

## **Economic Loss Analisis Pasien Rawat Inap Usia Produktif**

*(Studi Pada RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Kota Gorontalo)*

**Syawaluddin S.**

IAIN Sultan Amai Gorontalo

syawaluddin21@gmail.com

### **Abstract**

*This study aims to determine the level of economic loss of inpatients of productive age and to analyze the loss calculation and classification of the most dominant types of disease in this case. This research data is in the form of primary and secondary data obtained by interviews, interviews and documentation, then the overall data is carried out descriptive analysis on each research variable. The results of this study indicate that: The average length of treatment for the 5 main diseases which are the object of the study, ie ranging from 5 to 8 days of treatment depending on the type of disease and level of care. The total economic loss in direct financing is IDR 6,766,806,370 for 5 major diseases in the period January 2018 to November 2019. The total economic loss in indirect financing is IDR 2,115,597,239 for 5 major diseases from January 2018 to November 2019. Total losses (economic loss) against lost opportunities or lost income due to loss of productive time amounted to IDR 253,692,000 in 5 major diseases for the period January 2018 to November 2019. Total costs incurred by inpatients (economic loss) amounting to Rp. 9,136,095,609 during the period January 2018 to November 2019 for 5 major diseases in patients of productive age.*

Keywords: Economic Loss, Productive Age

### **A. PENDAHULUAN**

Sesuai dengan mandat Undang-Undang Dasar 1945 yang diejawantahkan dalam UU No. 23/1992, disebutkan bahwa kesehatan merupakan hak fundamental setiap individu. Artinya, segala kebijakan yang berkenaan dengan masalah kesehatan masyarakat seharusnya dimulai dari satu pijakan bahwa upaya yang diambil adalah untuk mensejahterakan semua masyarakat, khususnya rakyat kecil yang mendominasi negeri ini. Sudah saatnya, praktik-praktik komersialisasi jasa kesehatan diberantas. Sebaliknya, terobosan-terobosan kebijakan yang mengakomodasi kepentingan masyarakat luas seharusnya harus terus disuarakan. Dengan pelayanan kesehatan yang bermutu dan berkeadilan, maka secara tidak langsung kita telah menjaga tensi produktivitas penduduk negeri ini.

Salah satu contoh implementasi kebijakan kesehatan yang berkeadilan ini adalah dengan melibatkan masyarakat dalam pembiayaan. Di dalam penyelenggaraan pembiayaan kesehatan, dana masyarakat diarahkan untuk pembiayaan upaya kesehatan yang terorganisir dan berkeadilan guna melalui jaminan kesehatan berdasarkan prinsip solidaritas. Jaminan kesehatan pada dasarnya merupakan proyek pengintegrasian antara sub system upaya kesehatan dengan sub system pembiayaan kesehatan. Oleh karena itu, dapat dikatakan bahwa semakin tinggi proporsi penduduk yang terlindungi dengan jaminan kesehatan, semakin adil pembiayaan kesehatan. Dengan contoh program seperti ini, kita harapkan pembiayaan kesehatan akan lebih terkendali dan pasti sehingga akan lebih banyak lagi penduduk yang tercover oleh alokasi anggaran pembiayaan kesehatan.

Terwujudnya keadaan sehat adalah kehendak semua pihak, tidak hanya orang perorang saja tetapi oleh keluarga, kelompok bahkan masyarakat secara keseluruhan. Untuk dapat mewujudkan keadaan sehat tersebut banyak hal yang perlu dilakukan, salah satu diantaranya yang dinilai mempunyai peranan yang cukup penting adalah menyelenggarakan pelayanan kesehatan (*Blum, 1974*).

Pada saat ini berkat perkembangan ilmu dan teknologi dan juga kehidupan masyarakat, tampak bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang dapat diselenggarakan banyak macamnya. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan tersebut ternyata tidak sama antara negara satu dengan yang lainnya, bahkan di era otonomi daerah sekarang antara daerah (kabupaten/kota) terdapat perbedaan yang cukup signifikan. Setiap negara, tergantung dari kemajuan ilmu dan teknologi, kebutuhan dan tuntutan kesehatan, tingkat sosial ekonomi serta latar belakang politik. Bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di negara-negara yang telah maju (*developed countries*) tidak sama dengan yang diselenggarakan di negara-negara yang telah maju.

Dalam praktik sehari-hari sekalipun bentuk dan jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan berbeda namun pada waktu menyelenggarakannya ternyata selalu ditemukan beberapa kesamaan, kesamaan yang dimaksud jika disederhanakan secara umum dapat dibedakan atas :

a. Ilmu dan Teknologi Kedokteran

Kesamaan pertama yang ditemukan pada waktu menyelenggarakan pelayanan kesehatan adalah sama-sama menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran (*medical science and technology*). Tujuan yang ingin dicapai dari penerapan kemajuan

ilmu dan teknologi kedokteran ini adalah agar penyelesaian berbagai masalah kesehatan yang ditemukan dimasyarakat dapat lebih efektif. Perhatian utama dari penerapan tersebut adalah pada aspek efektifitas artinya semata-mata ditujukan untuk mengatasi masalah yang ditemukan tanpa selalu mempertimbangkan tersedia atau tidaknya sumberdaya.

b. Ilmu dan Teknologi Administrasi

Kesamaan kedua yang ditemukan adalah sama-sama menerapkan kemajuan ilmu dan teknologi administrasi (*administrative science and technology*). Tujuan yang ingin dicapai adalah agar penyelesaian masalah yang timbul dimasyarakat khususnya yang menyangkut administrasi dapat terselenggara secara efektif.

Sekalipun penerapan kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran mempunyai peranan yang sangat penting dalam menyelesaikan berbagai masalah kesehatan, namun pada akhir-akhir ini telah diketahui jika menggantungkan harapan hanya pada kemajuan ilmu dan teknologi kedokteran saja, tidaklah dapat sepenuhnya menjamin tercapainya tujuan dari diselenggarakannya pelayanan kesehatan.

Perkembangan pembangunan kesehatan selama ini telah terjadi perubahan orientasi baik itu tata nilai maupun pemikiran terutama mengenai upaya pemecahan masalah disektor kesehatan yang dipengaruhi oleh politik, sosial, budaya dan keamanan (*kamtibmas*). Pembangunan kesehatan pada dasarnya menyangkut semua aspek kehidupan baik itu fisik atau non fisik, perubahan orientasi pembangunan kesehatan tadi akan turut pula mempengaruhi proses penyelenggaraan kesehatan itu sendiri (*Depkes, 2009*).

Pemerintah sebagai penyelenggaran kesehatan utama telah mengeluarkan biaya yang cukup besar sebagaimana yang tercermin pada APBN yang berkisar Rp 123.1 triliun (12,5-8%) dari total anggaran pemerintah, sedangkan pengeluaran masyarakat sendiri masih relatif tinggi yakni berkisar 4,5% jika demikian maka, dapat terlihat bahwa dana untuk sektor kesehatan masih belum memadai. Sebagaimana telah dikemukakan diatas bahwa penyelenggaraan kesehatan akan melibatkan semua unsur (sektor) dan lapisan masyarakat, terlebih pada negara berkembang seperti Indonesia. Sehat bukannya milik atau tanggungjawab departemen kesehatan saja melainkan tanggungjawab seluruh departemen yang ada karena kesehatan telah menjadi hak yang azali bagi setiap penduduk atau masyarakat.

Model pemerintahan yang menganut desentralisasi berarti pelaksanaan kesehatan akan bertumpu pada pemerintah daerah (kabupaten/kota) sebagai penyelenggaran pemerintahan, sejauhmana keberpihakan pemerintah setempat terhadap sektor kesehatan akan mempengaruhi jumlah atau besaran alokasi yang akan dianggarkan, sehingga penyelenggaran kesehatan dapat berjalan dengan baik.

Masalah lain yang sangat terkait dengan sektor kesehatan adalah masalah ketenagakerjaan, kondisi kesehatan yang baik akan mempengaruhi tingkat produktifitas penduduk, produktifitas yang baik akan mempengaruhi tingkat pendapatan dan daya beli masyarakat dan seterusnya, Yunita, N., Rahim, T. A., & Saputra, I. (2018). Jika kita ingin mengaitkan bagaimana kerugian ekonomi setiap penduduk yang mengalami kesakitan akan dapat digambarkan nantinya, telah banyak penelitian yang mengungkapkan besaran kerugian ekonomi oleh penduduk usia produktif yang mengalami kesakitan. Karena masaha kesehatan tersebut telah menyangkut pada pada dimensi yang sangat kompleks maka menjadi menarik untuk kemudian dilakukan penelitian tentang hal tersebut.

Berdasarkan data dari medical record RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe pada tahun 2018 hingga awal tahun 2019, terdapat 15752 kasus ditahun 2018 dan 4501 kasus pada tahun 2019 (januari-november) penderita sakit yang harus rawat inap pada usia produktif yang tersebar pada berbagai macam penyakit. Jika dibandingkan jumlah kasus pada tahun 2006 terdapat 15197 kasus sakit, hal ini memberikan indikasi kenaikan jumlah kasus pada tiap tahunnya dan lebih dari setengah jumlah kasus adalah pasien dengan usia produktif yakni antara 15-50 tahun.

Setiap penduduk dengan usia produktif akan mengalami kerugian diakibatkan oleh kehilangan waktu produktifnya, selain itu karena akan mengeluarkan biaya (*cost*) baik itu biaya langsung (*direct cost*) maupun biaya tidak langsung (*indirect cost*) yang akan dikeluarkan setiap penduduk yang mengalami sakit Senen, M., & Lanyumba, F. S. (2018). Dengan demikian semakin lama seorang penduduk mengalami rawat inap maka tentu akan semakin besar pula kerugian ekonomi (*economic loss*) yang akan diterima.

Mengetahui tingkat kerugian ekonomi menjadi sangat penting untuk memberikan informasi dan Langkah penanganannya, sehubungan hal tersebut menjadi menarik untuk dilakukan reseach tersebut.

## B. RUMUSAN MASALAH

Berdasarkan uraian di atas maka, permasalahan pada penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut :

1. Berapa besar pendapatan (*income*) yang hilang pada penduduk yang mengalami sakit pada 5 penyakit utama di RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Kota Gorontalo.
2. Berapa besar biaya langsung (*direct cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*) yang dikeluarkan dalam masa sakit penduduk usia produktif.
3. Berapa total economic loss penduduk yang menderita sakit pada 5 penyakit utama di RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Kota Gorontalo.

## C. KAJIAN TEORI

### a. Tinjauan Tentang Biaya dan Analisis Biaya

Secara umum definisi tentang biaya (*cost*) adalah pengorbanan sejumlah sumberdaya ekonomi yang diukur dalam satuan nilai (uang) yang telah terjadi atau mungkin akan terjadi. Dari segi ekonomi biaya diartikan sebagai nilai kesempatan yang hilang karena mencapai sesuatu atau dapat juga diartikan sebagai nilai masukan atau sumberdaya yang digunakan untuk menghasilkan suatu barang atau jasa tertentu, sedang secara spesifik (akuntan) *cost* atau biaya diartikan pengeluaran yang ada pada suatu waktu dilakukan atau dilakukan sebagian atau seluruhnya untuk kepentingan suatu periode anggaran, jadi akuntansi melihat biaya (*cost*) sebagai sejumlah pengeluaran uang untuk mencapai sesuatu dalam kaitannya dengan waktu (*Millis dan Gilson, 1990*).

Dalam pemaknaannya sehari-hari biaya (*cost*) sering diartikan sebagai nilai suatu pengorbanan untuk memperoleh suatu output tertentu, pengorbanan itu dapat berupa uang, barang, tenaga ataupun kesempatan. Dalam analisis ekonomi nilai kesempatan untuk memperoleh sesuatu atau kesempatan yang hilang karena suatu kegiatan juga akan dihitung sebagai biaya yang sering disebut biaya kesempatan (*opportunity cost*).

Biaya kesempatan (*opportunity cost*) adalah biaya yang terjadi dari suatu kesempatan yang hilang akibat seseorang mengalami sakit dan harus dirawat untuk memperoleh pengorbanan, berdasarkan fungsi atau aktifitas sumber biaya dapat dibedakan menjadi :

### a. Biaya langsung (*direct cost*)

Biaya langsung adalah biaya yang dibebankan pada sumber biaya yang langsung mempunyai fungsi (aktivitas) langsung terhadap output. Misalnya : tarif rawat inap, biaya obat-obatan, biaya tindakan dan biaya administrasi.

b. Biaya tidak langsung (*indirect cost*)

Biaya tidak langsung adalah biaya yang dibebankan pada sumber biaya (pasien) yang mempunyai fungsi penunjang (aktivitas tak langsung) terhadap output, misalnya : biaya makanan ekstra, biaya transportasi serta biaya penunggu pasien.

Untuk menghitung biaya yang dikeluarkan maka perlukan analisis biaya. Analisis biaya adalah proses pengumpulan dan pengelompokan data keuangan untuk dapat menghitung biaya output jasa pelayanan yang diberikan oleh suatu tempat pelayanan kesehatan (puskesmas/rumahsakit).

Adapun kegunaan analisis biaya adalah :

- a. Untuk mengetahui struktur biaya menurut jenis dan lokasi biaya itu ditempatkan, informasi tentang struktur biaya tersebut dapat dijadikan bahan pertimbangan dalam mengendalikan biaya yang dikeluarkan, selanjutnya dari struktur biaya dapat komponen yang paling banyak menggunakan biaya kemudian dapat dilanjutkan dengan analisis besarnya biaya yang dikeluarkan pada satu unit tertentu cukup efisien bila dibandingkan dengan output yang dikeluarkan dan unit yang sedikit mengeluarkan biaya.
- b. Sebagai bahan pertimbangan dalam menyusun anggaran belanja suatu unit usaha (pelayanan kesehatan) biasanya selalu disusun untuk kurun waktu tertentu, untuk menyusun anggaran tersebut diperlukan informasi mengenai besarnya biaya. Informasi tersebut tentu mengenai besarnya kebutuhan biaya yang hanya dapat diperoleh melalui sebuah analisa anggaran, Isnaini, I., Abdullah, A., & Saputra, I. (2018).

*B. Tinjauan Tentang Usia Produktif*

Menurut ilmu kependudukan atau demografi usia produktif adalah antara 15-65 tahun, sedangkan penduduk usia kerja tersebut yaitu tenaga kerja penduduk yang secara potensial dapat bekerja atau memproduksi jika ada permintaan dan mau berpartisipasi dalam aktivitas tersebut dan lazim dipakai adalah penduduk yang berumur 15-65 tahun (FE-UI,2017).

Penduduk dalam usia kerja (produktif) terbagi atas :

a. Angkatan kerja

Angkatan kerja adalah penduduk yang bekerja dan mereka yang tidak bekerja tetapi siap untuk bekerja atau sedang mencari pekerjaan. Dengan demikian, angkatan kerja adalah bagian dari tenaga kerja yang sesungguhnya terlibat atau berusaha untuk terlibat dalam kegiatan produktif, selanjutnya angkatan kerja terbagi atas :

- 1) Bekerja (*employed*) yaitu pegawai tetap, petani, penjual jasa dll.
- 2) Mencari pekerjaan (*under employed*) yaitu mereka yang tidak bekerja dan sedang mencari pekerjaan menurut referensi waktu tertentu atau mereka yang pernah bekerja tetapi sedang menganggur atau menunggu pekerjaan.

Jenis pekerjaan (*occupation*) menurut ISCO (*International Standard For Classification Of Occupation*), dibagi dalam 8 golongan, yaitu :

- Profesional, ahli pada bidang tertentu
- Kepemimpinan dan ketatalaksanaan
- Administrasi, tata usaha dll
- Penjualan
- Jasa
- Petani
- Produksi, operator
- Lain-lain

b. Bukan angkatan kerja (*not in the labour force*)

Bukan angkatan kerja adalah tenaga kerja yang tidak bekerja atau mencari pekerjaan, mereka bagian dari tenaga kerja yang sesungguhnya tidak terlibat dalam kegiatan produktif, adapun kelompok bukan angkatan kerja adalah :

- Siswa/Mahasiswa aktif
- Ibu rumah tangga
- Penerima pensiunan, hasil sewaan dll
- Lain-lain, yaitu mereka yang tergantung pada orang lain karena lanjut usia, lumpuh dll (FE-UI,2014)

c. *Investasi Kesehatan Untuk Pembangunan Ekonomi*

*Keterkaitan Antara Kesehatan dan Pembangunan*

Laporan Komisi, menganalisis berbagai hubungan keterkaitan antara kesehatan dengan pembangunan ekonomi yang dapat diterangkan melalui berbagai mekanisme. Berikut ini akan diuraikan pembahasan terhadap tiga fokus area, yaitu *pertama*, kesehatan dan pembangunan, *kedua*, kesehatan dan kemiskinan, dan *ketiga*, pendekatan dari aspek demografi.

***Pertama***, Kesehatan dan Pembangunan.

Pada tingkat mikro yaitu pada tingkat individual dan keluarga, kesehatan adalah dasar bagi produktivitas kerja dan kapasitas untuk belajar di sekolah. Tenaga kerja yang sehat secara fisik dan mental akan lebih enerjik dan kuat, lebih produktif, dan mendapatkan penghasilan yang tinggi. Keadaan ini terutama terjadi di negara-negara sedang berkembang, dimana proporsi terbesar dari angkatan kerja masih bekerja secara manual. Di Indonesia sebagai contoh, tenaga kerja laki-laki yang menderita anemia menyebabkan 20% kurang produktif jika dibandingkan dengan tenaga kerja laki-laki yang tidak menderita anemia. Selanjutnya, anak yang sehat mempunyai kemampuan belajar lebih baik dan akan tumbuh menjadi dewasa yang lebih terdidik. Dalam keluarga yang sehat, pendidikan anak cenderung untuk tidak terputus jika dibandingkan dengan keluarga yang tidak sehat.

Pada tingkat makro, penduduk dengan tingkat kesehatan yang baik merupakan masukan (*input*) penting untuk menurunkan kemiskinan, pertumbuhan ekonomi, dan pembangunan ekonomi jangka panjang. Beberapa pengalaman sejarah besar membuktikan berhasilnya tinggal landas ekonomi seperti pertumbuhan ekonomi yang cepat didukung oleh terobosan penting di bidang kesehatan masyarakat, pemberantasan penyakit dan peningkatan gizi. Hal ini antara lain terjadi di Inggris selama revolusi industri, Jepang dan Amerika Selatan pada awal abad ke-20, dan pembangunan di Eropa Selatan dan Asia Timur pada permulaan tahun 1950-an dan tahun 1960-an.

Informasi yang paling mengagumkan adalah penelusuran sejarah yang dilakukan oleh Prof. Robert Fogel, yang menyatakan bahwa peningkatan ketersediaan jumlah kalori untuk bekerja, selama 200 tahun yang lalu mempunyai kontribusi terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita seperti terjadi di Perancis dan Inggris. Melalui

peningkatan produktivitas tenaga kerja dan pemberian kalori yang cukup, Fogel memperkirakan bahwa perbaikan gizi memberikan kontribusi sebanyak 30% terhadap pertumbuhan pendapatan per kapita di Inggris.

Bukti-bukti makroekonomi menjelaskan bahwa negara-negara dengan kondisi kesehatan dan pendidikan yang rendah, menghadapi tantangan yang lebih berat untuk mencapai pertumbuhan berkelanjutan jika dibandingkan dengan negara yang lebih baik keadaan kesehatan dan pendidikannya. Peningkatan kesejahteraan ekonomi sebagai akibat dari bertambah panjangnya usia sangatlah penting. Dalam membandingkan tingkat kesejahteraan antar kelompok masyarakat, sangatlah penting untuk melihat angka harapan hidup, seperti halnya dengan tingkat pendapatan tahunan. Di negara-negara yang tingkat kesehatannya lebih baik, setiap individu memiliki rata-rata hidup lebih lama, dengan demikian secara ekonomis mempunyai peluang untuk memperoleh pendapatan lebih tinggi. Keluarga yang usia harapan hidupnya lebih panjang, cenderung untuk menginvestasikan pendapatannya di bidang pendidikan dan menabung. Dengan demikian, tabungan nasional dan investasi akan meningkat, dan pada gilirannya akan meningkatkan pertumbuhan ekonomi.

#### **D. HASIL DAN PEMBAHASAN**

Pelaksanaan penelitian diawali dengan melakukan identifikasi terhadap sebaran jenis penyakit utama yang dominan di rumah sakit Prof.Dr.H.Aloei Saboe, yakni dengan memanfaatkan data primer yang berasal dari wawancara dengan pihak pasien dan unsur terkait, selain itu juga memanfaatkan data sekunder yang bersal dari bagian “ medical record “ kemudian melakukan kolaborasi data dari sumber terseut. Berdasarkan hasil pengamatan maka dapat disajikan tentang sebaran penyakit yang paling dominan sebagai berikut :

**Tabel 1**  
**Jenis-Jenis Penyakit dan Jumlah Penderita Berdasarkan Kelompok Usia Produktif dan Non Produktif Pada Ruang Perawatan Kelas III Pada RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Periode Januari 2018 s.d November 2019**

| No | Jenis Penyakit | Jumlah Kasus Menurut Usia |        |       |        |         |         |         |
|----|----------------|---------------------------|--------|-------|--------|---------|---------|---------|
|    |                | 0 < 28                    | 28 < 1 | 1 - 4 | 5 - 14 | 15 - 24 | 25 - 44 | 45 - 64 |
| 1  | GEA            | 21                        | 800    | 701   | 164    | 40      | 97      | 112     |
| 2  | Thypoid        | 1                         | 16     | 176   | 332    | 131     | 168     | 99      |
| 3  | Anemia         | 2                         | 2      | 4     | 26     | 62      | 192     | 310     |
| 4  | TB Paru        | 0                         | 6      | 16    | 36     | 39      | 230     | 263     |
| 5  | Dyspepsia      | 0                         | 0      | 0     | 5      | 104     | 181     | 224     |
| 6  | BRP            | 22                        | 108    | 83    | 57     | 38      | 73      | 116     |
| 7  | HPT            | 0                         | 0      | 0     | 0      | 8       | 114     | 303     |
| 8  | DM             | 0                         | 0      | 0     | 1      | 3       | 59      | 307     |
| 9  | S.Iskemik      | 0                         | 0      | 0     | 1      | 2       | 39      | 198     |
| 10 | APP Akut       | 0                         | 0      | 0     | 37     | 161     | 202     | 50      |

*Sumber : Data Medical Record RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe,2019*  
*Data sudah termasuk Laki-laki dan wanita*

Berdasarkan data tabel diatas terlihat bahwa lima jenis penyakit utama yang paling menonjol yang diderita oleh penduduk usia produktif pada ruang perawatan kelas III rumah sakit Prof.Dr.H.Aloei Saboe hingga periode maret 2008 adalah : 1) GEA dengan 1935 kasus, 2) Thypoid dengan 923 kasus, 3) Anemia dengan 598 kasus, 4) TB Paru dengan 590 kasus dan 5) Dyspepsia dengan 514 kasus. Jumlah keseluruhan kasus berdasarkan 5 penyakit utama adalah 4.560 kasus.

Selanjutnya jika dilihat dari jumlah penderitanya berdasarkan kelompok usia produktif dapat diidentifikasi sebagai berikut :

**Tabel 2**  
**Jenis-Jenis Penyakit dan jumlah Penderita Berdasarkan Kelompok Usia Produktif Pada Ruang Perawatan Kelas III Rumah Sakit Aloei Saboe Periode Januari 2018 s.d November 2019**

| No | Jenis Penyakit | Jumlah Kasus (Usia Produktif) |           |        |
|----|----------------|-------------------------------|-----------|--------|
|    |                | Laki-Laki                     | Perempuan | Jumlah |
| 1  | GEA            | 213                           | 27        | 240    |
| 2  | Thypoid        | 317                           | 81        | 398    |
| 3  | Anemia         | 477                           | 87        | 564    |
| 4  | TB Paru        | 411                           | 127       | 538    |
| 5  | Dyspepsia      | 420                           | 79        | 499    |

*Sumber : Data Medical Record,2019,diolah*

Berdasarkan tabel tersebut di atas terlihat bahwa dalam periode waktu setahun telah mencapai 2.239 kasus untuk lima penyakit utama, yang paling dominan adalah anemia dengan (564 kasus). Keseluruhan pengamatan diatas dilakukan pada ruang perawatan kelas III.

Seperti diketahui bahwa biaya pengobatan sebenarnya merupakan keseluruhan biaya (*cost*) yang dikeluarkan oleh seorang penderita untuk memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit, jika ditinjau dari dimensi ekonomi bahwa biaya tersebut merupakan *opportunity cost* terhadap pembiayaan yang lain yang mungkin bisa diperoleh, Definisi biaya menurut Munawir (2002), yang dimaksud dengan biaya adalah nilai kas atau setara kas yang dikorbankan untuk memperoleh barang dan jasa yang diperkirakan akan memberi manfaat saat ini atau masa depan pada organisasi atau pengorbanan yang terjadi dalam rangka untuk memperoleh barang atau jasa yang bermanfaat. Definisi biaya yang lain dikemukakan oleh Mulyadi (2005:8-9), dimana biaya adalah pengorbanan sumber ekonomis yang diukur dalam satuan uang, yang telah terjadi atau kemungkinan akan terjadi untuk mencapai tujuan tertentu. Olehnya itu menjadi kerugian tersendiri terhadap seorang penderita jika seseorang mengalami kesakitan, kerugian tersebut dapat berupa uang, barang, tenaga maupun kesempatan. Pembiayaan kesehatan dapat dibagi atas 2 (dua) yakni, :

1. Biaya langsung (*direct cost*), yaitu biaya yang dikeluarkan oleh setiap pasien yang diperuntukkan untuk aktivitas proses pengobatan dan perawatan selama berada di rumah sakit, biaya tersebut meliputi : biaya rawat inap, pemeriksaan laboratorium, radiologi, bahan, obat-obatan dll.
2. Biaya tidak langsung (*indirect cost*) yakni biaya yang dikeluarkan selama masa pengobatan yang mempunyai fungsi secara tidak langsung terhadap pengobatan tersebut di rumah sakit. Biaya tidak langsung mempunyai fungsi sebagai penunjang aktivitas pengobatan, yang termasuk biaya tidak langsung misalnya : transport, makanan ekstra, perlengkapan pendukung serta pendamping pasien selama masa perawatan.

Sehingga untuk menghitung besaran biaya pengobatan seseorang jika pasien tersebut rawat inap adalah dengan menggunakan persamaan sebagai berikut :

$$TC = DC + IC$$

*Keterangan :*

*TC = Total cost*

*DC = Direct cost*

*IC = Indirect cost*

Sedangkan untuk menghitung biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang berdasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP), maka digunakan persamaan sebagai berikut :

$$TC/Yh = \text{Jml.Kasus Usia produktif} \times \text{Jml.Hari Yang Hilang} \times \text{UMP}$$

*Keterangan :*

TC = Total cost

Yh = Pendapatan yang hilang

Sehingga Total Economic Loss (ELtot) adalah merupakan keseluruhan biaya yang dikeluarkan selama masa rawat inap ditambah biaya atau pendapatan yang hilang, jadi untuk menghitung total kerugian ekonomi digunakan persamaan berikut :

$$EL_{tot} = TC + Yh$$

*Keterangan :*

EL = Economic loss

TC = Total biaya (rawat inap)

Yh = Pendapatan yang hilang

Berdasarkan survey dan pengamatan yang dilakukan bahwa mayoritas penderita utamanya yang masih berusia produktif disebabkan oleh 5 (lima) penyakit utama seperti yang ditampilkan pada tabel di atas. Dalam 5 penyakit utama tersebut juga mengakibatkan pasien harus di rawat inap guna mendapatkan perawatan yang intensif, hal ini sejalan dengan apa yang diungkapkan oleh ATB bahwa :

“ kebanyakan pasien khususnya GEA , Thypoid dan TB Paru harus menjalani perawatan intensif (rawat inap) hal kebanyakan melanda anak-anak dan orang dewasa (usia produktif), mereka harus dirawat berdasarkan tingkat keparahan penyakit dari pasien yang bersangkutan”(wawancara, Oktober 2018).

Perihal serupa juga dikatakan oleh AP bahwa :

“ pada kasus apendicitis (APP) kebanyakan melanda anak-anak dan orang dewasa (usia produktif), sebageian besar memerlukan tindakan bedah olehnya itu tindakan rawat inap juga harus dijalani oleh pasien yang bersangkutan”.(wawancara, Januari 2019).

Untuk menganalisis pembiayaan kesehatan baik biaya langsung maupun tidak langsung, maka perlu untuk melihat tarif perawatan inap untuk kelas III pada rumah sakit Prof.Dr.H.Aloei Saboe sebagai berikut :

Tabel 3  
Tarif Rawat Inap Kelas III  
RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Kota Gorontalo  
Pada 5 Penyakit Utama Periode Januari 2018 s.d November 2019

| No | Nama Penyakit | Akomodasi | Jasa Pelayanan | Total Tarif Rawat Inap (A) | Biaya Administrasi (B) |
|----|---------------|-----------|----------------|----------------------------|------------------------|
| 1  | GEA           | 6500      | 23             | 15000                      | 1500                   |
| 2  | Thyfoid       | 6500      | 8500           | 15000                      | 1500                   |
| 3  | APP           | 6500      | 8500           | 15000                      | 1500                   |
| 4  | KP            | 6500      | 8500           | 15000                      | 1500                   |
| 5  | Dispepsia     | 6500      | 8500           | 15000                      | 1500                   |

Sumber : Perwali Kota Gorontalo,2014

Sedangkan untuk biaya lainnya seperti pemeriksaan laboratorium klinik (penunjang diagnostik) dapat dilihat pada tabel berikut :

Tabel 4  
Distribusi Biaya pemeriksaan Laboratorium Klinik  
Pasien rawat Inap Kelas III RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe  
5 Penyakit Utama Periode Januari 2018 s.d November 2019

| No | Nama Penyakit | Total Biaya Pemeriksaan (A) | Rata-Rata Hari Rawat (B) | Rata-Rata Biaya Pemeriksaan (C)<br>A:B=C |
|----|---------------|-----------------------------|--------------------------|--|
| 1  | GEA           | 40,900                      | 5                        | 8,180                                    |
| 2  | Thyfoid       | 40,900                      | 8                        | 5,113                                    |
| 3  | APP           | 40,900                      | 7                        | 5,843                                    |
| 4  | KP            | 40,900                      | 7                        | 5,843                                    |
| 5  | Dispepsia     | 40,900                      | 4                        | 10,225                                   |

Sumber : Data Primer 2019

Sedangkan untuk biaya obat dan bahan dapat terlihat pada tabel berikut :

Tabel 5  
Distribusi Biaya Obat dan Bahan  
Untuk Pasien Rawat Inap Kelas III  
RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe  
Periode Januari 2018 s.d November 2019

| No | Nama Penyakit | Total Biaya Obat & Bahan (A) | Rata-Rata Hari Rawat (B) | Rata-Rata Biaya Obat dan Bahan (C) |
|----|---------------|------------------------------|--------------------------|------------------------------------|
| 1  | GEA           | 1,144,500                    | 5                        | 228,900                            |
| 2  | Thyfoid       | 2,885,400                    | 8                        | 360,675                            |
| 3  | APP           | 786,800                      | 7                        | 112,400                            |
| 4  | KP            | 3,566,800                    | 7                        | 509,543                            |
| 5  | Dispepsia     | 1,783,600                    | 4                        | 445,900                            |

Sumber : Data Primer 2019

Dari tabel di atas dapat digambarkan bahwa pembiayaan kesehatan untuk obat dan bahan dengan rata-rata waktu perawatan 5 hari ke atas, dengan demikian bahwa pembiayaan juga akan semakin membesar. Selanjutnya dengan melihat variabel cost yang ada maka dapat dilihat estimasi beban biaya langsung (*direct cost*) sebagai berikut :

Tabel 6  
Estimasi Beban Biaya Langsung  
Pasien Rawat Inap Kelas III RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe  
Periode Januari 2018 s.d November 2019

|   | Penyakit | Inap (H) | Inap (I) | A       | B      | C      | D       | (A+C+D)xHxI+(BxH) |
|---|----------|----------|----------|---------|--------|--------|---------|-------------------|
| 1 | GEA      | 240      | 5        | 105,000 | 15,500 | 40,900 | 228,900 | Rp 453,480,000    |
| 2 | Thyfoid  | 398      | 8        | 105,000 | 15,500 | 40,900 | 360,675 | Rp 1,619,103,800  |
| 3 | APP      | 564      | 7        | 105,000 | 15,500 | 40,900 | 112,400 | Rp 1,028,510,400  |
| 4 | KP       | 538      | 7        | 105,000 | 15,500 | 40,900 | 509,545 | Rp 2,476,744,870  |
| 5 | Dyspepsi | 499      | 4        | 105,000 | 15,500 | 40,900 | 445,900 | Rp 1,188,967,300  |
|   |          |          |          |         |        |        | JUMLAH  | Rp 6,766,806,370  |

Sumber : Medical Record, diolah. 2019

Keterangan :

A = Tarif rawat inap

B = Biaya administrasi

C = Biaya laboratorium klinik

D = Biaya obat dan bahan

Berdasarkan tabel di atas dapat dilihat bahwa biaya langsung (*direct cost*) yang timbul akibat kesakitan yang menimbulkan perawatan intensif (rawat inap) cukup tinggi, dengan rata-rata waktu perawatan 5-8 hari pada semua jenis penyakit utama, biaya ini baru pada ruang perawatan kelas III hal ini tentunya akan lebih tinggi manakala perawatan dilakukan pada kelas II atau kelas yang lebih tinggi.

Selain biaya langsung (*direct cost*) seorang pasien juga masih harus dihadapkan pada biaya tidak langsung (*indirect cost*), berdasarkan hasil wawancara kepada beberapa pasien menyatakan bahwa pengeluaran terbesar selain biaya pengobatan adalah biaya transportasi pendamping pasien, seperti yang dikatakan Fadlan, bahwa : “ *Rata-rata pengeluaran bagi pendamping pasien perhari berkisar antara Rp. 50.000-100.000 dengan jarak rumah berkisar 5-10 km*”.wawancara, Desember 2018. Adapun distribusi biaya rata-rata transportasi sebagai biaya tidak langsung dapat digambarkan pada tabel berikut :

Tabel 7  
Distribusi Biaya Transportasi Pasien Rawat Inap  
Kelas III RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe Periode Januari 2018 s.d November 2019

| No | Nama Penyakit | Total Biaya ( Rp ) ( A ) | Jumlah Pasien ( B ) | Rata-Rata Biaya transport ( E ) |        |
|----|---------------|--------------------------|---------------------|---------------------------------|--------|
|    |               |                          |                     | A : B = E                       |        |
| 1  | GEA           | 250,000                  | 7                   | Rp                              | 35,714 |
| 2  | Thypoid       | 350,000                  | 9                   | Rp                              | 38,889 |
| 3  | APP           | 265,000                  | 8                   | Rp                              | 33,125 |
| 4  | KP            | 280,000                  | 9                   | Rp                              | 31,111 |
| 5  | Dyspepsia     | 350,000                  | 8                   | Rp                              | 43,750 |

Sumber : Data Primer,diolah,2008

Dari data tabel di atas dapat menggambarkan bahwa rata-rata pengeluaran untuk transportasi (*indirect cost*) berkisar antara Rp. 35.714 s.d Rp.43.7500, hal ini menunjukkan bahwa pengeluaran yang sifatnya tidak langsung mempunyai sumbangsih yang cukup signifikan terhadap jumlah kerugian ekonomi oleh setiap penderita. Untuk melihat seberapa besar jumlah biaya tidak langsung dapat dilihat pada estimasi beban biaya pada tabel berikut :

Tabel 8  
Estimasi Beban Biaya Tidak Langsung  
Pasien Rawat Inap Kelas IIIRSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe  
Periode Januari 2018 s.d November 2019

| No                                      | Nama Penyakit | Biaya Tidak Langsung |         |        | Jml.Kasus Usia Pro- duktif ( H ) | Jml.Hari Rawat Inap ( I ) | Beban Biaya Tdk Langsung ( Y ) |             |               |
|---|---------------|----------------------|---------|--------|----------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------|---------------|
|   |               | ( E )                | ( F )   | ( G )  |                                  |                           | ( F+G).H.I+(E.H)               |             |               |
| 1                                       | GEA           | 250,000              | 100,000 | 50,000 | 240                              | 5                         | Rp                             | 180,250,240 |               |
| 2                                       | Thyfoid       | 350,000              | 100,000 | 50,000 | 398                              | 8                         | Rp                             | 477,950,398 |               |
| 3                                       | APP           | 265,000              | 100,000 | 50,000 | 564                              | 7                         | Rp                             | 592,465,564 |               |
| 4                                       | KP            | 280,000              | 100,000 | 50,000 | 538                              | 7                         | Rp                             | 565,180,538 |               |
| 5                                       | Dyspepsia     | 350,000              | 100,000 | 50,000 | 499                              | 4                         | Rp                             | 299,750,499 |               |
| <i>Total Beban Biaya Tidak Langsung</i> |               |                      |         |        |                                  |                           |                                | Rp          | 2,115,597,239 |

Sumber : Data diolah,2019

**Keterangan :**

E = Biaya transportasi

F = Biaya makanan tambahan (ekstra)

G= Biaya tak terduga (lain-lain)

Berdasarkan tabel tersebut di atas terlihat bahwa beban biaya tak langsung (indirect cost) ternyata memberikan sumbangsih yang sangat signifikan terhadap jumlah biaya yang harus dikeluarkan oleh seorang pasien, sampel tersebut memberikan informasi kepada kita bahwa betapa kerugian yang sangat tinggi pada setiap individu muslim yang mengalami kesakitan selain kehilangan waktu untuk memproduksi. Selanjutnya dapat dilakukan analisis kerugian ekonomi (biaya yang hilang) yang diakibatkan oleh kehilangan waktu produktif bagi seorang usia produktif, analisis tersebut dapat dilihat pada tabel berikut :

**Tabel 9**  
**Estimasi Biaya Yang Hilang Akibat Waktu Prouktif Yang Hilang Berdasarkan UMP**  
**Pasien Rawat Inap Kelas III RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe**  
**Periode Januari 2018 s.d November 2019**

| No                        | Nama Penyakit | Jml.Kasus<br>Usia Produktif<br>( H ) | Jml.Hari<br>Rawat Inap<br>( I ) | Upah<br>Minimum<br>Provinsi<br>(UMP)<br>( J ) | Jml.Biaya<br>Yang Hilang (Z)<br>( H x I x J ) |
|---------------------------|---------------|--------------------------------------|---------------------------------|---|---|
| 1                         | GEA           | 240                                  | 5                               | 11,920  | Rp 14,304,000                                 |
| 2                         | Thypfoid      | 398                                  | 8                               | 11,920  | Rp 37,953,280                                 |
| 3                         | APP           | 564                                  | 7                               | 11,920  | Rp 47,060,160                                 |
| 4                         | KP            | 538                                  | 7                               | 11,920  | Rp 44,890,720                                 |
| 5                         | Dyspepsia     | 499                                  | 4                               | 11,920  | Rp 23,792,320                                 |
| <b>Total Biaya Hilang</b> |               |                                      |                                 |   | <b>Rp 168,000,480</b>                         |

*Sumber : Data Primer, diolah,2019, UMP = Upah Minimum Provinsi Gorontalo 2019,(Rp. 2.384.020)*

Dari tabel di atas terlihat bahwa biaya yang hilang akibat waktu produktif yang hilang berdasarkan Upah Minimum Provinsi (UMP) yang dialami oleh seorang usia produktif sangatlah tinggi terutama jika dilihat dari 5 penyakit utama, kerugian tersebut tentu karena diakibatkan oleh waktu atau kesempatan yang hilang selama seseorang mengalami kesakitan. Selanjutnya bahwa untuk menentukan total kerugian ekonomi (ELtot) dapat dilihat pada tabel berikut di bawah ini :

Tabel 10  
Estimasi Total Kerugian Ekonomi (*Economic Loss*) Usia Produktif  
Pasien Rawat Inap Kelas III RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe  
Periode Januari 2007 s.d Maret 2008

| No            | Nama Penyakit | Total Cost Pasien Rawat Inap<br>( X + Y ) |                      | Biaya Yang Hilang (Z) | Total Kerugian Ekonomi<br>(X+Y+Z) |
|---------------|---------------|---|----------------------|-----------------------|-----------------------------------|
|               |               | By. Langsung (X)                          | By. Tdk Langsung (Y) |                       |                                   |
| 1             | GEA           | Rp 453,480,000                            | Rp 180,250,240       | Rp 21,600,000         | Rp 655,330,240                    |
| 2             | Thyfoid       | Rp 1,619,103,800                          | Rp 477,950,398       | Rp 57,312,000         | Rp 2,154,366,198                  |
| 3             | APP           | Rp 1,028,510,400                          | Rp 592,465,564       | Rp 71,064,000         | Rp 1,692,039,964                  |
| 4             | KP            | Rp 2,476,744,870                          | Rp 565,180,538       | Rp 67,788,000         | Rp 3,109,713,408                  |
| 5             | Dyspepsia     | Rp 1,188,967,300                          | Rp 299,750,499       | Rp 35,928,000         | Rp 1,524,645,799                  |
| <b>Jumlah</b> |               | Rp 6,766,806,370                          | Rp 2,115,597,239     | Rp 253,692,000        | Rp 9,136,095,609                  |

Sumber : Data Primer, diolah, 2019

## E. KESIMPULAN

Rata-rata lama perawatan pada 5 penyakit utama yang menjadi objek penelitian, yakni berkisar antara 5 sampai 8 hari perawatan bergantung dari jenis penyakit dan tingkat perawatan. Jumlah kerugian (economic loss) pada pembiayaan langsung adalah sebesar Rp.6,766,806,370 untuk 5 penyakit utama dalam periode waktu Januari 2018 hingga November 2019.

Jumlah kerugian (economic loss) pada pembiayaan tidak langsung yakni Rp.2,115,597,239 pada 5 penyakit utama periode waktu Januari 2018 sampai November 2019. Jumlah kerugian (economic loss) terhadap kesempatan yang hilang atau pendapatan yang hilang akibat kehilangan waktu produktif adalah sebesar Rp.253,692,000 pada 5 penyakit utama periode waktu Januari 2018 hingga November 2019.

Total biaya yang dikeluarkan oleh pasien rawat inap (kerugian ekonomi) adalah sebesar Rp.9,136,095,609 selama periode waktu Januari 2018 sampai November 2019 untuk 5 penyakit utama pada pasien usia produktif.

## DAFTAR PUSTAKA

- Abraham J.H, 2008. “ *Metode Survey Dalam Kedokteran Komunitas* ”, Gajah Mada University Press.
- Anne Mills & Lucy Gilson, 2009. “ *Ekonomi Kesehatan untuk Negara-Negara Sedang Berkembang* ”. Dian Rakyat.
- Ahmad Aswad, 2004. ” *Kerugian Ekonomi Pasien Rawat Inap Usia Produktif Pada Lima Penyakit Utama* ”.
- Senen, M., & Lanyumba, F. S.,2018. Kerugian Ekonomi (Economic Loss) Pasien Rawat Inap Up Dalam Penderita Dispepsia Di Badan Rumah Sakit Daerah Kabupaten Banggai Bulan Agustus Tahun 2017. *Jurnal Kesmas Untika Luwuk: Public Health Journal*, 9(1), 1303-1314.
- Yunita, N., Rahim, T. A., & Saputra, I, 2018. Analisis Kerugian Ekonomi dan Karakteristik Penderita Kusta di Kabupaten Pidie. *Jukema (Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh)*, 4(2), 331-338.
- Isnaini, I., Abdullah, A., & Saputra, I. (2018). Kerugian Ekonomi Akibat Schizophrenia pada Penderita Rawat Inap di Rumah Sakit Jiwa Aceh Tahun 2016 dan Estimasi Nilai Kerugian pada Tahun Berikutnya. *Jukema (Jurnal Kesehatan Masyarakat Aceh)*, 4(2).
- S. Munawir,2002. *Akuntansi Keuangan dan Manajemen*, Edisi Pertama, Cetakan Pertama, BPFE, Yogyakarta.
- Mulyadi, 2005, *Akuntansi Biaya*, Edisi Kelima, Yogyakarta: Unit Penerbit dan Pecetakan Akademi Manajemen Perusahaan YKPN
- Effendi Nasrul,2015. “ *Perawatan Kesehatan Masyarakat* ”,EGC.
- Mantra Ida Bagus, 2012. “ *Pengantar Studi Demografi* ”, Nur Cahaya.
- Notoadmodjo Soekidjo,2002. ” *Metodologi Penelitian Kesehatan* ”.Rineka Cipta.
- Prijono Tjiptoherjanto & Budhi Soesetyo,2011. ” *Ekonomi Kesehatan* ”.Rineka Cipta.
- RI Depkes “ *Undang-Undang Kesehatan No.36* ”.2009
- “ *Rencana Pembangunan Kesehatan Menuju Indonesia Sehat 2010* ”.2007
- RSUD Prof.Dr.H.Aloei Saboe,2015. ” *Profil Rumah Sakit* ”.Gtlo.
- Sulastomo”*Manajemen Kesehatan*,2017. ” *Gramedia Jakarta*”.
- SK Gubernur Gorontalo ” *Penetapan Upah Minimum provinsi* ”.2003