

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Tujuan pembangunan kesehatan hanya dapat dicapai bila didukung oleh kerjasama dengan semangat kemitraan antar semua pelaku pembangunan, baik Pemerintah secara lintas urusan, Pemerintah dan daerah, badan legislative dan yudikatif, serta masyarakat, termasuk swasta. (Kepmenkes 374 tahun 2009, tentang SKN). Sistem Kesehatan Nasional (SKN) adalah suatu sistem yang dilaksanakan untuk mencapai tujuan pembangunan nasional di bidang kesehatan. Dengan demikian, penyelenggaraan pembangunan kesehatan dengan dukungan pengelolaan kesehatan sesuai SKN dapat dilaksanakan dengan berhasil guna dan berdaya guna dengan interaksi, interelasi, serta keterpaduan berbagai upaya yang dilakukan oleh semua pelaku SKN. Dalam pelaksanaan SKN, seluruh pelaku harus memegang teguh prinsip-prinsip umum SKN dan prinsip dasar masing-masing subsistemnya, tetapi juga harus realistis dengan kemampuan sumber daya manusia dan ketersediaan dana dan sumber daya lainnya, serta kondisi lingkungannya, sebab tujuannya yang merupakan komponen pengelolaan kesehatan dalam SKN ini belum terlaksana secara terintegratif. (Departemen Kesehatan Republik Indonesia. 2004.)

Pengaturan teknis pelaksanaan lebih lanjut program SKN dituangkan dalam berbagai peraturan sebagai turunan dari kedua Undang-Undang tersebut diatas, baik dalam bentuk Peraturan Pemerintah (PP), Peraturan Presiden (Perpres), Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes), Keputusan Menteri

Kesehatan (Kepmenkes), Surat Edaran (SE) Menteri Kesehatan, Pedoman Pelaksanaan (Manlak), Petunjuk Teknis (Juknis), Panduan Praktis dan lain-lain.

Sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia terbagi menjadi dua sistem yakni sistem *Fee for Service (Out of Pocket)* serta sistem *Health Insurance*. Sistem *Out of Pocket* ini merupakan sistem yang dipakai pada sebagian besar pelayanan kesehatan dimana pasien yang berobat akan membayar kepada pemberi layanan kesehatan secara pribadi berdasarkan layanan yang didapatkannya. Melalui sistem ini, dokter akan mendapatkan pendapatan sesuai dengan pelayanan yang diberikan. Semakin banyak pasien, semakin banyak pendapatan yang diterima. Sebagian besar masyarakat Indonesia masih sangat bergantung kepada sistem ini. Berdasarkan data WHO, pada tahun 2011 saja masih terdapat 75,7% masyarakat Indonesia yang memakai sistem pembiayaan *Out of Pocket* ini dan hanya 8,4% yang melaksanakan sistem *Health Insurance*. Untuk sistem *health insurance* sendiri Indonesia masih menganut sistem kapitasi dan sistem DRG (*Diagnose related Group*).

Pembiayaan Kesehatan di Indonesia dananya masih bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN), Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD), dan dari masyarakat, yaitu Premi Mandiri bagi peserta Asuransi, dimana sumber dana ini masih terlalu kecil, sehingga berdampak pada proses pembiayaan kesehatan di fasilitas kesehatan, baik pada tingkat primer maupun pada tingkat sekunder atau tersier/ rumahsakit. Di sisi lain, ketersediaan fasilitas kesehatan milik pemerintah masih minim dari aspek kualitas dan kuantitas, sehingga peran swasta sangat diharapkan penuh untuk dapat membantu pemerintah mencapai tujuan kesehatan nasional. Namun

begitupun, apakah rumahsakit swasta apakah mampu bertahan di era JKN ini jika menjalankan skema pembiayaan yang ditawarkan pemerintah. Atau, mungkinkah jika ada rumahsakit swasta yang masih bertahan tidak ikut serta dalam program JKN ini, justru menemukan semacam pasar tersendiri untuk kemajuan rumahsakit tersebut. (Supari, S.F., *et al.* 2009, Indrajit 2001)

Karena proses pembiayaan ini yang belum berjalan lancar dan belum sesuai dengan yang diharapkan oleh banyak kalangan pelaku kesehatan termasuk juga investor di bisnis kesehatan. Seperti yang banyak dialami oleh rumahsakit swasta kebanyakan, merugi jika mengikuti pola tarif yang diberikan oleh BPJS selaku pelaksana/ penyelenggara JKN. Terutama jika sudah berkenaan dengan perawatan dengan sarana Intensive Care Unit (ICU).

1.2 Identifikasi Masalah

Pihak swasta masih berpartisipasi dalam mewujudkan tujuan kesehatan nasional, meskipun keikut sertaannya sebagai fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS, banyak menemukan benturan- benturan, kerugian dalam penagihan dengan dalih verifikasi, aturan yang semakin lama semakin mempersulit dokter dan pengelola rumahsakit. Peneliti ingin mengetahui seberapa besar peluang bagi suatu rumah sakit, khususnya swasta, untuk dapat tumbuh dengan mengembangkan Intensive care Unit (ICU). Banyak rumahsakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS, sementara itu aturan BPJS yang semakin memberatkan rumahsakit dalam pelayanan rawatan intensive, terutama pada pembiayaannya yang rendah. Maka ada peluang, dan mungkin sudah banyak

terjadi, banyak rumah sakit yang melakukan system quota untuk peserta pemegang BPJS. Pada saat itu, peserta BPJS/ pasien mestilah dirujuk ke rumahsakit lainnya yang bekerjasama dengan BPJS.. Dan merujuk ini tidaklah mudah, mengingat rumahsakit lain (yang bekerjasama dengan BPJS) bisa melakukan penolakan.

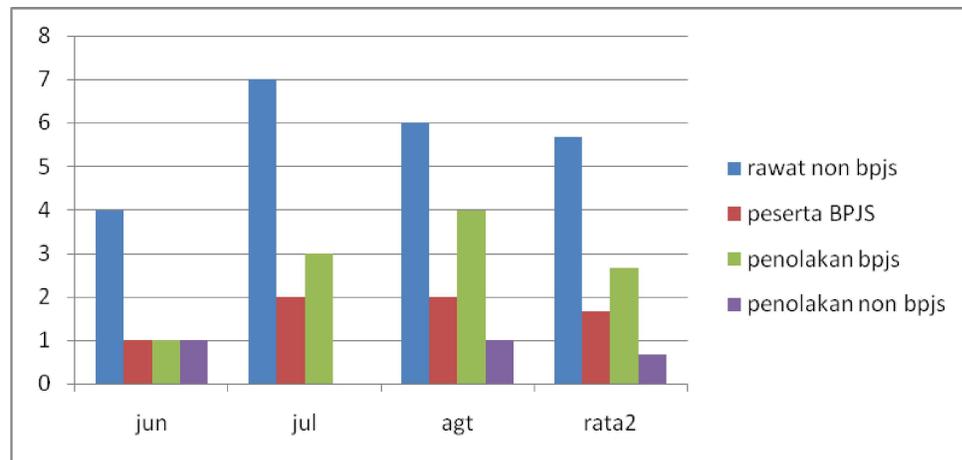
Tarif pembiayaan rawatan ICU dari InaCBGs sangat mempengaruhi pelayanan ICU di rumah sakit, terutama rumah sakit swasta. Tarif tersebut berada di bawah tariff normalnya rumah sakit. Akibatnya, beberapa rumah sakit melakukan strategi penerimaan pasien yang membutuhkan fasilitas ICU, dengan cara membatasi pemakaian jumlah pemakaian tempat tidur rawat ICU bagi peserta pengguna BPJS. Hasil wawancara dan telaah dokumen pada penelitian awal dengan tiga rumah sakit swasta di batam, menyebutkan angka pengalihan/ penolakan ICU masih relative tinggi dengan angka yang bervariasi dari setiap rumah sakit. Begitu juga halnya dengan pembagian/ perbandingan rawatan inap ICU antara pasien pengguna BPJS Kes dan non pengguna BPJS Kes, yang menunjukkan selisih angka rawatan yang tinggi untuk non pengguna BPJS. Dapat dilihat dari table berikut untuk data tersebut.

Tabel 1.1 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs X Batam periode sept 2015 sampai dengan agt 2016

NO	BULAN	rawat ICU	peserta BPJS	penolakan	penolakan bpjs
1	jun	5	1	2	1
2	jul	9	2	3	3
3	agt	8	2	5	4
4	rata2	7.3	1.6	3.3	2.6
5	jumlah	22	5	10	8

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Rs X Batam

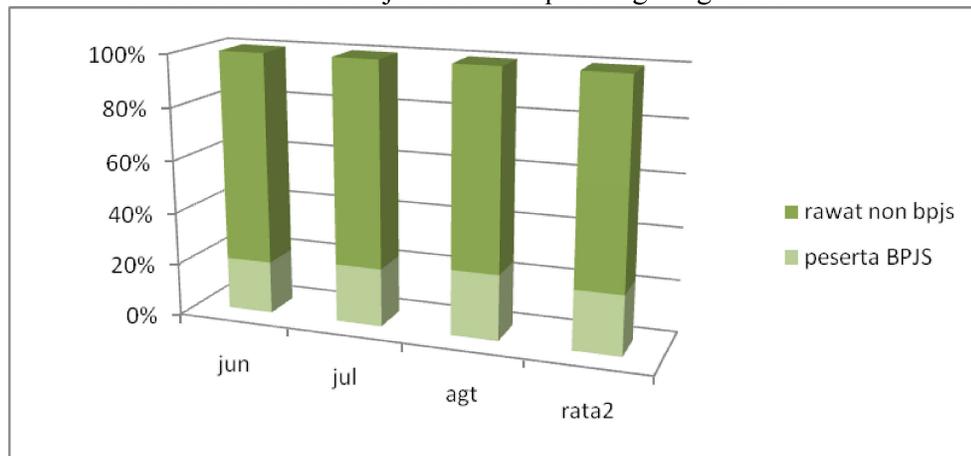
Diagram 1.1 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs X Batam Periode juni 2016 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu.

Dari table dan diagram tersebut, jumlah rawatan ICU RS X batam pada periode juni 2016 sampai dengan agt 2016 sebesar 22 pasien. Dengan 5 pasien diantaranya berasal dari kepesertaan BPJS. Sedangkan 17 nya merupakan pasien non pengguna BPJS.

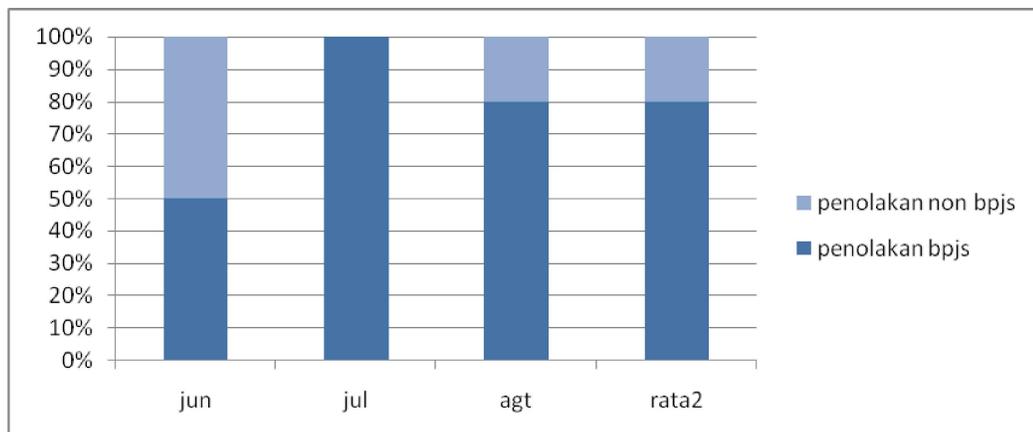
Diagram 1.2 Perbandingan Jumlah peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU
Rs X Batam Periode jun 2016 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu.

Sedangkan dari diagram diatas, jumlah rawatan ICU RS X batam pada periode juni 2016 sampai dengan agt 2016 yang menggunakan peserta BPJS sebesar \pm 19%. Sedangkan 81 % berasal dari kepesertaan non BPJS.

Diagram 1.3 Perbandingan Jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs X Batam, periode jun 2016 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs X Batam, dari penelitian pendahulu.

Pada diagram diatas, dapat dilihat jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs X Batam 2016, periode juni 2015 sampai

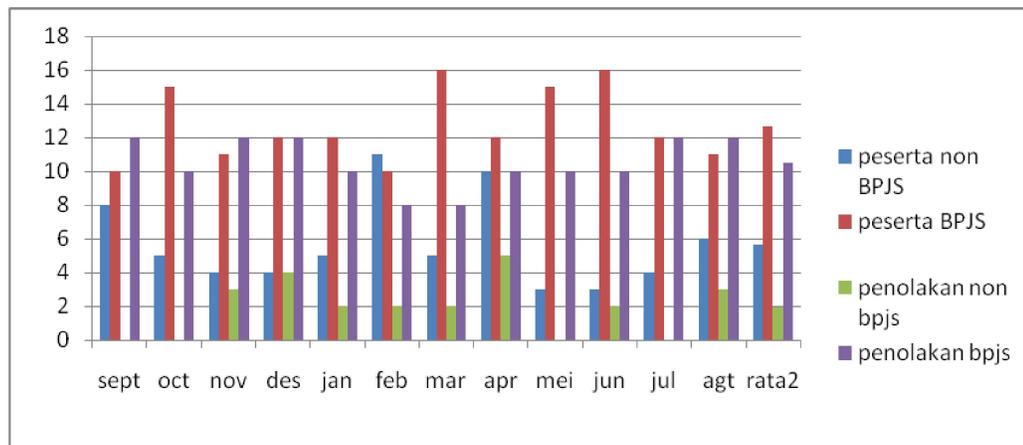
dengan agt 2016, untuk peserta BPJS sebesar \pm 73 %. Sedangkan 27 % berasal dari kepesertaan non BPJS.

Tabel 1.2 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam periode sept 2015 sampai dengan agt 2016

NO	BULAN	rawat ICU	peserta BPJS	penolakan	penolakan bpjs
1	sept	18	10	12	12
2	oct	20	15	10	10
3	nov	15	11	15	12
4	des	16	12	16	12
5	jan	17	12	12	10
6	feb	21	10	10	15
7	mar	21	16	10	12
8	apr	22	12	15	10
9	mei	18	15	10	10
10	jun	19	16	12	10
11	jul	16	12	12	12
12	agt	17	11	15	12
	jumlah	220	152	149	126
	rata2	18.3	12.6	12.4	11.4

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Rs Y Batam

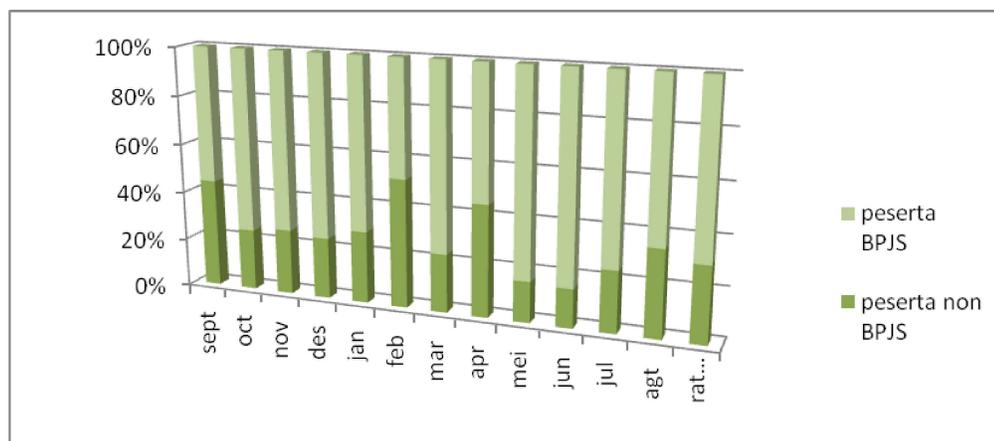
Diagram 1.4 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam 2001
Periode sept 2015 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs YBatam,
dari penelitian pendahulu.

Dari table dan diagram di atas, jumlah rawatan ICU RS Y batam pada periode sept 2015 sampai dengan agt 2016 sebesar 220 pasien. Dengan 152 pasien diantaranya berasal dari kepesertaan BPJS. Sedangkan 68 diantaranya merupakan pasien non pengguna BPJS.

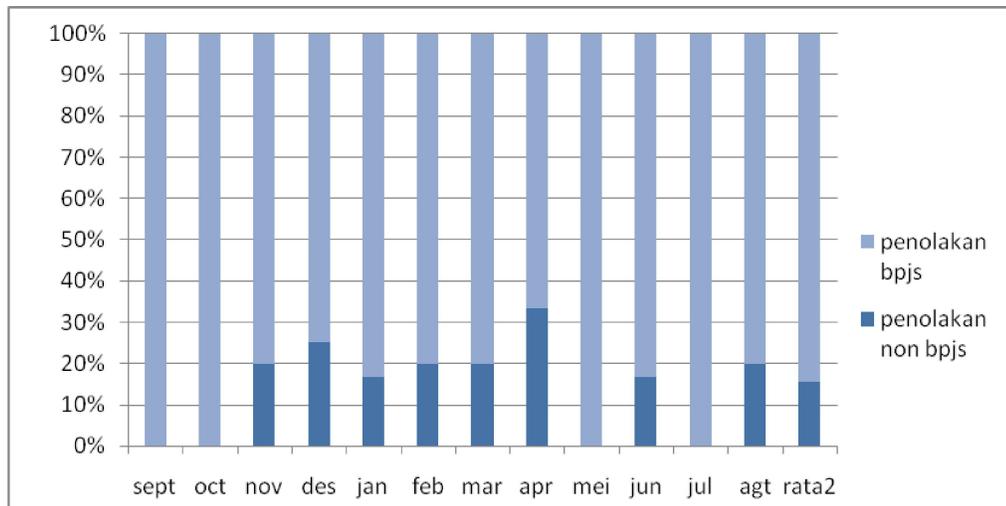
Diagram 1.5 Perbandingan Jumlah peserta BPJS dan Non BPJ Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam Periode sept 2015 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs Y Batam,
dari penelitian pendahulu.

Sedangkan dari diagram diatas, jumlah rawatan ICU RS Y batam pada periode sept 2015 sampai dengan agt 2016 yang menggunakan peserta BPJS sebesar $\pm 70\%$. Sedangkan 30% berasal dari kepesertaan non BPJS.

Diagram 1.6 Perbandingan Jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam, periode sept 2015 sampai dengan agt 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs Y Batam, dari penelitian pendahulu.

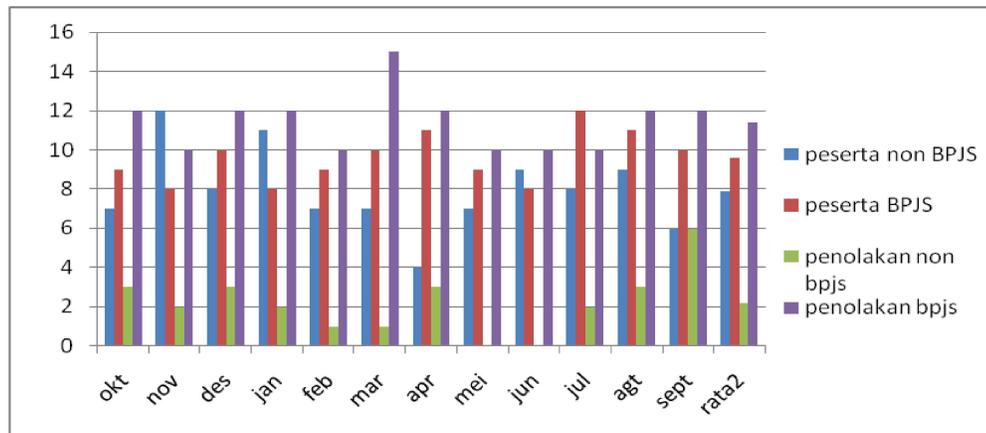
Pada diagram diatas, dapat dilihat jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs Y Batam 2016, periode sept 2015 sampai dengan agt 2016, untuk peserta BPJS sebesar $\pm 83\%$. Sedangkan 17% berasal dari kepesertaan non BPJS.

Tabel 1.3Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Z Batam
periode oct 2015 sampai dengan sept 2016

NO	BULAN	rawat ICU	peserta BPJS	penolakan	penolakan bpjs
1	okt	16	9	15	12
2	nov	20	8	12	10
3	des	18	10	15	12
4	jan	19	8	14	12
5	feb	16	9	11	10
6	mar	17	10	16	15
7	apr	15	11	15	12
8	mei	16	9	10	10
9	jun	17	8	10	10
10	jul	20	12	12	10
11	agt	20	11	15	12
12	sept	16	10	18	12
	jumlah	210	115	163	137
13	rata2	17.5	9.5	13.5	11.4

Sumber : wawancara dan dokumentasi data informasi Rs Z Batam

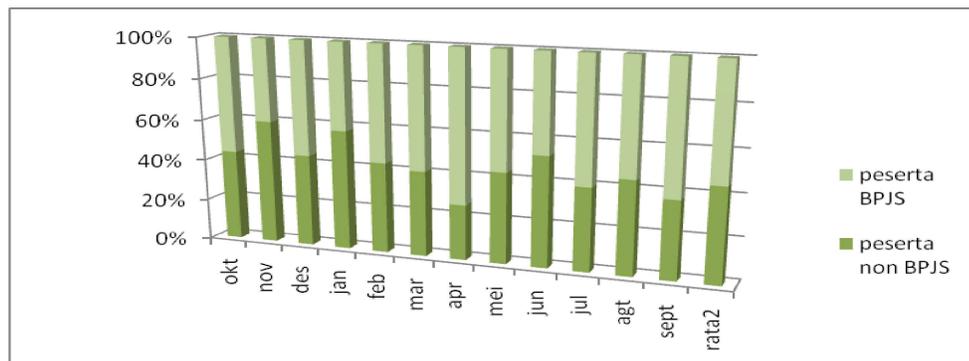
Diagram 1.7 Jumlah Pasien Rawatan ICU Rs Z Batam 201
Periode oct 2015 sampai dengan sept 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs Z Batam, dari penelitian pendahulu.

Dari table dan diagram di atas, jumlah rawatan ICU RS Z batam pada periode oct 2015 sampai dengan sept 2016 sebesar 210 pasien. Dengan 115 pasien diantaranya berasal dari kepesertaan BPJS. Sedangkan 95 diantaranya merupakan pasien non pengguna BPJS.

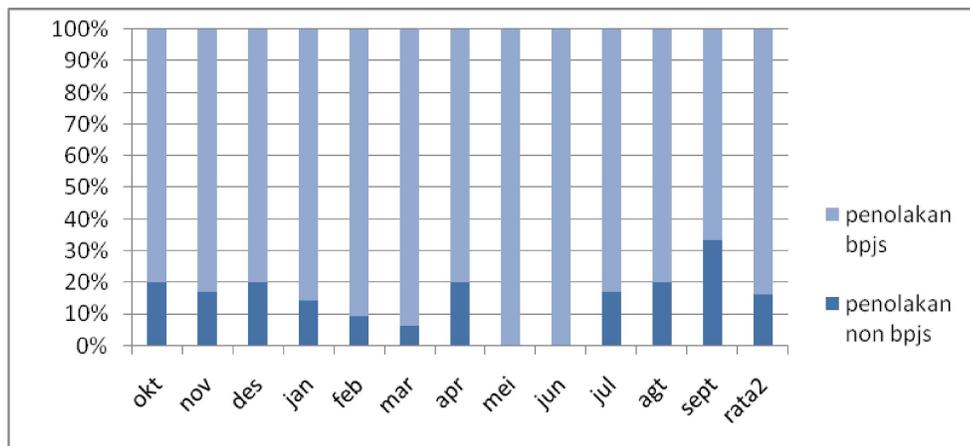
Diagram 1.8 Perbandingan Jumlah peserta BPJS dan Non BPJ Pasien Rawatan ICU Rs Z Batam Periode oct 2015 sampai dengan sept 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs Z Batam, dari penelitian pendahulu.

Sedangkan dari diagram diatas, jumlah rawatan ICU RS Z batam pada periode oct 2015 sampai dengan sept 2016 yang menggunakan peserta BPJS sebesar $\pm 52\%$. Sedangkan 48% berasal dari kepesertaan non BPJS.

Diagram 1.9 Perbandingan Jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs Z Batam, periode oct 2015 sampai dengan sept 2016



Sumber : analisis statistic dokumentasi data informasi Rs Z Batam, dari penelitian pendahulu.

Pada diagram diatas, dapat dilihat jumlah penolakan peserta BPJS dan Non BPJS Pasien Rawatan ICU Rs Z Batam 2016, periode oct 2015 sampai dengan sept 2016, untuk peserta BPJS sebesar $\pm 85\%$. Sedangkan 15% berasal dari kepesertaan non BPJS.

Dari data – data pada studi awal di atas, dapat dilihat besaran jumlah rawtan di ketiga rumah sakit yang berbeda – beda, dengan perbandingan jumlah pasien ICU antara pengguna BPJS kes dan non pengguna BPJS kes yang bervariasi. Namun jika dilihat dari penolakan penerimaan pasien yang membutuhkan rawatan ICU, pasien Pengguna BPJS kes lebih besar jumlahnya dibanding dengan non pengguna BPJS kes, sebesar rata – rata 80% . Ini

menunjukkan adanya permasalahan dalam rawatan dan penerimaan pasien yang membutuhkan fasilitas ICU.

1.3 Pembatasan Masalah

Ditinjau dari pembiayaan rawatan rumah sakit, maka pada era JKN ini, cara pembayaran perawatan rumah sakit, termasuk rawatan ICU, dengan konsep Ina CBGs ini berdasarkan diagnosis, bukan berdasarkan pemakaian atau utilitas tindakan pelayanan. Dalam hal ini, rumah sakit mendapatkan pembayaran berdasarkan biaya yang dihabiskan dalam suatu kelompok diagnosis. Keadaan ini mendorong adanya suatu insentif biaya pemberi pelayanan kesehatan, dan melakukan tindakan medis sebatas keperluan dan memperpendek lama rawatan.(Sulatomo, 2010). Hal ini dapat terjadi karena adanya kesenjangan pembiayaan pelayanan kesehatan antara tariff rumah sakit dengan tarif dari INACbGs. Sebagai contoh pada gambar berikut, adalah perbandingan tarif rawatan ICU di rumah sakit x dan tarif dari INACBgs pada suatu kasus.

Gambar 1 . Laporan tarif pembiayaan rawatan pasien pengguna BPJS Kes Di rumah sakit x Batam 2016

Sumber : Dokumentasi data informasi Rs x Batam

Gambar 2 . Laporan tarif pembiayaan rawatan pasien ICU pengguna BPJS Kes
Di rumah sakit x Batam 2016

Umur (hari) : 16152 Jenis Perawatan : 1 - Rawat Inap
Tgl Lahir : 21/03/1972 Cara Pulang : 1 - Sembuh
Jenis Kelamin : 1 - Laki-laki LOS : 12 hari
Diagnosa Utama : S2240 (Multiple fractures of ribs, closed)
Diagnosa Sekunder : S202 (Contusion of thorax)
S669 (Injury of unspecified muscle and tendon at wrist and hand level)
S6250 (Fracture of thumb , closed)
S099 (Unspecified injury of head)
S619 (Open wound of wrist and hand part, part unspecified)
Prosedur : 9212 (Scan of other sites of head)
8723 (Other x-ray of thoracic spine)
8399 (Other operations on muscle, tendon, fascia, and bursa)
3404 (Insertion of intercostal catheter for drainage)
8179 (Other repair of hand, fingers, and wrist)
7851 (Internal fixation of scapula, clavicle, and thorax [ribs and sternum] without fracture reduction)
8628 (Nonexcisional debridement of wound, infection or burn)
3402 (Exploratory thoracotomy)
Hasil Grouping
INA-CBG : **J-1-30-II** Deskripsi : PROSEDUR SISTEM PERNAFASAN MODERAT KOMPLEKS SEDANG
Special CMG : Tariff Top Up : Rp.0,00
Tarif RS : Rp 101.722.802,00 Total Tarif : Rp 13.452.700,00

Sumber : Dokumentasi data informasi Rs x Batam

Dari studi awal, penelidikan data tarif dalam pembiayaan rawatan pasien ICU seperti gambar di atas terlihat, pasien tersebut dengan diagnosis multi fraktur iga dan injury muscle dan tendon, telah dilakukan tindakan operasi dengan pemasangan fiksasi internal iga dan repair muscle dan tendon. Kemudian pada tarif rumah sakit di atas sebesar Rp. 101.722.802,- tidak sebanding dengan tarif dari INACbgs sebesar Rp. 13.452.700.-. Hal ini dapat ditemukan juga pada kasus atau diagnosa lainnya pada penggunaan rawatan ICU.

Gambar 3 . Laporan tarif pembiayaan rawatan pasien ICU pengguna BPJS Kes
Di rumah sakit x Batam 2016

<p>Umur (hari) : 13549 Jenis Perawatan : 1 - Rawat Inap Tgl Lahir : 04/05/1979 Cara Pulang : 1 - Sembuh Jenis Kelamin : 2 - Perempuan LOS : 3 hari Kelas Perawatan : 1 - Kelas 1 Berat Lahir : - Diagnosa Utama : O322 (Maternal care for transverse and oblique lie) Diagnosa Sekunder : O821 (Delivery by emergency caesarean section) Prosedur : 7499 (Other cesarean section of unspecified type) 9915 (Parenteral infusion of concentrated nutritional substances) 9929 (Injection or infusion of other therapeutic or prophylactic substance) 9059 (Other microscopic examination of blood) 598 (Ureteral catheterization) 8878 (Diagnostic ultrasound of gravid uterus) 7534 (Other fetal monitoring) 9396 (Other oxygen enrichment) ADL : 0 Hasil Grouping INA-CBG : O-6-10-I Deskripsi : PROSEDUR OPERASI PEMBEDAHAN CAESAR RINGAN Special CMG : Tariff Top Up : Rp.0,00 Tarif RS : Rp 10.124.278,00 Total Tarif : Rp 5.698.100,00</p>

Sumber : Dokumentasi data informasi Rs x Batam

Pada gambar di atas juga dapat dilihat kesenjangan biaya rawatan pasien ICU dari tarif rumah sakit dengan tariff yang dikeluarkan dari INACBGs , antara Rp. 10.124.278,- dan Rp. 5.698.100,-. Ini adalah pasien dengan pasca section yang membutuhkan fasilitas ICU.

Pada beberapa hasil penelitian pendahuluan di atas menunjukkan anomali kebijakan hukum yang pada awalnya ingin membangun pelayanan kesehatan di masyarakat agar menjadi lebih baik, akan tetapi implikasi di lapangan dan pada pelaksanaannya mengalami penyalahgunaan kebijakan hukum.

Karena itu perlu penelitian yang lebih lanjut dan mendalam untuk menemukan factor yang menyebabkan hal ini terjadi dan keterkaitannya dengan kebijakan yang bertentangan dengan aturan / hukum. Tata kelola dan manajemen ICU sangat berpengaruh dalam proses penerimaan dan pengalihan/ penolakan rawatan ICU ini. Dan ini juga akan berpengaruh dalam pengelolaan ICU yang sub standard. Tentunya ini juga tidak terlepas dari implementasi kebijakan hukum

publik di setiap tempat pengguna. Karenanya aspek kebijakan dan usulan kebijakan dan strategi manajemen sangat berpengaruh dalam output penelitian ini.

1.4 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, pelayanan ICU di rumah sakit sejak era JKN/ BPJS di kota Batam masih bermasalah, diantaranya selisih besaran tariff yang diklaim oleh rumah sakit swasta, tidak sebandingnya harga dari tariff rumah sakit yang tinggi dengan tariff Ina C BGs yang lebih rendah, seperti kasus di atas yaitu besar tariff rumah sakit : Rp 10.124.278,00 dibanding dengan tariff Ina C BGs : Rp 5.698.100,00. Pada data ketersediaan ICU di Batam adanya perbedaan dalam pemenuhan fasilitas ICU, hal ini menunjukkkn kesenjangan dalam pelaksanaan penerapan aturan kebijakan rumah sakit di Batam, terbukti hanya 6 rumah sakit yang memiliki icu dari 17 jumlah seluruh rumah sakit. Dari 6 rumah sakit tersebut 4 diantaranya rs swasta, dan hanya 3 yang bekerjasama dengan BPJS kesehatan. Kemudian adanya penolakan rujukan ICU dari dan antar rumah sakit, terutama rumah sakit swasta, terutama saat penerimaan pasien di instalasi gawat darurat. Dapat dilihat dari tiga rumah sakit menunjukkan pada periode tahun 2016 penolakan ICU dengan kepesertaan BPJS Kes rata- rata 70 % sampai 85 % disbanding dengan non kepesertaan BPJS sebesar 15 % sampai 30 %. Dan berdasarkan wawancara dari berbagai sumber khususnya di kota Batam , pengalihan rawatan ICU masih menjadi masalah. Hal ini perlu peneitian lebih lanjut, untuk menemukan penyebab utamanya.

1.5 Tujuan penelitian

1.5.1 Tujuan Umum:

Secara umum, penelitian ini bertujuan untuk menganalisis manajemen dan tata kelola ICU rumah sakit swasta di Batam dan memberikan usulan rekomendasi strategi untuk mengatasi permasalahan ICU rumah sakit swasta di Batam di era JKN.

1.5.2 Tujuan Khusus:

1. Melakukan analisis situasi internal Regulasi ICU yang meliputi pembiayaan, sumber daya manusia, metode, dan sarana.
2. Melakukan analisis situasi eksternal Regulasi ICU yang meliputi Kebijakan, koordinasi antar lembaga, system rujukan, dan pengetahuan masyarakat akan layanan BPJS .
3. Melakukan analisis stake holder Regulasi ICU masing- masing rumah sakit swasta.
4. Memberikan usulan rekomendasi strategi bersama dalam Regulasi ICU.

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1. Manfaat Teoritis

1. Menambah pengetahuan dan kompetensi bagi peneliti dalam bidang kebijakan kesehatan.
2. Memberikan ilmu baru dalam menyelesaikan permasalahan system JKN

3. Memberikan masukan bagi banyak stake holder dalam menjalankan system pelayanan kesehatan, terutam terkait permasalahan pembiayaan dan system rawatan, dan manajemen ICU
4. Memberikan alternative solusi bagi pengampu kebijakan untuk koreksi dalam rangka untuk terus memperbaiki system JKN atau BPJS itu sendiri.

1.6.2. Manfaat Praktis

Penelitian ini dilakukan di beberapa pelayanan kesehatan di kota batam (rumah sakit), yang memiliki fasilitas rawatan ICU. Data diambil dari sumber fasilitas pelayanan kesehatan berupa surat rawatan masuk ICU, data rekapitulasi rekam medis yang membutuhkan rawatan ICU, dan wawancara dari sumber seperti administrasi, pimpinan fasyankes, dokter dan pengampu kebijakan.

Penelitian ini dilakukan pada rumah sakit swasta di batam yang memiliki sarana rawatan ICU,pada bulan Desembrer 2016 – Januari 2017, yang sumber datanya dari saran ICU, tenaga medis yang terlibat, dan pihak manajemen RS. Pada awalnya subjek penelitian terdiri atas empat Rumah Sakit swasta, karen memiliki fasilitas dan saran ICU, namun salah satu Rumah Sakit terputus kerjasama dengan BPJS Kesehatan, sehingga peneliti tdak memasukkan Rumah Sakit tersebut ke dalam subjek penelitian, karena akan menghapus data pada periode yang sama untuk semua rumah sakit yang hendak diteliti. Kemudian rumah sakit berikutnya, yakni RS Elizabeth, oleh peneliti digugurkan dalam proses penelitian, disebabkan data keuangan yang tidak dapat dikeluarkan oleh

pihak Rumah Sakit secara lengkap, hal ini dapat mempengaruhi kualitas penelitian. Sehingga akhirnya ada dua Rumah Sakit saja yang bisa dan siap untuk di teliti, yaitu Rumah Sakit Graha Hermine dan Rumah Sakit Budi Kemuliaan.

Data penelitian yang diambil terdiri dari data primer berupa telaah dokumen, observasi dan wawancara terhadap pelaku manajemen ICU, organisasi, stake holder, pemangku kebijakan, serta kepustakaan pendukung. Analisis hukum dan analisis kualitatif dilakukan untuk menarik kesimpulan, dan memberikan usulan hukum dan kebijakan.