

Analysis of Handling Funding in Non-Insurance Emergency Patients (Case Study of Muhammadiyah Bandung Hospital)

Analisis Penanganan Pembiayaan Pada Pasien Gawat Darurat Non Asuransi (Studi Kasus Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung)

Supriyadi ¹⁾; Adinda Salwa Fadillah ²⁾

¹⁾Study Program of Management Digitech University

Email: ¹⁾ supriyadi@stembu.ac.id; ²⁾ adindasalwafadhilla@gmail.com;

ARTICLE HISTORY

Received [01 Mei 2023]

Revised [31 Mei 2023]

Accepted [06 Juni 2023]

KEYWORDS

Hospital, Emergency
Room, Health Insurance

This is an open access article
under the [CC-BY-SA](https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/) license



ABSTRAK

Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui penanganan pembiayaan pada pasien gawat darurat non asuransi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung, untuk mengetahui permasalahan dan upaya yang telah dilakukan rumah sakit serta kelemahan dari upaya yang telah dilakukan dalam penanganan pembiayaan pasien gawat darurat non asuransi. Peneliti dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian kualitatif deskriptif dengan menggali makna dari suatu fenomena yang terjadi dengan mendeskripsikan melalui kata-kata dan bahasa yang khusus dan ilmiah. Hasil yang diperoleh dalam penelitian ini yaitu dalam menangani permasalahan penanganan pembiayaan pada pasien gawat darurat non asuransi Rumah Sakit telah melakukan upaya sesuai dengan prosedur Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Hasil penelitian ini dapat meningkatkan pemahaman dan perhatian terhadap permasalahan pembiayaan di Indonesia, khususnya pada pasien gawat darurat non asuransi. Penelitian ini merupakan penelitian pertama yang dilakukan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung, peneliti menggunakan Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan Observasi tempat penelitian, wawancara dengan beberapa pihak yang terlibat dalam penanganan pembiayaan pada pasien gawat darurat non asuransi serta mendokumentasikan kegiatan penelitian baik itu kegiatan wawancara maupun kegiatan penanganan pembiayaan pasien gawat darurat non asuransi.

ABSTRACT

This study aims to determine the handling of financing for non-insurance emergency patients at Muhammadiyah Bandung Hospital, to find out the problems and efforts that have been made by the hospital and the weaknesses of the efforts that have been made in handling non-insurance emergency patient financing. Researchers in this study used descriptive qualitative research method by exploring the meaning of a phenomenon that occurs by describing it through specific and scientific words and language. The results obtained in this study are in dealing with the problem of handling financing in non-insurance emergency patients, the Hospital has made efforts in accordance with procedures at Muhammadiyah Bandung Hospital. The results of this study can increase understanding and attention to financing problems in Indonesia, especially in non-insurance emergency patients. place of research, interviews with several parties involved in handling financing for non-insurance emergency patients and documenting research activities both interview activities and financing handling activities for non-insurance emergency patients.

PENDAHULUAN

Proses hidup dalam masyarakat dengan aktifitas dan mobilitas tinggi mengakibatkan peningkatan kondisi kegawatdaruratan, baik karena kondisi fisik seperti penyakit menular, penyakit jantung dan persalinan atau karena bencana alam seperti letusan gunung api, gempa bumi, tsunami, angin puting beliung, kekeringan, banjir dan tanah longsor atau karena bencana buatan manusia seperti kecelakaan di jalan raya, tabrakan kereta api, kebakaran, kecelakaan pesawat dan kecelakaan industri.

Sebagai pelayanan kesehatan, rumah sakit memegang peranan penting dalam membantu, memelihara, dan meningkatkan kesehatan masyarakat. Rumah sakit sebagai suatu institusi terdiri dari sekelompok orang berupa tenaga kesehatan yang bekerja sama secara terorganisir untuk mencapai tujuan tertentu.

Setiap orang mempunyai hak untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang jelas terjang dalam Undang-Undang Dasar 1945 Pasal 28 H ayat (1) yang berbunyi: setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.

Proses pelayanan kesehatan tidak terlepas dari pembiayaan kesehatan. Biaya kesehatan merupakan sejumlah uang yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau mendayagunakan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh individu, keluarga, kelompok dan masyarakat.

Apabila seseorang diserang dengan situasi kegawatdaruratan tentu memerlukan biaya pengobatan dan perawatan yang besar. Bila pasien gawat darurat mempunyai jaminan asuransi kesehatan tidak perlu mengeluarkan biaya pengobatan dan perawatan yang besar karena sudah ditanggung oleh perusahaan

asuransi. Namun bila pasien gawat darurat tidak mempunyai jaminan asuransi dan tidak mampu dalam pembiayaan dapat menjadi masalah.

Banyak rumah sakit yang belum ramah terhadap pasien yang kurang mampu dan tidak memiliki jaminan asuransi kesehatan. Penolakan terhadap pasien yang kurang mampu serta tidak memiliki jaminan asuransi kesehatan menjadi perhatian publik karena penolakan dan praktik diskriminatif yang dilakukan menyebabkan kerugian pada pasien. Penolakan ini dapat mengakibatkan memburuknya kondisi pasien bahkan sampai mengakibatkan kematian, apalagi jika penolakan tersebut terjadi dalam kondisi gawat darurat dan bantuan medis tentunya harus diberikan sesegera mungkin.

Tentunya sebagai manusia mempunyai sifat kemanusiaan yang menciptakan naluri untuk menolong pasien yang berada dalam kondisi gawat darurat, tetapi terkadang terbatas oleh biaya pengobatan dan perawatan. Maka dari itu, tulisan ini bertujuan untuk mengetahui penanganan pembiayaan pada pasien gawat darurat non asuransi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung, untuk mengetahui permasalahan dan upaya yang telah dilakukan rumah sakit serta kelemahan dari upaya yang telah dilakukan dalam penanganan pembiayaan pasien gawat darurat non asuransi.

LANDASAN TEORI

Konsep Pembiayaan Kesehatan

Pembiayaan kesehatan adalah besarnya dan alokasi dana yang harus disediakan untuk dimanfaatkan dalam upaya kesehatan sesuai dengan kebutuhan perorangan, kelompok dan masyarakat (Setyawan, 2015).

Menurut Azwar, A. 1999, maka biaya kesehatan dapat ditinjau dari dua sudut yaitu berdasarkan:

- a. Penyedia Pelayanan Kesehatan (Health Provider), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat menyelenggarakan upaya kesehatan, maka dilihat pengertian ini bahwa biaya kesehatan dari sudut penyedia pelayanan adalah persoalan utama pemerintah dan ataupun pihak swasta, yakni pihak-pihak yang akan menyelenggarakan upaya kesehatan. Besarnya dana bagi penyedia pelayanan kesehatan lebih menunjuk kepada seluruh biaya investasi (investment cost) serta seluruh biaya operasional (operational cost).
- b. Pemakai Jasa Pelayanan (Health consumer), adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk dapat memanfaatkan jasa pelayanan. Dalam hal ini biaya kesehatan menjadi persoalan utama para pemakai jasa pelayanan, namun dalam batas-batas tertentu pemerintah juga turut serta, yakni dalam rangka terjaminnya pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat yang membutuhkannya. Besarnya dana bagi pemakai jasa pelayanan lebih menunjuk pada jumlah uang yang harus dikeluarkan (out of pocket) untuk dapat memanfaatkan suatu upaya kesehatan.

Mengutip dari Jurnal Febri Endra Budi Setiawan, 2015 bahwa Departemen Kesehatan RI, 2004 menyatakan pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil dan berkesinambungan memegang peranan yang amat vital untuk penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam rangka mencapai berbagai tujuan penting dari pembangunan kesehatan di suatu negara diantaranya adalah pemerataan pelayanan kesehatan dan akses (equitable access to health care) dan pelayanan yang berkualitas (assured quality). Oleh karena itu reformasi kebijakan kesehatan di suatu negara memberikan fokus penting kepada kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menjamin terselenggaranya kecukupan (adequacy), pemerataan (equity), efisiensi (efficiency) dan efektifitas (effectiveness) dari pembiayaan kesehatan itu sendiri. Pelayanan kesehatan memiliki beberapa ciri yang tidak memungkinkan setiap individu untuk menanggung pembiayaan pelayanan kesehatan pada saat diperlukan:

- a. Kebutuhan pelayanan kesehatan muncul secara sporadik dan tidak dapat diprediksikan, sehingga tidak mudah untuk memastikan bahwa setiap individu mempunyai cukup uang ketika memerlukan pelayanan kesehatan.
- b. Biaya pelayanan kesehatan pada kondisi tertentu juga sangat mahal, misalnya pelayanan di rumah sakit maupun pelayanan kesehatan canggih (operasi dan tindakan khusus lain), kondisi emergensi dan keadaan sakit jangka panjang yang tidak akan mampu ditanggung pembiayaannya oleh masyarakat umum.
- c. Orang miskin tidak saja lebih sulit menjangkau pelayanan kesehatan, tetapi juga lebih membutuhkan pelayanan kesehatan karena rentan terjangkit berbagai permasalahan kesehatan karena buruknya kondisi gizi, perumahan.
- d. Apabila individu menderita sakit dapat mempengaruhi kemampuan untuk berfungsi termasuk bekerja, sehingga mengurangi kemampuan membiayai.

Mengutip Jurnal Febri Endra Budi Setiawan, 2015 bahwa berdasarkan karakteristik diatas, sebuah sistem pembiayaan pelayanan kesehatan haruslah bertujuan untuk:

- a. Risk spreading, pembiayaan kesehatan harus mampu meratakan besaran resiko biaya sepanjang waktu sehingga besaran tersebut dapat terjangkau oleh setiap rumah tangga.
- b. Risk pooling, beberapa jenis pelayanan kesehatan dapat sangat mahal misalnya hemodialisis, operasi spesialis yang tidak dapat ditanggung oleh tabungan individu. Sistem pembiayaan harus mampu menghitung dengan mengakumulasi resiko suatu kesakitan dengan biaya yang mahal antar individu dalam suatu komunitas sehingga kelompok masyarakat dengan tingkat kebutuhan rendah dapat mensubsidi kelompok masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan. Sehingga sesuai dengan prinsip solidaritas, besaran biaya pelayanan kesehatan yang mahal tidak ditanggung dari tabungan individu tapi ditanggung bersama oleh masyarakat.
- c. Connection between ill-health and poverty, karena adanya keterkaitan antara kemiskinan dan kesehatan, suatu sistem pembiayaan juga harus mampu memastikan bahwa orang miskin juga mampu pelayanan kesehatan yang layak sesuai standar dan kebutuhan sehingga tidak harus mengeluarkan pembiayaan yang besarnya tidak proporsional dengan pendapatan.
- d. Fundamental importance of health, kesehatan merupakan kebutuhan dasar dimana individu tidak dapat menikmati kehidupan tanpa status kesehatan yang baik.

Sistem Pembiayaan Kesehatan

Menurut Setyawan, 2018 terdapat beberapa model sistem pembiayaan kesehatan yang diadopsi oleh beberapa negara:

1. Direct Payments by Patients

Setiap individu mengeluarkan biaya secara langsung berdasarkan tingkat penggunaan layanan kesehatan yang diterima. Model pembiayaan ini dapat mendorong penggunaan layanan kesehatan secara lebih hati-hati. Kondisi ini melahirkan kompetisi antara penyedia layanan kesehatan dalam menarik perhatian konsumen (free market). Walaupun hal ini tampak sehat, transaksi kesehatan menjadi tidak seimbang. Konsumen tidak mampu memahami dengan baik akan kebutuhan kesehatan dan masalah kesehatan yang dimiliki. Seluruhnya dikontrol oleh penyedia layanan kesehatan. Hal ini dapat menimbulkan inefisiensi dan pemakaian terapi secara berlebihan.

2. User payments

Pasien membayar layanan kesehatan secara langsung, baik kepada pemerintah maupun swasta. Besaran dan mekanisme pembayaran telah diatur secara formal oleh penyedia layanan kesehatan dan pemerintah. Pada kondisi yang lebih kompleks, besaran biaya setiap kunjungan dapat berbeda-beda sesuai dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (misalnya untuk pelayanan kesehatan di fasilitas swasta). Besaran biaya per episode ketika sakit bersifat tetap atau flat rate.

3. Saving based

Pengeluaran biaya kesehatan individu didasarkan pada tingkat penggunaannya. Individu memperoleh bantuan dalam pengumpulan dana dalam bentuk tabungan. Ketika dibutuhkan, individu tersebut dapat memakai dana tersebut. Model ini dapat meng-cover biaya pelayanan kesehatan yang bersifat primer dan lanjutan, tetapi individu akan mengalami kesulitan membiayai pelayanan yang bersifat kronis dan kompleks. Oleh sebab itu, perlu model pembiayaan lain untuk mendukung model ini dalam mengurangi biaya kesehatan yang kompleks dan populasi yang lebih luas.

4. Informal

Model ini tidak mengatur besaran, jenis, dan mekanisme pembayaran. Besaran biaya disesuaikan dengan kesepakatan antara penyedia dan pengguna layanan kesehatan. Umumnya penyedia layanan kesehatan lebih dominan dalam pengaturannya. Selain uang, barang dapat digunakan sebagai alat tukar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, misalnya dari penyedia layanan kesehatan mantri atau pengobatan tradisional. Model ini biasanya diadopsi oleh negara-negara berkembang yang belum memiliki sistem kesehatan yang mampu melindungi seluruh masyarakatnya.

5. Insurance Based

Dalam model ini individu tidak membiayai pelayanan kesehatan secara langsung, tetapi terjadi pengalihan risiko kesakitan seseorang menjadi risiko kelompok. Selain itu, terjadi pembagian risiko biaya secara adil. Biaya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan perhitungan dan akan ditanggung dari dana yang telah dikumpulkan bersama. Individu membayar premi dengan mekanisme pembayaran yang diatur oleh organisasi pengelola dan asuransi.

Menurut J. Dieleman, Campbell, & Chapin, 2017 selain kelima model tersebut, model pembiayaan kesehatan lainnya adalah model Out of Pocket (pengeluaran dari kantong sendiri). Pengeluaran pada model ini berasal dari individu ketika ingin mengakses pelayanan kesehatan dan tidak didanai oleh program asuransi. Model pembiayaan ini diterapkan di sebagian besar negara yang berpenghasilan rendah.

Hal ini akan memberatkan banyak segmen dari populasi yang tidak memiliki sumber pendapatan tunai dan memiliki sedikit tabungan. Biaya yang bersumber dari kantong sendiri sering menyebabkan

keluarga jatuh miskin. Hal ini menjadi penghalang yang sulit diatasi untuk mengakses layanan perawatan kesehatan yang diperlukan. Negara-negara berpenghasilan tinggi cenderung lebih sedikit mengeluarkan biaya kesehatan dari kantong sendiri karena lebih banyak penduduk yang dilindungi oleh skema asuransi kesehatan prabayar (Rhatigan Jr, 2020).

Asuransi Kesehatan

Dalam kamus atau perbendaharaan kata bangsa Indonesia, tidak dikenal kata asuransi, yang dikenal adalah istilah “jaminan” atau “tanggungan”. Dalam konteks asuransi kesehatan, pengertian asuransi adalah memastikan seseorang yang menderita sakit akan mendapatkan pelayanan yang dibutuhkannya tanpa harus mempertimbangkan keadaan ekonominya. Ada pihak yang menjamin atau menanggung biaya pengobatan atau perawatannya. Pihak yang menjamin ini dalam bahasa Inggris disebut insurer atau dalam UU Asuransi disebut asuradur. Asuransi merupakan jawaban atas sifat ketidak-pastian (uncertain) dari kejadian sakit dan kebutuhan pelayanan kesehatan. Untuk memastikan bahwa kebutuhan pelayanan kesehatan dapat dibiayai secara memadai, maka seseorang atau kelompok kecil orang melakukan transfer risiko kepada pihak lain yang disebut insurer/asuradur, ataupun badan penyelenggara jaminan. (Thabrany H, 2001).

Menurut pasal 246 Kitab Undang-Undang Hukum Dagang (KUHD), asuransi mempunyai pengertian sebagai berikut: Asuransi atau pertanggungan adalah suatu persetujuan dimana penanggung kerugian diri kepada tertanggung, dengan mendapat premi untuk mengganti kerugian karena kehilangan kerugian atau tidak diperolehnya suatu keuntungan yang diharapkan, yang dapat diderita karena peristiwa yang tidak diketahui lebih dahulu.

Menurut Jeffrey W. Stempel, 2012 dalam dunia asuransi ada beberapa macam prinsip dasar yang harus dipenuhi, yaitu:

1. Utmost good faith yaitu kontrak asuransi harus disepakati oleh kedua belah pihak (asuransi dan peserta) yang didasarkan pada pemahaman dan kepercayaan yang sama.
2. Insurable interest yaitu orang yang diasuransikan mengalami beberapa kerugian finansial akibat kerusakan atau kejadian yang tertanggung.
3. Indemnity yaitu skema asuransi bukan merupakan instrument untuk spekulasi atau cari untung sehingga besaran benefit yang ditanggung tidak boleh lebih tinggi.
4. Subrogation yaitu ketika asuradur memberikan penggantian penuh atas kerugian objek atau benda tertanggung, kepemilikan atas objek tersebut berpindah kepada asuradur (berlaku untuk asuransi kerugian non kesehatan).
5. Contribution yaitu tingkat kontribusi yang adekuat atas kerugian yang ditanggungkan.
6. Proximate cause yaitu ketika kerugian disebabkan oleh lebih dari satu penyebab, proksi atau penyebab terdekat harus dipertimbangkan untuk memutuskan pertanggungan oleh asuradur.
7. Loss minimization yaitu upaya dari tertanggung meminimalkan kerugian yang terjadi.

Mengutip Jurnal Febri Endra Budi Setiawan, 2015 bahwa pada umumnya model asuransi mendorong munculnya apa yang disebut sebagai moral hazard:

- a. Pada sisi tertanggung (pasien): adanya kecenderungan untuk memaksimalkan pelayanan kesehatan karena semua biaya akan ditanggung asuransi, dan kecenderungan untuk tidak melakukan tindakan preventif.
- b. Pada sisi provider: mempunyai kecenderungan untuk memberikan terapi secara berlebihan untuk memaksimalkan pendapatan. Sehingga beberapa skema asuransi diatur sedemikian rupa untuk mengurangi terjadinya moral hazard, misalnya dengan mengatur batasan paket pelayanan, mengatur besaran kontribusi sesuai dengan tingkat resiko tertanggung.

METODE PENELITIAN

Metode Analisis

Penelitian yang dilakukan merupakan penelitian kualitatif dengan metode analisis deskriptif. Menurut Creswell, 2016 mendefinisikan penelitian kualitatif adalah jenis penelitian yang mengeksplorasi dan memahami makna di sejumlah individu atau sekelompok orang yang berasal dari masalah sosial atau kemanusiaan. Penelitian ini menitikberatkan pada jenis data yang dikumpulkan dalam penelitian yakni data deskriptif kualitatif. Penelitian kualitatif menghasilkan data deskriptif dengan upaya menggali makna dari suatu fenomena. Penelitian ini menggunakan penelitian deduktif dengan objek penelitian Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung yang beralamat di Jl. K.H. Ahmad Dahlan No.53, Turangga, Kec. Lengkong, Kota Bandung, Jawa Barat 40264, dan subjek penelitian ini yaitu Kepala Bagian Administrasi RS dan juga pasien atau keluarga pasien gawat darurat non asuransi. Penelitian ini menggunakan sumber data primer dan data sekunder. Data primer diperoleh melalui wawancara dengan Kepala Bagian Administrasi RS serta keluarga pasien igd non asuransi. Sedangkan data sekunder berasal dari

buku-buku referensi, jurnal dan artikel yang berkaitan dengan penelitian ini. Dengan begitu peneliti menggunakan teknik pengumpulan melalui wawancara langsung, observasi pasif dimana peneliti datang langsung ke Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung untuk mengamati langsung kegiatan langsung yang dilakukan tanpa terlibat langsung pada kegiatan tersebut dan terakhir teknik pengumpulan data dokumentasi dengan mengumpulkan foto-foto wawancara dan juga kegiatan penanganan pembiayaan pada pasien gawat darurat non asuransi.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil yang didapatkan dalam penelitian ini yaitu IGD (Instalasi Gawat Darurat) Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah bagian dari rumah sakit yang memberikan pelayanan medis awal pada pasien yang datang dengan kondisi darurat atau kegawat-daruratan. IGD Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung menyediakan layanan medis awal dan stabilisasi pada pasien dengan kondisi darurat atau gawat darurat, seperti cedera, kecelakaan, serangan jantung, stroke, asma dan sebagainya. Fasilitas dan peralatan medis modern seperti ruang triase, ruang observasi, ruang gawat darurat, ruang operasi kecil dan alat-alat medis seperti defibrillator, nebulizer, ventilator, dan lainnya. Rumah Sakit Muhammadiyah menerapkan sistem pelayanan yang cepat, tepat dan tanggap terhadap kondisi pasien. Setiap pasien akan dilakukan triase untuk menentukan prioritas penanganan, dan setiap proses penanganan dilakukan oleh tim medis yang terdiri dari dokter, perawat dan tenaga kesehatan lainnya.

Pasien IGD non asuransi atau pasien yang tidak memiliki jaminan kesehatan adalah pasien yang datang ke IGD rumah sakit namun tidak memiliki jaminan kesehatan asuransi dari pemerintah seperti BPJS ataupun asuransi swasta. Pasien IGD non asuransi di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung dapat bervariasi, namun seringkali memiliki kondisi finansial yang terbatas dengan tingkat ekonomi keluarga yang rendah, sehingga tidak mampu membayar biaya perawatan secara mandiri. Sedikitnya ada sekitar 10% pasien IGD RS Muhammadiyah yang tidak menggunakan jasa asuransi. Kondisi pasien cenderung mengancam nyawa. Karena kondisi yang dialami, pasien harus mendapatkan penanganan medis yang cepat dan tepat di IGD Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. Kendala keuangan dari pasien ini sering menjadi penghalang untuk mengakses layanan medis yang dibutuhkan. Pasien tidak memiliki cukup uang untuk berobat, bahkan untuk biaya pengobatan yang mendesak dan memerlukan biaya yang besar.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan Kepala Bagian Administrasi dan pasien atau keluarga pasien igd non asuransi yang tidak mampu dapat disimpulkan bahwa permasalahan yang terjadi dalam penanganan pembiayaan di Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah kerap beberapa kali terjadi miss communication antara petugas pelayanan dengan pasien atau keluarga pasien. Hal ini dipicu karena salah persepsi dengan informasi yang disampaikan petugas pelayanan kepada pasien atau keluarga pasien. Pasien yang sudah ditangani oleh dokter adakalanya ketika akan melakukan pembayaran di kasa IGD Rumah Sakit, pasien terkendala dalam pembayaran secara mandiri. Rumah Sakit memberikan keringanan dengan cara dicicil dimana pasien atau keluarga pasien membuat perjanjian kesanggupan bayar diatas surat bermaterai.

Dari permasalahan yang telah dihadapi Rumah Sakit Muhammadiyah, sejauh ini pihak Rumah Sakit sudah melakukan beberapa upaya untuk meminimalisir terjadinya permasalahan yang sama berulang kali. Upaya yang dilakukan oleh Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung adalah dengan membuat sistem informasi yang terintegrasi untuk dapat membantu memastikan bahwa semua informasi tersebut sampai kepada pasien atau keluarga pasien dengan lengkap dan akurat. Sebelum dilakukan tindakan petugas menginformasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan pasien dalam hal pembayaran kepada keluarga pasien. Ketika memang pasien dan keluarga dirasa tidak mampu untuk membayar biaya pengobatan yang ada, maka pihak Rumah Sakit memberikan keringanan dengan cara dicicil dimana pasien atau keluarga pasien membuat perjanjian kesanggupan bayar diatas surat bermaterai. Upaya lainnya yang telah dilakukan Rumah Sakit Muhammadiyah apabila ada pasien kecelakaan lalu lintas pasien ditangani seperti pasien pada umumnya, tetapi apabila kondisi pasien lebih memerlukan penanganan lebih lanjut maka Rumah Sakit akan merujuk pasien tersebut ke Rumah Sakit yang lebih besar.

Setiap upaya tentunya memiliki yang namanya kelemahan, baik itu dari eksternal maupun internal. Hal ini tentunya terjadi di Rumah Sakit Muhammadiyah ketika tengah melakukan upaya untuk mengurangi permasalahan yang ada. Kelemahan terjadi ketika rumah sakit memberikan cicilan kepada pasien dimana upaya tersebut sedikit ber risiko keuangan yang harus ditanggung rumah sakit karena banyak pasien yang kabur sebelum melunasi cicilan yang ada.

KESIMPULAN DAN SARAN

Kesimpulan

Berdasarkan hasil dari pembahasan diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa permasalahan yang sering terjadi di rumah sakit Muhammadiyah adalah miss communication antara petugas pelayanan dengan pasien atau keluarga pasien. Hal ini dipicu karena salah persepsi dengan informasi yang disampaikan petugas pelayanan kepada pasien atau keluarga pasien. Pasien yang sudah ditangani oleh dokter adakalanya ketika akan melakukan pembayaran di kasa IGD Rumah Sakit, pasien terkendala dalam pembayaran secara mandiri. Rumah Sakit memberikan keringan dengan cara dicicil dengan perjanjian diatas materai. Rumah Sakit Muhammadiyah telah melakukan beberapa upaya untuk meminimalisir permasalahan yang terjadi seperti membuat sistem informasi yang terintegrasi untuk dapat membantu memastikan bahwa semua informasi tersebut sampai kepada pasien atau keluarga pasien dengan lengkap dan akurat. Sebelum dilakukan tindakan petugas menginformasikan segala sesuatu yang berhubungan dengan pasien dalam hal pembayaran kepada keluarga pasien. Ketika memang pasien dan keluarga dirasa tidak mampu untuk membayar biaya pengobatan yang ada, maka pihak Rumah Sakit memberikan keringan dengan cara dicicil dimana pasien atau keluarga pasien membuat perjanjian kesanggupan bayar diatas surat bermaterai. Upaya lainnya yang telah dilakukan Rumah Sakit Muhammadiyah apabila ada pasien kecelakaan lalu lintas pasien ditangani seperti pasien pada umumnya, tetapi apabila kondisi pasien lebih memerlukan penanganan lebih lanjut maka Rumah Sakit akan merujuk pasien tersebut ke Rumah Sakit yang lebih besar. Kelemahan yang terjadi adalah risiko keuangan yang harus ditanggung rumah sakit ketika banyak pasien yang kabur sebelum melunasi cicilan yang ada.

Saran

Sehingga berdasarkan kesimpulan diatas peneliti memberikan saran kepada pihak Rumah Sakit untuk menyediakan informasi yang jelas mengenai biaya-biaya yang akan dikenakan pada pasien, mensosialisasikan dan mengedukasikan pasien mengenai manfaat penggunaan jaminan kesehatan, dan menjalin kerjasama dengan organisasi lainnya yang bergerak dalam bidang sosial dan kesehatan untuk mempercepat proses evaluasi dan pembiayaan pasien yang membutuhkan. Sedangkan kepada peneliti selanjutnya diharapkan dimasa yang akan datang dapat digunakan sebagai salah satu sumber data dan rujukan untuk penelitian dan dilakukan penelitian lebih lanjut berdasarkan informasi yang lebih lengkap dan lebih luas.

DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, Suharsini. 2010. Manajemen Penelitian. Jakarta. Rineka Cipta.
- Hidayati, Fifi A.N & Sari, Devi P. 2021. Perencanaan Pembiayaan Kesehatan di Rumah Sakit. Jurnal Prosiding Seminar Informasi Kesehatan Nasional.
- Idris, Haerawati & Siregar, YM Adiatma. 2021. Pembiayaan Kesehatan : Konsep dan Best Practices di Indonesia. Jakarta. PPJK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Pranata, Liana. 2018. Gambaran Umum Objek Penelitian Profil Rumah Sakit Muhammadiyah Bandung. <https://docplayer.info/74815272-Bab-1-pendahuluan-1-1-gambaran-umum-objek-penelitian-profil-rumah-sakit-muhammadiyah-bandung.html>. Diakses february 2018.
- Setyawan, Febri Endra Budi. 2017. Sistem Pembiayaan Kesehatan. Jurnal Kesehatan, 11(2), 1-5.
- Sugiyono. 2013. Metode Kuantitatif dan Kualitatif dan R&D. Bandung. Alfabeta.
- Thabroni, Gamal. 2021. Metode Penelitian Kualitatif: Pengertian, Karakteristik dan Jenis. <https://serupa.id/metode-penelitian-kualitatif/>. Diakses pada 07 Februari 2021.