

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Penyakit gigi dan mulut merupakan salah satu penyakit tidak menular yang sering diabaikan dan paling banyak dialami oleh penduduk dunia. Prevalensinya terus meningkat seiring dengan pertumbuhan urbanisasi dan perubahan lingkungan hidup. Penyakit ini sering diabaikan dan hampir setengah penduduk dunia, atau sekitar 3,5 miliar, pernah mengalaminya. Penderitanya paling banyak di negara-negara berkembang. Penyakit gigi dan mulut yang banyak penderitanya adalah: karies, penyakit periodontal, kanker mulut, manifestasi HIV pada rongga mulut, trauma mulut, celah bibir dan langit-langit, dan noma (WHO, 2023).

Sekitar 2,5 miliar penduduk dunia menderita karies gigi permanen, dan 44% di antaranya menderita karies yang tidak dirawat. Di negara maju seperti Amerika, prevalensi karies pada usia dewasa adalah 25,2% dan 20% dari mereka memiliki karies yang tidak dirawat (Bashir, 2022; WHO, 2023).

Prevalensi penyakit gigi dan mulut di Indonesia lebih tinggi dibandingkan dengan negara-negara Asia, yaitu 88,8% untuk karies dan 74,1% untuk penyakit periodontal. Penyakit pada mukosa oral yang banyak ditemukan adalah stomatitis aftosa rekuren (SAR) 2,8%, lesi prekanker 0,1% dan penyakit lesi lainnya 5,3%. Penyakit pada jaringan lunak yang paling sering dikeluhkan adalah abses 14%, gusi berdarah 13,9%, sariawan berulang 8% (4 kali dalam sebulan) dan sariawan menetap dalam satu bulan 0,9% (Kesehatan, 2019b; Glick and Williams, 2021).

Kehilangan gigi merupakan fase akhir penyakit gigi dan mulut. Diperkirakan 7% penduduk dunia berusia di atas 20 tahun dan 23% penduduk berusia di atas 60 tahun kehilangan seluruh giginya. Di Indonesia, pada penduduk berusia di atas 15 tahun, 1,3% mengalami kehilangan seluruh gigi dan 51,4% kehilangan kurang dari 28

gigi. Kehilangan gigi menyebabkan keterbatasan fungsi, gangguan psikologis dan dampak sosial (Kesehatan, 2019a; WHO, 2022; Jain *et al.*, 2024)

Prevalensi penyakit gigi dan mulut di Indonesia meningkat setiap tahun. Pada tahun 2013, prevalensi karies adalah 25,9%, sedangkan pada tahun 2018 meningkat menjadi 57,6%. Peningkatan prevalensi penyakit tidak diikuti oleh proporsi penduduk yang mendapatkan pengobatan. Tahun 2013 penduduk yang mendapatkan pengobatan 31,1% sedangkan tahun 2018 adalah 10,2% (Kesehatan, 2019b)

Penyakit gigi dan mulut dapat menyebabkan rasa sakit, ketidaknyamanan dan cacat (WHO, 2023). Penyakit gigi dan mulut berdampak pada aktivitas sehari-hari, gangguan makan dan bicara, masalah gizi, serta gangguan psikologis dan sosial. Penyakit gigi dan mulut juga berdampak pada perekonomian. Sakit gigi menyebabkan penduduk kehilangan hari kerja atau sekolah 3,64 hari/ tahun (Kesehatan, 2019b).

Salah satu alasan menunda perawatan gigi adalah karena biaya perawatan dan kepemilikan asuransi kesehatan (Pizarro *et al.*, 2009; Santoso *et al.*, 2020; Pengpid and Peltzer, 2021). Biaya perawatan gigi dan mulut termasuk biaya empat termahal dalam pelayanan kesehatan . Biaya pelayanan kesehatan gigi relatif mahal karena menggunakan sumber daya yang banyak dan perawatan berulang kali (WHO, 2010, 2024)

Biaya menjadi beban bagi penduduk yang tidak mampu. Biaya merupakan salah satu alasan penduduk tidak mencari pengobatan. Di sebagian besar negara, biaya pelayanan gigi tidak termasuk dalam asuransi sosial (WHO, 2023). Sebanyak 86,4% penduduk usia dewasa di Indonesia tidak pernah mengunjungi dokter gigi (Santoso *et al.*, 2020). Studi di Jawa Timur, Indonesia, menemukan bahwa hanya 9% responden yang memanfaatkan layanan kesehatan gigi dalam satu tahun terakhir (Hariyani *et al.*, 2021). Hampir 10% dari pendapatan rumah tangga di Arab Saudi digunakan untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut (AlBaty *et al.*, 2019).

Biaya pelayanan kesehatan gigi tidak termasuk dalam asuransi kesehatan di banyak negara di dunia. Belanda memiliki asuransi kesehatan nasional, tetapi tidak menanggung biaya pelayanan kesehatan gigi. Berbeda dengan Indonesia dan Malaysia, biaya pelayanan gigi ditanggung oleh asuransi nasional (Susi *et al.*, 2026). National

Health System di Spanyol menyediakan layanan kesehatan gigi yang sangat terbatas. Sebagian besar perawatan gigi ditanggung oleh penduduk secara out-of-pocket. Di negara ini, lebih dari 10% pendapatan penduduk digunakan untuk perawatan gigi. Penelitian menunjukkan bahwa rata-rata pengeluaran rumah tangga untuk layanan kesehatan mencapai €987,38 per tahun (López-López *et al.*, 2023).

Mengatasi biaya tersebut Pemerintah Indonesia tahun 2004 menyelenggarakan asuransi kesehatan untuk seluruh penduduk melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS Kesehatan) sebagai penyelenggara. Kepesertaan JKN hingga November 2023 tercatat sebanyak 265.601.105 peserta atau 94,6% dari jumlah penduduk. Sejak diberlakukannya JKN, terjadi peningkatan kunjungan pasien BPJS ke fasilitas kesehatan dari tahun 2014 hingga 2021 sebesar 152%. Pada tahun 2019, jumlah kunjungan pasien BPJS adalah 276.100.000 dengan 180.400.000 kunjungan ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 95.700.000 kunjungan ke Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL). Kunjungan ke FKRTL terdiri dari 84.700.000 kunjungan rawat jalan dan 11.000.000 kunjungan rawat inap. Tahun 2022, jumlah kunjungan pasien BPJS adalah 313.500.000, dengan 205.600.000 kunjungan ke FKTP, 95.900.000 kunjungan rawat jalan, dan 12.000.000 kunjungan rawat inap di FKRTL ([https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/BPJS 2023](https://www.bpjs-kesehatan.go.id/#/BPJS%2023), 2023).

JKN bekerja sama dengan berbagai fasilitas kesehatan, yaitu 23.535 FKTP, 3.071 FKRTL, dan 5.504 apotek. BPJS Kesehatan membayar FKTP melalui sistem kapitasi dan FKRTL melalui Indonesia Case-Based Groups (INA-CBGs). Pada INA-CBGs, kelompok penyakit dan prosedur klinis dikelompokkan menjadi 32 Case Main Groups (CMGs). CMG berhubungan dengan sistem organ dimulai dari abjad A sampai Z. INA-CBGs mempunyai 1075 kelompok tarif, terdiri dari 786 kode grup rawat inap dan 289 kode grup rawat jalan (Kemenkes R.I., 2014).

Penyakit gigi dan mulut belum memiliki kelompok tersendiri dalam INA-CBGs dan masih digabungkan dengan kelompok medis lainnya. Penyakit gigi dan mulut digabungkan kepada CMG U (telinga hidung tenggorokan dan mulut). Penyakit gigi dan

mulut dalam INA-CBGs memiliki 21 kode rawat inap dan 18 kode rawat jalan (Kemenkes R.I., 2014).

Berdasarkan panduan praktis bagi dokter gigi dari Kementerian Kesehatan, penyakit gigi dan mulut mempunyai 60 kelompok diagnosis dengan 39 prosedur klinis (Kemenkes R.I., 2014). Berdasarkan ICD 10, penyakit gigi dan mulut mempunyai 381 kode diagnosis dan 215 prosedur klinis sesuai ICD 9CM. Berdasarkan ICD-10, penyakit gigi dan mulut terdapat pada Blok K (Penyakit Sistem Cerna), L (penyakit Kulit dan Jaringan Subkutan), M (Penyakit Muskuloskeletal), O (Kehamilan, Persalinan, dan Masa Nifas), dan S (Cedera dan Keracunan). Berdasarkan ICD-9-CM, penyakit gigi dan mulut memiliki 215 kode prosedur klinis pada prosedur 21-29, yaitu operasi pada hidung, mulut, dan faring pada kode 23.0 sampai 27.9 (WHO, 2024).

Kode kelompok penyakit gigi dan mulut pada INA-CBGs tidak cukup adekuat untuk menampung semua diagnosis dan prosedur klinis yang ada. Kelompok penyakit gigi dan mulut terlalu sedikit dan digabungkan pada kelompok penyakit medis. Kode penyakit gigi dan mulut dalam INA-CBGs terlalu umum seperti K-2-22-0 (Prosedur besar pada gastrointestinal atas), dan U-2-21-0 (Prosedur besar pada telinga, hidung, tenggorokan dan mulut). Terbatasnya kelompok diagnosis yang terdapat pada INA-CBGs dapat menyebabkan semua sumber daya yang digunakan tidak dapat dibayarkan dan berdampak pada keberlangsungan rumah sakit (Kemenkes R.I., 2014).

Saat ini, dalam Sistem INA-CBGs belum tersedia pengelompokan kasus (casemix) khusus untuk kesehatan gigi dan mulut, sehingga Sistem INA-CBGs belum mampu mengakomodasi kompleksitas diagnosis dan prosedur kesehatan gigi dan mulut secara memadai. Tarif yang tersedia belum berbasis pada biaya aktual dan tidak mencerminkan kompleksitas tindakan. Pada saat ini belum terdapat kebijakan nasional yang secara spesifik mengatur model pembiayaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut berbasis casemix (Kemenkes R.I., 2014).

Penelitian di Rumah Sakit Pendidikan di Malaysia menyatakan pada sistem casemix My DRG, penyakit gigi dan mulut digabungkan ke grup CMG A (penyakit infeksi dan parasit), G (Sistem Syaraf Pusat), H (Eye and Adnexa Groups), I

(Cardiovascular system Groups), K (Digestive system Groups), L (Skin, subcutaneous tissue dkk breast Groups), M (Musculoskeletal system & connective tissue Groups), Q (Ambulatory Groups-Episodic), U (Ear, nose, mouth & throat Groups) dan Z (Factors influencing health status and other contacts with health services Groups). Penyakit gigi dan mulut juga belum mempunyai kode tersendiri dalam My DRG. Hal ini menyebabkan pembayaran yang diterima rumah sakit mungkin tidak sesuai dengan sumber daya yang digunakan (Mohamed, 2022).

Di rumah sakit di Thailand, sistem pembayaran menggunakan anggaran global. Sejak Universal Health Care Coverage dilaksanakan pada tahun 2001, permintaan terhadap pelayanan kesehatan gigi dan mulut meningkat, meskipun biayanya tinggi. Peningkatan permintaan pelayanan tidak didukung oleh alokasi dana khusus untuk pelayanan gigi. Alokasi dana yang diberikan sangat kecil karena penyakit gigi dan mulut belum menjadi prioritas (Wisaijohn *et al.*, 2010; Pongpirul and Robinson, 2013).

Studi terdahulu mengenai casemix oral health oleh Wisaijohn tahun 2010 dilakukan pada tiga rumah sakit di Thailand, menggunakan data rekam medis pasien dari April 2008 sampai Maret 2009. Hasil penelitiannya mengelompokkan oral health casemix menjadi 2 grup utama, yaitu oral maxillofacial surgery (OMFS) disebut grup M dan tooth periodontium disebut grup D. Terdapat 1.624 klasifikasi penyakit gigi dan mulut. Klasifikasi yang terlalu banyak akan menyulitkan penggunaannya sebagai alat pembayaran (Wisaijohn *et al.*, 2010).

Studi pendahuluan yang dilakukan pada enam dokter gigi yang bekerja di beberapa rumah sakit yang melayani pasien JKN di Padang menyatakan bahwa biaya yang dibayarkan lebih rendah daripada tarif yang berlaku di rumah sakit. Pada perawatan tertentu, berlaku satu tarif perawatan untuk semua tindakan. Seperti pada pasien dengan diagnosis K05.1 prosedur 23.7 kode INA-CBGs U-3-16-0 (prosedur pada gigi), diagnosis K05.1 prosedur 96.54 kode INA-CBGs U-3-16-0 (prosedur pada gigi), pasien dengan diagnosis Z09.8;K05 prosedur 23.09 kode INA-CBGs U-3-16-0 (prosedur pada gigi), dan pasien dengan diagnosis Z09.8;K04 prosedur 29.8 kode INA-CBGs 3-16-0 (prosedur pada gigi), mempunyai tarif yang sama, yaitu Rp.

300.700,-. Tarif pada INA-CBGs belum mempertimbangkan tingkat kesulitan, penggunaan alat dan bahan yang berbeda. Hasil studi awal yang membandingkan tarif rumah sakit yang melayani pasien BPJS menunjukkan bahwa tarif yang dibayarkan BPJS jauh lebih rendah daripada tarif yang berlaku untuk pasien umum. Contoh pada salah satu rumah sakit tipe C untuk pasien rawat jalan dengan kode diagnosis Z09.8;KO4 (ICD 10) dengan 23.7 (ICD 9 CM) kode INA-CBGs U-3-16-0 (Prosedur pada gigi), tarif INA-CBGs Rp. 300.700, sedangkan tarif di rumah sakit Rp. 374.000,- . (B. P. J. S. Kesehatan, 2014)

Tarif yang terlalu murah dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit dan menurunkan kinerja petugas. Kinerja petugas akan memengaruhi performa rumah sakit. Untuk mengatasi tarif murah tersebut, dokter gigi membatasi tindakan pada pasien dan menjadwalkan ulang tindakan selanjutnya. Tindakan yang seharusnya dapat dilakukan dalam satu kali kunjungan dibagi menjadi beberapa kunjungan. Hal ini menyebabkan waktu pengobatan menjadi lebih lama. Memperpanjang waktu perawatan dengan menjadwalkan ulang pasien merupakan salah satu bentuk moral hazard. (Machmud *et al.*, 2020; López-López *et al.*, 2023; Syafrawati *et al.*, 2023).

Penghitungan tarif pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara terperinci dalam sistem casemix INA-CBGs perlu dilakukan agar semua prosedur klinis pasien dapat dibayarkan. Penelitian di RS Sanglah Bali pada pasien kanker non-kemoterapi menyatakan bahwa biaya yang dikeluarkan untuk perawatan lebih tinggi dari tarif dalam INA-CBGs (Satibi *et al.*, 2019). Penelitian pada Rumah Sakit Dharmais pada pasien dengan diagnosis kanker (payudara, servik dan paru) menyatakan tidak ada perbedaan antara biaya yang dikeluarkan rumah sakit dengan tarif pada INA-CBGs (Yuliastuti *et al.*, 2023). Penelitian di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Airlangga mengenai biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit untuk persalinan dan biaya yang diterima dari klaim INA-CBGs menyatakan bahwa pembayaran yang diterima dari klaim INA-CBGs sangat rendah dibandingkan dengan biaya yang dikeluarkan rumah sakit (Wardhana *et al.*, 2020).

Penelitian mengenai tarif pelayanan kesehatan gigi dan mulut dalam JKN belum banyak dilakukan. Penelitian mengenai biaya kapitasi pelayanan kesehatan gigi

dan mulut pada FKTP, menyatakan bahwa biaya kapitasi sesuai dengan manfaat pelayanan yang diberikan oleh FKTP (Febrian, 2019).

Penelitian mengenai casemix kesehatan mulut dan tarifnya belum pernah dilakukan di Indonesia. Pelayanan penyakit gigi dan mulut terabaikan, dan belum pernah dievaluasi kode (kelompok) penyakitnya dalam INA-CBGs. Saat ini penyakit gigi dan mulut dikelompokkan pada CMG K (sistem pencernaan) dan U (telinga, hidung, dan tenggorokan). Pada INA CBGs belum tersedia pengelompokan kasus (casemix) khusus kesehatan gigi dan mulut. Sistem INA-CBGs belum mampu mengakomodasi kompleksitas diagnosis dan prosedur kesehatan gigi dan mulut secara memadai. Tarif yang ada belum berbasis pada biaya aktual dan tidak mencerminkan kompleksitas tindakan. Pada saat ini juga belum terdapat kebijakan nasional yang secara spesifik mengatur model pembiayaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut berbasis casemix (Kemenkes R.I., 2014).

Kode penyakit gigi dan mulut dalam INA-CBGs terlalu umum dan kurang spesifik. Kode yang ada tidak memadai untuk menampung kode penyakit dan kode prosedur gigi dan mulut yang tersedia. Tarif yang berlaku dalam INA-CBGs terlalu rendah dan terdapat tarif yang sama untuk semua tindakan. Hal ini menyebabkan tidak semua sumber daya yang digunakan dapat dibayarkan. Sampai saat ini belum ada kebijakan yang mengatur model pembiayaan pelayanan kesehatan gigi dalam INA-CBGs (Kesehatan, 2013).

Berdasarkan uraian di atas, perlu dibuat Sistem Oral Health Casemix pada INA-CBGs. Oral Health casemix akan memiliki kelompok tersendiri dalam INA-CBGs. Sistem Oral Health Casemix ini merupakan yang pertama di Indonesia. Kelebihannya dibandingkan dengan model yang sudah ada adalah bahwa sistem ini dibuat berdasarkan kelemahan sistem oral health casemix pada INA-CBGs. Perhitungan tarif berdasarkan biaya yang dikeluarkan untuk prosedur klinis pasien di pelayanan gigi. Sistem ini dapat menggambarkan diagnosis dan prosedur pelayanan yang diterima pasien, sehingga dapat digunakan sebagai alat pembayaran dalam Oral Health Casemix INA-CBGs. Casemix merupakan penggabungan antara costing, coding, clinical pathway dan teknologi informasi.

Penelitian akan dilakukan di Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) Rumah Sakit Tipe C. Rumah Sakit Tipe C dipilih karena rumah sakit rujukan tipe C paling banyak di Indonesia. Jumlah kunjungan di rumah sakit tipe C lebih banyak dibandingkan rumah sakit tipe B dan A. Waktu tunggu untuk mendapatkan pelayanan gigi di rumah sakit tipe C berkisar antara 1 minggu dan 1 bulan. Penelitian akan dilakukan pada rumah sakit tipe C yang terdiri dari rumah sakit milik pemerintah dan rumah sakit milik swasta. Pemilihan rumah sakit untuk penelitian berdasarkan kriteria rumah sakit yang memiliki dokter spesialis gigi dan melayani pasien rujukan BPJS Kesehatan. Penelitian dilakukan di Rumah Sakit Rasyidin (RS Rasyidin) dan Rumah Sakit Semen Padang (RS Semen Padang). Rumah Sakit Rasyidin dipilih karena mewakili rumah sakit milik pemerintah, sedangkan Rumah Sakit Semen Padang merupakan rumah sakit swasta dengan jumlah kunjungan pasien gigi terbanyak di Kota Padang.

Jumlah pasien rawat jalan pada Rumah Sakit Semen Padang tahun 2020-2023 sebanyak 21.625 pasien rawat jalan dan 610 pasien rawat inap. Jumlah pasien di Rumah Sakit Umum Daerah Rasyidin dari tahun 2020 sampai tahun 2023 terdiri dari 2.405 pasien rawat jalan dan 605 pasien rawat inap.

Biaya pelayanan gigi dan mulut merupakan bagian dari biaya pelayanan kesehatan di rumah sakit. Biaya dihitung dari unit produksi dan unit penunjang. Pada penelitian ini akan dilakukan distribusi biaya dari unit penunjang kepada unit produksi menggunakan Step-Down Cost Accounting (SDCA).

B. Rumusan Masalah

Penyakit gigi dan mulut belum memiliki pengelompokan khusus dalam kesehatan gigi dan mulut berbasis hubungan antara diagnosis, prosedur, dan penggunaan sumber daya dalam INA-CBGs. Kelompok penyakit ini digabungkan ke dalam kelompok medis CMG K (sistem pencernaan) dan CMG U (telinga, hidung, tenggorokan dan mulut) dengan 21 kode rawat jalan dan 18 kode rawat inap. Kode yang tersedia dalam INA-CBGs saat ini, tidak cukup adekuat untuk menampung semua

diagnosis dan prosedur klinis pasien. Kode yang tidak sesuai menyebabkan tidak semua sumber daya yang digunakan dapat dibayarkan.

Tarif yang lebih murah dan tarif yang sama untuk beberapa prosedur pada kelompok penyakit gigi dan mulut dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit dan menurunkan kinerja dokter sebagai pemberi layanan. Untuk mengatasi hal tersebut, dokter gigi membatasi tindakan dan menjadwalkan ulang pasien agar tarif yang didapatkan sesuai. Memperpanjang waktu pengobatan menyebabkan kerugian pada pasien dan merupakan salah satu bentuk moral hazard. Berdasarkan hal di atas, perlu dibuat kelompok khusus untuk penyakit gigi dan mulut serta menghitung tarif pelayanan.

Rumusan masalah pada penelitian ini adalah belum tersedianya model pengelompokan dan tarif pelayanan kesehatan gigi berbasis sumber daya aktual dalam sistem INA-CBGs di rumah sakit tipe C di Kota Padang.

C. Pertanyaan Penelitian

Berdasarkan uraian di atas maka pertanyaan penelitian adalah:

1. Bagaimanakah pengembangan oral health casemix dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional di rumah sakit tipe C?
2. Bagaimanakah karakteristik pasien dengan penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs di rumah sakit tipe C?
3. Bagaimanakah prevalensi diagnosis pasien gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs di rumah sakit tipe C?
4. Bagaimanakah prevalensi prosedur klinis penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs pada rumah sakit tipe C?
5. Bagaimanakah kelompok penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs pada rumah sakit tipe C?
6. Bagaimanakah kelompok casemix kesehatan gigi di rumah sakit tipe C?
7. Berapakah biaya kelompok oral health casemix di rumah sakit tipe C?
8. Apakah terdapat perbedaan biaya antara unit cost dengan tarif INA CBGS dan tarif Rumah Sakit.

D. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengembangkan Oral Health Casemix dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional pada Rumah Sakit Tipe C.

2. Tujuan Khusus

1. Mengetahui karakteristik pasien penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs pada rumah sakit tipe C.
2. Mengetahui prevalensi diagnosis pasien gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs pada rumah sakit tipe C.
3. Mengetahui prevalensi prosedur klinis berdasarkan INA-CBGs pada rumah sakit tipe C.
4. Mengetahui kelompok penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs di rumah sakit tipe C.
5. Menentukan biaya pelayanan pada kelompok penyakit gigi dan mulut berdasarkan INA-CBGs di rumah sakit tipe C.
6. Membuat sistem oral health casemix pada rumah sakit tipe C
7. Menentukan biaya kelompok casemix kesehatan mulut di rumah sakit tipe C.
8. Mengetahui perbedaan biaya antara unit cost, tarif INA-CBGs, dan tarif rumah sakit.

E. Manfaat Penelitian

a. Ilmu Pengetahuan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan bagi pengembangan ilmu pengetahuan tentang model casemix kesehatan mulut di Indonesia. Sistem ini dapat digunakan sebagai alat pembayaran dalam Program Jaminan Kesehatan (JKN) INA-CBGs.

b. Pembuat Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional

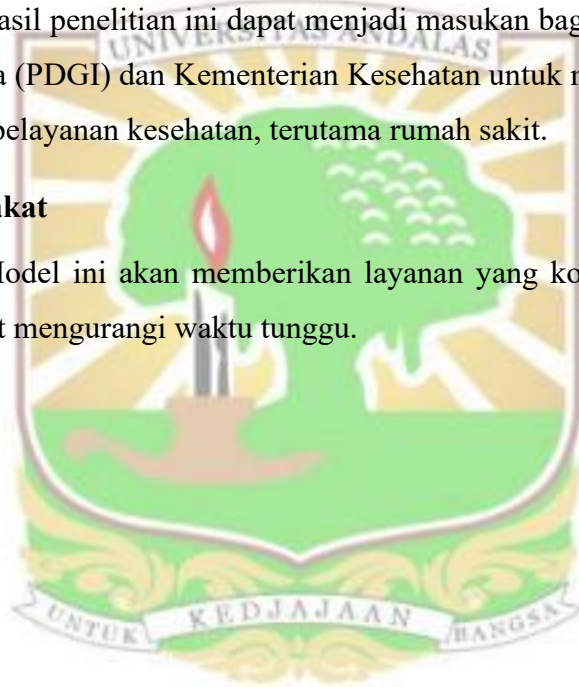
Sistem oral health casemix hasil penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai proyek percontohan (pilot project), serta rekomendasi bagi Kementerian Kesehatan untuk membuat kebijakan tentang model casemix oral health di Indonesia. Model ini dapat meningkatkan pengelolaan dana masyarakat dan pemerintah oleh BPJS secara optimal.

c. Dokter Gigi

Model ini dapat menjadi dasar dalam penetapan tarif pelayanan gigi dan mulut. Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan bagi Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI) dan Kementerian Kesehatan untuk mencegah kerugian pada fasilitas pelayanan kesehatan, terutama rumah sakit.

d. Masyarakat

Model ini akan memberikan layanan yang komprehensif bagi pasien dan dapat mengurangi waktu tunggu.



F. Kebaruan Penelitian (Research Novelty)

Perbandingan penelitian ini dilakukan dengan sistem oral health casemix yang sudah ada di dunia dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

No	Aspek	Malaysia (MY-DRG Oral Health)	Thailand (Thai DRG/Oral Casemix)	Penelitian
1.	Sistem Pembayaran	Casemix untuk rumah sakit	DRG dengan kasus klasifikasi sangat rinci	Mengembangkan sistem pembayaran casemix sesuai karakteristik JKN
2.	Klasifikasi	Pelayanan khusus gigi dalam MYDRG	Klasifikasi sangat rinci, ribuan kombinasi diagnosa dan prosedur	Klasifikasi berdasarkan karakteristik yang relevan dengan implementasi JKN
3.	Dasar pembayaran	Cost weight, hospital base rate	Relative Weight dan Base Rate	Integrasi <i>unit cost</i> , tarif rumah sakit, tarif INA-CBGs, <i>Hospital Base Rate</i> , dan <i>Cost Weight</i> nasional
4.	Sumber data	Rumah sakit pemerintah pendidikan USM	Satu rumah sakit	Rumah sakit pemerintah dan rumah sakit swasta
5.	Analisis biaya aktual	Dasar pengembangan tarif	Penyusunan bobot relatif	Komponen evaluasi kesesuaian unit cost dan tarif
6.	Implementasi	Memerlukan infrastruktur casemix	Sulit, karena jumlah kode terlalu banyak	Sesuai dengan sistem JKN
7.	Kontribusi ilmiah	Pengembangan casemix nasional	Klasifikasi kasus sangat detail	Pengembangan system pembayaran yang mengintegrasikan analisis biaya aktual, evaluasi tarif INA-CBGs, dan simulasi pembayaran berbasis <i>Hospital Base Rate</i> serta <i>Cost Weight</i> dalam konteks JKN Indonesia

Berdasarkan tabel di atas maka penelitian ini memiliki tiga aspek kebaruan, yaitu kebaruan teoritis, metodologis, dan praktis.

a. Kebaruan teoritis

Penelitian ini menghasilkan kerangka konseptual baru dalam pembiayaan pelayanan kesehatan gigi dan mulut dengan mengintegrasikan tiga komponen utama, yaitu klasifikasi kasus berbasis diagnosis dan prosedur klinis, analisis

biaya pelayanan (unit cost), serta mekanisme pembayaran prospective payment system melalui Hospital Base Rate (HBR) dan Cost Weight (CW). Penelitian ini menjelaskan keterkaitan antara kompleksitas kasus klinis, konsumsi sumber daya pelayanan, dan besaran tarif yang layak. Kerangka konseptual tersebut memperluas pengembangan teori pembiayaan kesehatan berbasis casemix, khususnya pada pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang selama ini terabaikan.

b. Kebaruan Metodologis

Penelitian ini mengembangkan pendekatan metodologis melalui penerapan Step-Down Costing untuk menghitung biaya satuan pelayanan kesehatan gigi dan mulut secara lebih rinci. Kemudian dilanjutkan dengan pengembangan Dental Batch Grouper sebagai alat untuk mengklasifikasikan kasus berdasarkan diagnosis dan prosedur pelayanan. Selanjutnya, penelitian ini menghitung Hospital Base Rate (HBR) dan Cost Weight (CW) untuk setiap kelompok kasus sebagai dasar penyusunan usulan tarif pembayaran. Pendekatan ini berbeda dari metode konvensional yang umumnya menggunakan biaya rata-rata tanpa mempertimbangkan variasi kompleksitas kasus. Metode yang dikembangkan mampu menghasilkan estimasi biaya dan tarif yang lebih akurat, objektif, serta sesuai dengan karakteristik rumah sakit tipe C di Indonesia.

c. Kebaruan praktis dan kebijakan

Penelitian ini merupakan penelitian pertama di Indonesia yang menghasilkan Sistem Oral Health Casemix yang mencakup struktur klasifikasi kasus (Dental Batch Grouper), perhitungan Hospital Base Rate (HBR), Cost Weight (CW), serta usulan tarif berbasis biaya riil pelayanan. Sistem Oral Health Casemix dapat menjadi acuan dalam penyusunan sistem pembayaran prospektif untuk pelayanan kesehatan gigi dan mulut serta memberikan dasar ilmiah bagi Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan para pemangku kepentingan dalam mengevaluasi dan menyempurnakan tarif INA-CBGs. Implementasi sistem ini diharapkan dapat mengurangi kesenjangan antara biaya pelayanan

aktual dengan tarif pembayaran, meningkatkan efisiensi pembiayaan, serta mendukung keberlanjutan pelayanan kesehatan gigi dan mulut di rumah sakit.

