, yaitu bagaimana kendali mutu dan kendali biaya pelayanan pasien Program JKN dengan sistem pembayaran prospektif INA-CBGs berjalan pada Rumah Sakit Tugurejo. Karena persoalan ini tidak dapat dibahas dalam sebuah diskusi tunggal mengingat luasnya cakupan, maka perlu pemecahan (*breaking down*) ke dalam beberapa subpersoalan. Beberapa subpersoalan tersebut adalah:

1. Bagaimana pengaturan sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada peserta dilaksanakan sesuai regulasi program JKN?

2. Bagaimana pelaksanaan sistem kendali mutu kendali biaya pelayanan pasien Program JKN di RSUD Tugurejo?
3. Apa saja kendala penyelesaian masalah pelaksanaan sistem kendali mutu kendali biaya pada pasien Program JKN yang menjalani Rawat Inap di RSUD Tugurejo?

C. Tujuan

Reflektif terhadap persoalan di atas, maka tujuan penelitian ini antara lain adalah untuk:

1. Untuk mendeskripsikan pengaturan sistem kendali mutu dan kendali biaya pelayanan kesehatan pada peserta dilaksanakan sesuai regulasi program JKN
2. Untuk mendeskripsikan pelaksanaan sistem kendali mutu kendali biaya pelayanan pasien Program JKN di RSUD Tugurejo
3. Untuk mendeskripsikan kendala penyelesaian masalah pelaksanaan sistem kendali mutu kendali biaya pada pasien Program JKN yang menjalani Rawat Inap di RSUD Tugurejo

D. Manfaat Penelitian

Secara garis besar ada dua manfaat yang dapat diambil dari studi ini.

Manfaat itu adalah teoritis dan praktis.

1. Manfaat Teoritis

- a. Hasil penelitian ini diharapkan bisa menjadi bahan pemikiran dalam pengembangan teori ilmu-ilmu sosial yang terkait dengan hukum, khususnya sosiologi hukum dan antropologi hukum.
- b. Selain itu, hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi masukan dalam ilmu manajemen khususnya manajemen perubahan sebagai dampak dari perubahan hukum atau regulasi

2. Manfaat Praktis

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan renungan, konfirmasi, dan refleksi bagi penyelenggara pelayanan kesehatan pada umumnya, dan khususnya Rumah Sakit Tugurejo dimana penelitian ini dilakukan. Demikian pula situasi yang tergambar dari penelitian ini dapat menjadi bahan yang berguna dalam melakukan sosialisasi kepada masyarakat.

Setidaknya ada tiga pihak yang dapat memanfaatkan hasil penelitian terkait dengan upaya perubahan. Dalam kaitan dengan kendali mutu dan kendali biaya dalam pelayanan kesehatan, tiga pihak ini memiliki kaitan yang berkelindan satu sama lain. Tiga pihak itu adalah:

- a. Manajemen Rumah sakit.

Manajemen merupakan pihak yang memiliki tugas untuk menjalankan tugas-tugas administratif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan pada rumah sakit.

- b. Dokter

Sebagai pejabat fungsional, dokter bertanggungjawab secara profesional mengelola penyakit dan hal-hal medik lainnya.

c. Petugas lain di Rumah Sakit.

Petugas lain di Rumah Sakit yang merupakan penghubung antara dokter dengan sistem INA-CBGs adalah koder. Komunikasi yang terbuka, dan egaliter akan memudahkan dalam pembuatan kode diagnosis maupun penerapannya pada sistem yang ada.

E. Metode Penelitian

1. Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah kualitatif. Penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang datanya tidak berbentuk numerik, melainkan data kualitatif yang berupa kata-kata dan fenomena. Karena itu maka penelitian ini bersifat naturalistik, berupaya untuk memahami, dan menginterpretasikan fenomena dalam pengertian makna yang muncul.¹ Fenomena itu misalnya perilaku dan simbol-simbol lain yang muncul tidak terkatakan tetapi tampak (*visible*). Oleh karena itu subyektivitas menjadi perhatian peneliti.

Ada beberapa pertimbangan atas pemilihan jenis penelitian kualitatif ini. Pertama, lokus penelitian yang tidak besar. Dengan penelitian kualitatif, diharapkan penjelasan lebih sangat detail. Kedua, penelitian ini merupakan studi kasus, sehingga tidak ada maksud untuk menggeneralisir. Ketiga,

¹ Denzin, N. K. dan Yvonna S. Lincoln (ed.), *Handbook fo Qualitative Research Research*, (California: Sage Publication, 1994), hal.1.

dalam penelitian ini akan melibatkan proses-proses pemaknaan, baik atas kata-kata, perilaku, maupun simbol. Keempat, penelitian ini bermaksud untuk memahami perilaku dalam konteks situasi dan kondisi dimana dan kapan fenomena terjadi. Dalam situasi begini, maka jenis penelitian yang terbaik untuk dilakukan adalah jenis penelitian kualitatif.

2. Pendekatan

Penelitian ini merupakan penelitian *yuridis-sosiologis*, yaitu penelitian dengan objek kaitan antara hukum dan masyarakat. Dengan demikian maka keseluruhan argumentasi yang akan dibangun akan bersifat sosiologis. Sedangkan pendekatan yang akan dipakai adalah bersifat *logico-empirical* (logis dan empiris). Penelitian sosiologis tidak akan menghakimi apakah sebuah fenomena benar atau salah, baik atau buruk. Sebaliknya penelitian sosiologis akan secara tertulis menggambarkan fenomena apa adanya.

Interaksi antara regulasi (hukum) dan masyarakat selalu dinamik, tidak pernah statis. Dalam ungkapan lain, dinamika tidak bersifat satu atau tunggal, tetapi selalu multi karena konteks sosial yang selalu berbeda-beda. Kontek (sosial) yang berbeda-beda inilah yang menyebabkan penyikapan yang berbeda-beda pula meskipun regulasinya sama.

Dalam konteks ini penyikapan kesulitan implementasi normatif demikian inilah maka satu rumah sakit bisa berbeda dari rumah sakit lainnya. Pemilihan RSUD Tugurejo juga didasarkan atas alasan yang demikian ini.

3. Fokus Penelitian

Sebagaimana termuat dalam judul, fokus penelitian ini adalah masalah kendali mutu dan kendali biaya sebagaimana dilakukan pada Rumah Sakit Tugurejo.

4. Lokasi Penelitian

Penelitian ini mengambil lokus pada Rumah Sakit Tugurejo, Semarang. Ada beberapa alasan menjadikan RSUD Tugurejo sebagai lokus penelitian.

- a. Rumah Sakit Tugurejo berstatus Rumah Sakit Tipe B. Sebagaimana disinggung dalam beberapa tempat dalam studi ini, rumah sakit tipe B secara umum merupakan rumah sakit yang paling terdampak dalam pemberlakuan aturan tentang kendali mutu dan biaya.
- b. Meskipun dampak dalam detailnya bisa bervariasi, namun secara umum mereka menunjukkan gejala yang sama. Oleh sebab itu, meski ini adalah studi kasus yang tidak bermaksud untuk menggeneralisir, pemilihan RSUD Tugurejo dapat mewakili rumah sakit tipe B yang lain, khususnya di Jawa Tengah.
- c. Memperhatikan ketegangan waktu, pemilihan RSUD Tugurejo merupakan putusan yang rasional dan *sensible*. Peneliti sudah lama menjadi bagian dari RSUD Tugurejo. Menjadikan RSUD Tugurejo sebagai lokus penelitian akan memungkinkan observasi partisipan secara penuh terselenggara dengan baik, efektif, dan efisien.

5. Metode Pengumpulan Data

Dalam studi ini, ada tiga sumber data. Mereka adalah manajemen, dokter, dan pasien. Data diambil dari mereka melalui wawancara. Khusus kepada manajemen dan dokter selain wawancara dilakukan *Focus Group Discussion* (FGD). Wawancara dilakukan khususnya untuk melengkapi data yang diperoleh dari FGD. Wawancara dilakukan baik secara formal maupun informal, semua dengan pertanyaan terbuka. Urgensi memberikan pertanyaan terbuka adalah agar mereka bebas memberi jawaban. Wawancara informal dilakukan secara intensif atau tidak terstruktur (*unstructured interviewing*) tidak hanya dilakukan secara langsung, tetapi juga memakai sambungan telpon.

Pihak manajemen yang terlibat dalam FGD dan wawancara adalah semua pejabat yang memiliki relevansi dalam pelayanan pasien (*sampling population*). Kepesertaan DPJP dalam FGD berdasarkan penunjukan dari Direktur Rumah Sakit dengan memperhatikan keterwakilan masing-masing spesialis. Wawancara dilakukan kepada lebih banyak DPJP yang dipilih secara random.

Kepada pasien, penggalan data juga melalui wawancara. Pasien dan/atau keluarganya yang diwawancarai adalah mereka yang dirawat inap lebih dari tiga hari. Pasien yang mendapat perawatan lebih dari tiga hari membutuhkan tingkat pelayanan yang intensif yang pada gilirannya akan berdampak pada pembiayaan. Secara keseluruhan, wawancara berlangsung di rumah sakit. Dalam wawancara ini dipakai panduan wawancara dengan

pertanyaan-pertanyaan terbuka sehingga memungkinkan terjadinya pengumpulan keterangan yang lebih fleksibel atau lentur.

Satu lagi mekanisme pengumpulan data dalam penelitian ini adalah observasi (pengamatan). Observasi dilakukan secara partisipan,² dimana peneliti turut dalam segala bentuk proses pengendalian mutu dan biaya yang berlangsung di RSUD Tugurejo. Dipahami demikian, maka observasi partisipan sudah berlangsung sejak sebelum penelitian dilakukan.

Untuk menambah data yang diperoleh melalui FGD, wawancara, dan observasi di atas, peneliti juga melakukan pengumpulan informasi melalui catatan-catatan baik elektronik maupun *hard files* (data sekunder) yang tersedia pada RSUD Tugurejo.

6. Metode Analisis

Sebisa mungkin penelitian ini dijauhkan dari sikap normatif-moralis. Bukan karena itu salah, tetapi lebih disebabkan bahwa studi semacam itu cenderung melakukan pembelaan atau advokasi. Hasilnya sering berupa pemihakan yang terkadang berlebihan. Studi keilmuan diharapkan bersifat netral, tidak memihak, meskipun itu tidak mungkin dicapai seratus persen. Dalam ilmu (*science*), tidak ada kebenaran mutlak juga tidak ada kesalahan mutlak. Dengan demikian, meskipun topik penelitian ini adalah sosio-legal dan administratif, penulis berusaha semaksimal mungkin untuk tidak terseret ke dalam pembuatan kebijakan, meski, pada tataran tertentu, itu

² Observasi partisipan menurut Lofland dan Lofland (1984, 12) disebut juga ‘observasi lapangan’ atau ‘observasi kualitatif.’ Itu merujuk pada penciptaan hubungan antara peneliti dengan yang diteliti dalam waktu waktu yang relatif panjang untuk memahami berbagai macam interaksi dalam seting natural penelitian itu dilakukan. Ini dilakukan untuk membangun pemahaman saintifik dari interaksi yang berlangsung.

tidak dapat dilakukan sepenuhnya karena sudah adanya *stock of knowledge* yang dipunyai oleh penulis sebelum penelitian dilakukan. Dengan kata lain, penulis berusaha untuk tidak menjadi *attached scholar*, tetapi *detached scholar*. *Detached scholar* mensyaratkan bahwa peneliti bersikap netral dan tidak memiliki pretensi apa-apa kecuali hanya berusaha mengungkap atau mendekati “realitas.” Pengungkapan realitas ini semata-mata sebagai tugas keilmuan. Sedangkan tugas ilmu, apa pun ilmu itu, menurut Liek Wilardjo (tt:75) adalah memerikan atau mendeskripsikan. Karena itulah maka analisis yang dipakai dalam penelitian ini adalah deskripsi.³

Terkait model analisis deskriptif Earl Babbie mengatakan bahwa:

‘A major purposes of many social scientific is to describe situations and events. The researcher observes and the describes what was observed. Because scientific observation is deliberate, however, scientific descriptions are typically more accurate and precise than casual descriptions.’⁴

Pendeskripsian ini terasa lebih relevan dengan topik yang sedang dibahas. Topik dalam studi ini menerangkan suatu pergumulan yang berlangsung dalam proses. Dalam topik yang semacam ini, maka pendekatan yang paling pas dipakai adalah kualitatif dengan kerangka *grounded* (Lofland dan Lofland 1984: 12). Peneliti dalam hal ini tidak semata-mata memainkan perannya sebagai peneliti, tetapi turut mencelupkan (*immersion method*) dirinya (*participant observation*)

³ Wilardjo, Liek, tt, “Ilmu dan Teknologi,” dalam *Ilmu dan Teknologi*, Yogyakarta: Universitas Sanata Dharma, bunga rampai tidak diterbitkan.

⁴ Babbie, E. *The Practice of Social Research*, (Belmont: Wadsworth Publishing Company, 1989), hal. 81

terhadap persoalan-persoalan yang berhubungan dengan masalah kendali mutu dan biaya. Dan ini sudah lama dilakukan dari forum-forum seminar maupun diskusi dan forum-forum khusus yang membahas materi kendali mutu dan biaya. Demikian pula penulis turut aktif memberikan masukan kepada manajerial Rumah Sakit. Dalam posisi seperti itu potensi terjadinya pandangan yang bias, subjektif, atau pemihakan dari peneliti menjadi sangat besar. Kepedulian terhadap ini menjadi prioritas penulis untuk sangat diperhatikan.

F. Penyajian Tesis

Thesis ini disusun dengan penyajian atau kronologi pemikiran sebagai berikut:

Bab I adalah pendahuluan. Bab ini berbicara tentang latar belakang persoalan yang disertai dengan pembahasan tentang metode. Bab II mendiskusikan landasan teoretis. Tujuannya, selain mereview adalah menjelaskan pergumulan teoretis tentang fenomena yang sedang dikaji. Sesuai dengan pendekatan yang diadopsi dalam studi ini; normatif dan sosiologis, teori yang direview adalah menyangkut hubungan antara hukum khususnya hukum administrasi dan penyelenggaran administrasi. Di sini hukum didudukkan sebagai pemicu atau inspirator perubahan (*independent variable*). Perubahan yang berlangsung sebagai variabel tergantung (*dependent variable*). Bab III akan menjawab permasalahan yang diangkat dalam thesis ini. Secara spesifik Bab III menjawab permasalahan pertama, yaitu bagaimana strategi dan

proses-proses penyesuaian yang dilakukan oleh Rumah Sakit Tugurejo terhadap tuntutan perundang-undangan untuk menerapkan sistem pembayaran INA CBGs, dan menjawab persoalan Bagaimana Rumah Sakit Tugurejo menyelesaikan problem dan hambatan implementasi khususnya dalam masalah kendali mutu dan biaya. Bab IV berisi simpulan dari diskusi pada bab-bab sebelumnya, serta saran untuk ke depannya.



G. Kerangka Konsep

