



**FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI BIAYA
ANTARA BIAYA RIIL DAN TARIF INA CBGS PADA PASIEN
JANTUNG KORONER RAWAT INAP JKN DI RSUD
TUGUREJO SEMARANG TAHUN 2019**

SKRIPSI

Diajukan sebagai Salah Satu Syarat untuk
Memperoleh Gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat

Disusun oleh:

Bunga Ifatun Nisa

6411416010

**JURUSAN ILMU KESEHATAN MASYARAKAT
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG**

2020

ABSTRAK

Bunga Ifatun Nisa

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Biaya antara Biaya Riil Dan Tarif INA CBGs pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN Di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019

XVI + 105 halaman + 27 tabel + 2 gambar + 13 lampiran

Jantung koroner adalah penyakit karena gangguan fungsi jantung yang disebabkan oleh jantung kekurangan pasokan darah, karena terjadi penyempitan arteri koroner. Tahun 2018 biaya penyakit jantung di Indonesia sebesar Rp 9,3 triliun. Tujuan penelitian ini yaitu untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi biaya riil rumah sakit, kesesuaian biaya riil dan tarif INA CBGs dan upaya yang dilakukan rumah sakit dalam menanggulangi selisih biaya.

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional analitik* dengan pendekatan kuantitatif dan kualitatif, dengan rancangan *cross sectional*, menurut perspektif rumah sakit, pengambilan data secara retrospektif dari rekam rekam medis tahun 2019. Sampel yang ditetapkan sebanyak 85 pasien dan 6 informan. Instrumen yang digunakan adalah lembar pengumpulan data dan pedoman wawancara. Data dianalisis menggunakan analisis deskriptif untuk karakteristik pasien, analisis data menggunakan *one sample t-test* untuk mengetahui selisih biaya riil dengan tarif INA CBGs, uji anova atau uji *unpaired t-test* untuk mengetahui faktor-faktor yang berpengaruh terhadap biaya riil.

Hasil didapatkan bahwa terdapat selisih antara biaya riil dengan tarif paket INA CBGs pada semua kelas perawatan dan semua tingkat keparahan. Faktor-faktor yang berpengaruh adalah usia, tingkat keparahan, kelas perawatan, lama hari rawat, dan jumlah prosedur. Selain itu, adanya *software, clinical pathway* juga berpengaruh terhadap biaya riil. Hasil uji statistik ($p=0,00$) terdapat ketidaksesuaian antara total biaya riil dengan total tarif INA CBGs.

Saran penelitian ini adalah agar rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi terhadap klaim biaya pelayanan kesehatan rawat inap melalui pemantauan proses pengkodean dan verifikasi.

Kata kunci : Jantung Koroner, Biaya Riil, Tarif INA CBGs

Kepustakaan : 62 (2009 – 2019)

ABSTRACT

Bunga Ifatun Nisa

Factors Affecting the Cost between the Real Cost and INA CBGs Fare among NHI Inpatients of Coronary Heart Disease in Tugurejo Semarang Hospital 2019

XVI + 105 pages + 27 tables + 2 images + 13 appendices

Coronary heart disease is a disease due to impaired cardiac function caused by the heart's lack of blood supply, due to narrowing of the coronary arteries. In 2018 the cost of heart disease in Indonesia will be Rp 9.3 trillion. The purpose of this study is to find out what factors can influence the real costs of hospitals, the suitability of real costs and INA CBG rates and the efforts made by hospitals in tackling the difference in costs.

This study was an observational analytic study with quantitative and qualitative approaches, with a cross sectional design, according to a hospital perspective, retrospectively collecting data from the 2019 medical records. The sample was 85 patients and 6 informants. The instrument used was the data collection sheet and interview guidelines. Data were analyzed using descriptive analysis for patient characteristics, data analysis using one sample t-test to determine the difference in real costs with INA CBG rates, ANOVA test or unpaired t-test to determine the factors that influence real costs.

The results show that there is a difference between real costs and package rates INA CBGs in all treatment classes and all severities. The influencing factors are age, severity, class of care, length of stay, and number of procedures. In addition, the presence of software, clinical pathways also affect the real costs. Statistical test results ($p = 0.00$) there is a mismatch between the total real costs and the total INA CBG rates.

The suggestion of this research is that the hospital conduct monitoring and evaluating claims for inpatient health care costs by monitoring the coding and verification process.

Keywords : Coronary Heart, Real Costs, INA CBG Rates

Literature : 62 (2009 – 2019)

PERNYATAAN

Dengan ini saya menyatakan bahwa dalam skripsi ini tidak terdapat karya yang pernah diajukan untuk memperoleh gelar kesarjanaan di suatu perguruan tinggi dan sepanjang pengetahuan saya juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah ini dan disebutkan dalam pustaka.

Semarang, 2 Juli 2020

Penulis,



Bunga Ifatun Nisa

NIM 6411416010

PENGESAHAN

Skripsi dengan judul "Faktor-faktor yang Mempengaruhi Biaya antara Biaya Riil dan Tarif INA CBGs pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019" yang disusun oleh Bunga Ifatun Nisa NIM 6411416010 telah dipertahankan di hadapan penguji pada Ujian Skripsi Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat, Fakultas Ilmu Keolahragaan, Universitas Negeri Semarang, yang dilaksanakan pada:

Hari, tanggal : Selasa, 12 Mei 2020

Tempat : https://meet.jit.si/ikm_skripsi_bunga

Panitia Ujian

Ketua



Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd
NIP. 196103201984032001

Sekretaris

Muhammad Azinar, S.KM, M.Kes
NIP. 198205182012121002

Dewan Penguji

Tanggal

Penguji I

Drs. Bambang Wahyono, M.kes
NIP.196006101987031002

09 Juni 2020

Penguji II

Dr. Irwan Budiono, M. Kes.(Epid)
NIP.197512172005011003

24 Juni 2020
.....

Penguji III

Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si
NIP. 196012171986011001

25 Juni 2020
.....

MOTTO DAN PERSEMBAHAN

MOTTO

1. “Tak selamanya kesulitan akan terus menjadi sebuah kesulitan yang tiada henti, akan ada kemudahan setelahnya (Al-Insyirah:6)”
2. “Allah tidak mengharuskan kita sukses, tapi Allah mengharapkan kita untuk mencoba. (Mario Teguh)

PERSEMBAHAN

Tanpa mengurangi rasa syukur kepada Allah, skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Ibu, Bapak, Kakak dan Adik tersayang yang memberi dukungan dan doanya
2. Teman seperjuangan AKK 2018
4. Almamater Universitas Negeri Semarang

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT atas rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi dengan berjudul “Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Biaya antara Biaya Riil Dan Tarif INA CBGs pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019”. Skripsi ini dibuat untuk melengkapi persyaratan memperoleh gelar Sarjana Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang.

Skripsi ini tidak lepas dari bantuan dan kerjasama banyak pihak, dengan segala rasa hormat dan kerendahan hati penulis mengucapkan rasa terima kasih kepada:

1. Prof. Dr. Tandiyo Rahayu, M.Pd, Dekan Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang atas izin observasi yang telah diberikan.
2. Bapak Dr. Irwan Budiono, M.Kes,(Epid) Ketua Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat yang telah memberikan kebijakan kepada penulis sehingga bisa menyelesaikan skripsi ini.
3. Bapak Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, arahan, dan masukan dalam penyusunan proposal skripsi ini.
4. Bapak dan Ibu Dosen Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan atas bekal ilmu pengetahuan yang diberikan selama kuliah.

5. Karyawan Tata Usaha Jurusan Ilmu Kesehatan Masyarakat (Bapak Ngatno) dan seluruh staf TU FIK UNNES yang telah membantu dalam segala urusan administrasi dan surat perijinan penelitian.
6. Petugas rekam medis, petugas klaim asuransi Rumah Sakit Tugurejo Semarang untuk izin serta bantuannya terhadap penulis dalam melaksanakan penelitian dan pengambilan data.
7. Bapak (Mohammad Khambali), Ibu (Faizah), Kakak (Fatimatuz Zahro, Inna Sofyana Ulyan Nisa), Adik (Mohammad Izzul Haq), serta segenap keluarga tercinta sehingga atas kasih sayang, doa, semangat dan dukungannya yang tidak terhingga sehingga skripsi ini bisa terselesaikan.
8. Keluarga besar Ponpes Durrotu Aswaja Semarang yang telah memberikan pelajaran, kasih sayang dan pengalaman hidup selama berada di perantauan.
9. Rekan-rekan sebimbangan atas bantuan dalam penyelesaian skripsi ini.
10. Semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian skripsi ini.

Semarang, Juli 2020

Penulis,

DAFTAR ISI

ABSTRAK.....	ii
ABSTRACT	iii
PERNYATAAN	iv
PENGESAHAN.....	v
MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....	vi
PRAKATA	vii
DAFTAR ISI	x
DAFTAR TABEL	xiv
DAFTAR GAMBAR.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 LATAR BELAKANG	1
1.2 RUMUSAN MASALAH	5
1.2.1 Rumusan Masalah Umum.....	5
1.2.2 Rumusan Masalah Khusus	5
1.3 TUJUAN PENELITIAN	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	7
1.4 MANFAAT PENELITIAN	8
1.4.1 Manfaat Teoritis	8
1.4.2 Manfaat Praktis	8
1.5 RUANG LINGKUP PENELITIAN	9
1.5.1 Ruang Lingkup Waktu	9
1.5.2 Ruang Lingkup Tempat.....	9
1.6 KEASLIAN PENELIAN.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	15
2.1 LANDASAN TEORI	15
2.1.1 Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia	15

2.1.2	Pembiayaan Kesehatan	24
2.1.3	Sistem Pembayaran Pelayanan Rumah Sakit.....	26
2.1.4	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Rumah Sakit.....	32
2.1.5	Komponen Biaya Rumah Sakit.....	36
2.1.6	<i>Clinical Pathway</i>	38
2.1.7	Penyakit Jantung Koroner	39
2.1	KERANGKA TEORI	44
BAB III METODE PENELITIAN		46
3.1	KERANGKA KONSEP	46
3.2	VARIABEL PENELITIAN.....	46
3.2.1	Variabel Bebas	46
3.2.2	Variabel Terikat	47
3.3	HIPOTESIS PENELITIAN	47
3.4	JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN	48
3.5	DEFINISI OPERASIONAL.....	49
3.6	POPULASI DAN SAMPEL.....	52
3.6.1	Populasi Penelitian	52
3.6.2	Sampel Penelitian.....	53
3.7	SUMBER DATA.....	55
3.7.1	Data Primer	55
3.7.2	Data Sekunder	55
3.8	INSTRUMEN PENELITIAN.....	56
3.8.1	Instrumen Data Kuantitatif.....	56
3.8.2	Instrumen Data Kualitatif.....	56
3.9	Teknik Pengambilan Data	57
3.9.1	Observasi.....	57
3.9.2	Wawancara.....	57
3.10	TEKNIK ANALISIS DATA	58
3.10.1	Data Kuantitatif.....	58
3.10.2	Data Kualitatif.....	58
3.11	PROSEDUR PENELITIAN	59

BAB IV HASIL PENELITIAN.....	61
4.1 GAMBARAN UMUM.....	61
4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian.....	61
4.2 HASIL PENELITIAN.....	63
4.2.1 Analisis Deskriptif Univariat.....	63
4.2.2 Analisis Data Biaya Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA CBGs Menggunakan uji <i>One Sample T-test</i>	68
4.2.3 Analisis Uji Anova dan <i>Unpaired T-test</i>	70
4.2.5 Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Biaya Riil Rumah Sakit.....	80
4.2.6 Upaya Yang dilakukan Rumah Sakit untuk Mengatasi Selisih.....	86
BAB V PEMBAHASAN.....	88
5.1 PEMBAHASAN.....	88
5.1.1 Analisis Biaya berdasarkan Tarif INA CBGs.....	88
5.1.2 Hubungan Usia dengan Pembiayaan Biaya Riil di RSUD Tugurejo.....	90
5.1.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	92
5.1.4 Hubungan Tingkat Keparahan dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	93
5.1.5 Hubungan Kelas Perawatan dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	95
5.1.6 Hubungan Lama Hari Rawat dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	96
5.1.7 Hubungan Jumlah Diagnosis Sekunder dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	98
5.1.8 Hubungan Jumlah Prosedur dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo.....	99
5.1.9 Keberadaan <i>Software</i>	100
5.1.10 Keberadaan <i>Clinical Pathway</i>	101
5.1.11 Upaya yang dilakukan RSUD Tugurejo untuk Mengatasi Selisih Pembiayaan.....	104
5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN.....	105
5.2.1 Hambatan Penelitian.....	105
5.2.2 Kelemahan Penelitian.....	105

BAB VI SIMPULAN DAN SARAN	106
6.1 SIMPULAN.....	106
6.2 SARAN.....	107
6.2.1 Bagi RSUD Tugurejo Semarang.....	107
6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya	107
DAFTAR PUSTAKA.....	109
LAMPIRAN	116

DAFTAR TABEL

Tabel 1. 1 Keaslian Penelitian.....	9
Tabel 2. 1 Pembagian Regional Tarif INA CBGs.....	19
Tabel 2. 2 Sub Grup Tipe Kasus	22
Tabel 2. 3 Sub Group Spesifik CBGs	22
Tabel 2. 4 Contoh Kode INA CBGs	23
Tabel 3. 1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel.....	50
Tabel 4. 1 Karakteristik Pasien berdasarkan Usia.....	64
Tabel 4. 2 Karakteristik Pasien berdasarkan Jenis Kelamin	64
Tabel 4. 3 Karakteristik Pasien berdasarkan Tingkat Keparahan	64
Tabel 4. 4 Karakteristik Pasien berdasarkan Kelas Perawatan	65
Tabel 4. 5 Karakteristik Pasien berdasarkan Lama Rawat Inap.....	65
Tabel 4. 6 Karakteristik Pasien berdasarkan Diagnosis Sekunder.....	66
Tabel 4. 7 Karakteristik Pasien berdasarkan Prosedur.....	67
Tabel 4. 8 Selisih Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs berdasarkan Tingkat Keparahan dan Kelas Perawatan	66
Tabel 4. 9 Perbedaan Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs pada Pasien Rawat Inap Penyakit Jantung Koroner JKN.....	70
Tabel 4. 10 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Usia	71
Tabel 4. 11 Signifikan Perbedaan Biaya Riil Menurut Usia.....	72
Tabel 4. 12 Distribusi Biaya Riil Rumah Sakit Tugurejo dengan Jenis Kelamin .	72
Tabel 4. 13 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Tingkat Keparahan...	73
Tabel 4. 14 Signifikan Perbedaan Biaya Riil menurut Tingkat Keparahan.....	74
Tabel 4. 15 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Kelas Perawatan	74
Tabel 4. 16 Signifikan Perbedaan Biaya Riil menurut Kelas Perawatan.....	75
Tabel 4. 17 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Lama Hari Rawat	76
Tabel 4. 18 Signifikan Perbedaan Biaya Riil menurut Kelas Perawatan.....	77
Tabel 4. 19 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Diagnosis Sekunder .	77
Tabel 4. 20 Signifikan Perbedaan Biaya Riil menurut Kelas Perawatan.....	78
Tabel 4. 21 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Jumlah Prosedur	79

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Kerangka Teori.....	44
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	46

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing.....	118
Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan, UNNES...	119
Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpolinmas.....	120
Lampiran 4. Surat Izin dari Rumah Rumah Sakit.....	122
Lampiran 5. Salinan Ethical Claerance.....	123
Lampiran 6. Instrumen Penelitian.....	124
Lampiran 7. Karakteristik Pasien.....	128
Lampiran 8. Komponen Biaya Pasien.....	135
Lampiran 9. Hasil Analisis Deskriptif Karakteristik Pasien.....	141
Lampiran 10. Hasil Analisis One Sample T-Test.....	143
Lampiran 11. Lampiran Hasil Analisis Uji Anova dan Unfariad t-test.....	148
Lampiran 12. Transkrip Hasil Wawancara.....	159
Lampiran 13. Dokumentasi Penelitian.....	168

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 LATAR BELAKANG

Penyakit Jantung Koroner (PJK) termasuk dalam penyakit *degenerative* yang disebabkan oleh pola gaya hidup, dan sosial ekonomi masyarakat (Chirawatkul & Bhuripanyo, 2009). Jantung koroner adalah penyakit karena gangguan fungsi jantung yang disebabkan otot jantung kekurangan pasokan darah, karena terjadi penyempitan pembuluh arteri koroner. Jantung koroner diklasifikasikan menjadi dua yaitu Infark Miokard Akut serta *Angina Pectoris* (Bustan, 2015).

Berdasarkan data WHO tahun 2015, menyebutkan bahwa penyakit jantung adalah penyakit yang menyebabkan kematian tertinggi di dunia, WHO mencatatkan bahwa 17,2 juta dari total 58 juta kematian di dunia disebabkan karena penyakit jantung, artinya 30% dari total yang meninggal disebabkan karena penyakit jantung (KEMENKES RI, 2018). Menurut hasil Riskesdes 2018 menyebutkan 1,5% atau 15 dari 1000 penduduk Indonesia mengalami penyakit jantung. Proporsi penyakit jantung berdasarkan diagnosis dokter tertinggi terjadi di Provinsi Kalimantan Utara (2,2%), dan terendah di Nusa Tenggara Timur (0,7%). Berdasarkan kelompok usia, PJK terbanyak terjadi pada usia 75 tahun keatas (4,7%) kemudian diikuti kelompok umur 65-74 tahun (4,6%). Berdasarkan jenis kelamin yang terbanyak adalah perempuan (1,6%) (KEMENKES RI, 2018).

Berdasarkan data *Sample Registration System* (SRS) 2014 di Indonesia, penyakit jantung merupakan penyakit pemicu kematian tertinggi setelah stroke, yaitu 12,9% dari seluruh total kematian di Indonesia (KEMENKES RI, 2017). Berdasarkan data Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Tengah, tendensi penderita penyakit tidak menular di Jawa Tengah mengalami peningkatan setiap tahunnya, di tahun 2018 penyakit jantung mengungguli penyakit tidak menular yaitu sebesar 43% dan hipertensi 18,7% (Susilo , 2019).

Berdasarkan laporan data rumah sakit, penyakit jantung koroner terbanyak di Provinsi Jawa Tengah adalah di Kota Semarang. Tahun 2015 sebanyak 2.982, dengan 1.985 *Angina Pectoris* 1.985 kasus dan 997 Infark Miokard Akut. Tahun 2016 sebanyak 3.091, dengan 2.092 *Angina Pectoris* dan 999 Infark Miokard Akut. Dan pada tahun 2017 sebanyak 3.079, dengan 1.108 *Angina Pectoris* dan 1.971 Infark Miokard Akut (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017).

Berdasarkan data laporan rumah sakit tahun 2018 mengenai penyakit tidak menular, menyatakan bahwa rumah sakit yang banyak menangani kasus PJK adalah Rumah Sakit Dr. Kariadi Semarang, Rumah Sakit Tugurejo Semarang dan Rumah Sakit K.R.M.T Wongsonegoro Semarang. Rumah Sakit Tugurejo Semarang termasuk rumah sakit pemerintah tipe B dan merupakan rumah sakit rujukan pertama yang memiliki jumlah penyakit PJK paling banyak. Tahun 2018 jumlah penyakit jantung koroner di rumah sakit Tugurejo adalah sebanyak 309, dengan 145 *Angina Pectoris* dan 164 Infark Miokard Akut, sedangkan di tahun

2019 jumlah penyakit jantung sebanyak 339 dengan 143 *Angina Pectoris* dan 196 Infark Miokar Akut.

Tarif kesehatan di Indonesia terus bertambah akibat beberapa sebab, yaitu karena adanya penyakit *degenerative*, pembayaran lebih ke arah kuratif, dan pembiayaan masih menggunakan cara *Fee For Service* (Tusshaleha, 2018). Sejak tanggal 1 Januari 2014, Indonesia terus mengembangkan sistem asuransi dimana seluruh masyarakatnya diharuskan untuk jadi anggota jaminan kesehatan Nasional yang dijalankan BPJS yang sesuai dengan UU No. 24 Tahun 2011 (Thabrany, 2014).

Jantung koroner merupakan penyakit nomor satu yang secara signifikan mengeluarkan biaya Jaminan Kesehatan Nasional tertinggi, dimana biaya ini setiap tahunnya mengalami peningkatan. Tahun 2015 mengeluarkan biaya sebanyak Rp. 6,6 Triliun, tahun 2016 sebanyak Rp. 7,4 Triliun, tahun 2017 sebanyak Rp. 8,2 Triliun. Biaya tersebut terus mengalami peningkatan hingga pada tahun 2019 penyakit jantung mengeluarkan biaya sebanyak Rp. 9,3 Triliun (Haryadi, 2019)

Rumah Sakit Tugurejo Semarang adalah rumah sakit Pemerintah kelas B yang telah menerapkan program INA CBGs (*Indonesian Case Base Groups*), yaitu alat bantu untuk mengklaim biaya rumah sakit kepada BPJS (Peraturan Menteri Kesehatan, 2013). Berdasarkan Permenkes Nomor 69 Tahun 2013, INA CBGs ditetapkan sebagai landasan perhitungan biaya klaim pasien rawat inap maupun rawat jalan. Sudah banyak penyakit yang dibiayai oleh JKN, salah satunya yaitu jantung koroner.

Berdasarkan penelitian sebelumnya masalah yang sering ditemukan dalam implementasi pembiayaan menggunakan sistem INA CBGs yaitu besaran *claim* pembayaran INA CBGs seringkali mengalami perbedaan dengan pembayaran rumah sakit yang menggunakan sistem *Fee For Service* (FFS). Pembayaran biaya sering terdapat selisih antara biaya riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs. Selisih positif terjadi apabila biaya riil yang dikeluarkan lebih kecil dari tarif INA CBGs, sedangkan selisih negatif adalah biaya riil yang dikeluarkan lebih besar dari tarif paket.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Wijayanti dan Sugiarsi (2011) mengenai Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif Paket INA-CBG pada Pembayaran Klaim Jamkesmas pasien rawat Inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo, menyatakan terdapat perbedaan yang signifikan antara tarif riil dan tarif paket INA-CBG pada pembayaran klaim Jamkesmas pasien rawat inap Jamkesmas. Faktor-faktor yang menimbulkan perbedaan tarif riil dengan tarif klaim Jamkesmas paket INA-CBG pada pelayanan pasien rawat inap di RSUD Kabupaten Sukoharjo, antara lain: perbedaan standar tarif riil dengan tarif INA-CBG, perbedaan lama dirawat, memiliki *clinical pathway* (Wijayanti & Sugiarsi, 2011). Penelitian lain yang dilakukan Budiarto & Sugiharto (2013), Sari, *et al* (2013), Mulyanto & Puspitowati (2013), serta penelitian Kusumaningtyas, *et al* (2013) yang menyatakan ada perbedaan biaya rumah sakit dengan tarif INA-CBG's yang ditetapkan, dimana rata-rata penelitian tersebut dilakukan di RSUD milik Pemerintah Daerah Kabupaten dan Kota (Budiarto & Sugiharto, 2013).

Penelitian lain yang dilakukan Rahma C.M (2019) menunjukkan terdapat selisih positif antar biaya rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs pada operasi katarak, dimana pada kasus tersebut rumah sakit mengalami keuntungan. Namun ada juga penelitian oleh Yuniarti *et al* (2015) yang menyebutkan adanya perbedaan tarif penyakit diabetes mellitus antara biaya rumah sakit dan tarif INA CBGs yang menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Berdasarkan uraian tersebut diatas, maka peneliti akan melakukan penelitian untuk melihat bagaimana realisasi besaran biaya layanan kasus penyakit Jantung di Rumah sakit dengan tarif INA CBGs di RSUD Tugurejo Semarang. Oleh karena itu peneliti akan melakukan penelitian dengan judul “Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Biaya Antara Biaya Riil Dan Tarif INA CBGS pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019”.

1.2 RUMUSAN MASALAH

1.2.1 Rumusan Masalah Umum

Berdasarkan uraian diatas, maka dapat diumuskan rumusan masalah yaitu: Bagaimana kesesuaian biaya antara Tarif Riil dan Tarif INA CBGs pada pasien Penyakit Jantung Koroner Rawat Inap JKN Di RSUD Tugurejo Semarang?

1.2.2 Rumusan Masalah Khusus

Adapun rumusan masalah khusus dalam penelitian ini adalah:

1. Apakah rumah sakit mengalami keuntungan atau kerugian dengan adanya selisih biaya antara biaya riil dan tarif INA CBGs?

2. Apakah ada pengaruh usia terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
3. Apakah ada pengaruh jenis kelamin terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
4. Apakah ada pengaruh tingkat keparahan terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
5. Apakah ada pengaruh kelas perawatan terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
6. Apakah ada pengaruh lama hari rawat terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
7. Apakah ada pengaruh jumlah diagnosis sekunder terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
8. Apakah ada pengaruh jumlah prosedur terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN?
9. Apa upaya yang dilakukan rumah sakit untuk menutupi selisih biaya riil dengan tarif INA CBGs?

1.3 TUJUAN PENELITIAN

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk mengetahui kesesuaian biaya antara biaya riil dan tarif INA CBGs pada pasien jantung koroner di RSUD Tugurejo tahun 2019.

1.3.2 Tujuan Khusus

Adapun tujuan khusus dalam penelitian ini adalah:

- 1 Untuk mengetahui rumah sakit mengalami keuntungan atau kerugian dengan adanya selisih biaya antara biaya riil dan tarif INA CBGs.
- 2 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak usia terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 3 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak jenis kelamin terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 4 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak tingkat keparahan terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 5 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak kelas perawatan terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 6 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak lama hari rawat terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 7 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak jumlah diagnosis sekunder terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 8 Untuk mengetahui ada pengaruh atau tidak jumlah prosedur terhadap tarif riil pada pasien jantung koroner rawat inap JKN.
- 9 Untuk mengetahui upaya apa yang dapat dilaksanakan rumah sakit dalam menutupi selisih biaya riil dan tarif INA CBGs

1.4 MANFAAT PENELITIAN

1.4.1 Manfaat Teoritis

Untuk menambah pengetahuan dan wawasan yang berkaitan dengan masalah yang diteliti yaitu komparasi kesesuaian biaya riil dengan tarif INA CBGs pada pelayanan penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Rumah Sakit

- a. Diharapkan dapat digunakan sebagai masukan bagi perbaikan standar pelayanan medis untuk peningkatan mutu pelayanan kesehatan di RSUD Tugurejo Semarang.
- b. Diharapkan pihak rumah sakit melakukan monitoring dan evaluasi pada pelaksanaan pelayanan kesehatan pasien JKN dengan penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang.
- c. Sebagai input untuk merencanakan kebijakan dalam memperbaiki sistem.

2. Bagi Institusi Pendidikan

- a. Sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dan menambah kajian keilmuan, tentang evaluasi penerapan sistem tarif INA CBGs pembiayaan kesehatan terutama dalam efisiensi biaya bagi pasien JKN khususnya pelayanan penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang.
- b. Menambah khazanah pustaka bagi mahasiswa IKM UNNES.

3. Bagi Peneliti

- a. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan wacana yang memperkaya pengetahuan penulis dan untuk mengimplementasikan keilmuan yang telah didapatkan di bangku kuliah.
- b. Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan alat/bahan untuk memberikan masukan kepada RSUD Tugurejo Semarang dengan pembiayaan kesehatan khususnya dalam penerapan INA-CBG's di rumah sakit.

4. Bagi penelitian selanjutnya

- a. Sebagai salah satu sumber bacaan untuk penelitian dan pengembangan selanjutnya di bidang analisi biaya pengobatan.

1.5 RUANG LINGKUP PENELITIAN

1.5.1 Ruang Lingkup Waktu

Penelitian dilaksanakan dalam kurun waktu 1 bulan, dimulai dari pengambilan data (Januari-Februari 2020)

1.5.2 Ruang Lingkup Tempat

Penelitian dilaksanakan di bagian rekam medik dan di bagian pengendali BPJS RSUD Tugurejo Semarang.

1.6 KEASLIAN PENELITIAN

Tabel 1.1 Keaslian Penelitian

No	Peneliti	Judul	Rancangan Penelitian	Variabel	Hasil Penelitian
----	----------	-------	----------------------	----------	------------------

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
1.	Wa Ode Syafriah (Syafriah, 2012)	Analisis Biaya Pengobatan Gagal Jantung pada Pasien Rawat Inap di RSUD Kabupaten Karanganyar tahun 2012	Penelitian kuantitatif menurut persepektif rumah sakit.	lama perawatan, distribusi pasien, <i>Complication</i> , pola pengobatan, dan biaya rata-rata	Terdapat selisih rata-rata biaya riil pengobatan gagal jantung tanpa dan dengan comorbid lebih rendah dari biaya paket INA-CBGs
2.	Lilissuriani, Irwan Saputra, Mahlil Rubi (Lilissuriani <i>et al</i> , 2017)	Perbedaan Biaya Riil Rumah sakit dan Tarif INA CBG-s dengan penyakit Jantung Koroner pada Pasien Rawat Inap Peserta JKN	Penelitian kuantitatif, <i>cross sectional</i>	Tarif INA CBGs, tarif rumah sakit, analisis perbedaan biaya riil rumah sakit dengan tariff INA CBGs	Terdapat selisih yang signifikan terhadap biaya riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs
3.	Mardiah (Mardiah, 2015)	Cost Recovery Rate Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA CBGs Berdasarkan Clinical Pathway pada Penyakit Arteri Koroner di RSUP Dr.Mohammad Hoesin Palembang Tahun 2015	Penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Pembayaran dengan <i>Fee for serves</i> dan tarif INA CBGs	Terdapat selisih terhadap tingkat keparahan ringan, dimana nilai tarif rumah sakit lebih besar dari tarif paket. Untuk tingkat keparahan sedang tarif rumah sakit lebih kecil dari tarif paket.
4.	Wasis Budiarto, Mugeni Sugiharto (Budiarto & Sugiharto	Biaya Klaim INA CBGs dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap	Penelitian kuantitatif dengan pendekatan <i>cross sectional</i>	Tarif pengobatan, tarif akomodasi, biaya ruang perawatan,	Pasien Jamkesmas yang memiliki penyakit katastropik dari bulan januari-Maret 2012, yaitu

2013)	Peserta Jamkesmas di Rumah Sakit Studi di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan 2012		tarif tindakan, biaya pemeriksaan laboratorium klinis, analisis perbedaan biaya rumah sakit dengan tarif INA CBGs	penyakit jantung sebanyak 37,11%, kanker 23,54% dan stroke 39,35%. Biaya riil berdasarkan tarif rumah sakit bermacam-macam berdasarkan jenis rumah sakit, dan untuk penyakit jantung di kelas A biayanya 20 kali lebih besar daripada kelas B.	
5.	Noormilarsi, Ratih Pratiwi Sari, Alexxander (Noormilarsi <i>et al</i> 2015)	Selisih Tarif Paket INA CBGs dengan Biaya Riil dan Analisis Komponen Biaya yang Mempengaruhi Biaya Riil Rawat Inap di RSJ Samban Lihum	Penelitian kuantitatif dengan pengambilan data secara retrospektif	akomodasi, <i>visite</i> dokter, keperawatan, obat, <i>laundry</i> , tarif	pada perbandingan biaya terdapat selisih negatif sebesar Rp 136.096.659, dan perbedaan yang bermakna ($p < 0,05$) antara tarif paket INACBGs dengan biaya riil. Komponen biaya yang mempengaruhi adalah akomodasi, <i>visite</i> dokter, keperawatan, obat, dan <i>laundry</i> ($p < 0,001$), dan yang paling signifikan berpengaruh terhadap biaya riil adalah akomodasi (B: 1,116 $p < 0,001$), dengan nilai R square 99,6%.
6.	Agustin Ika Wijayanti, Sri Sugiarsi (Wijayanti & Sugiarsi	Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif paket INA	Penelitian Kuantitatif	Sistem pembayaran kesehatan,	Terdapat perbedaan yang signifikan terhadap pembayaran klaim jamkesmas pasien

	2011)	CBGs Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap di Rumah Sakit Kabupaten Sukoharjo			rawat inap RSUD Kabupaten Sukoharjo ($p=0,001$)
7.	Siti Munawaroh (Munawaroh, 2018)	Komparasi Tarif INA CBGs dengan Tarif Riil Rumah Sakit Pasien BPJS Kasus Stoke Iskemik Rawat Inap Kelas 1	Penelitian Kuantitatif dengan desain <i>Cross sectional</i>	umur, jenis kalamain, lama rawat, tingkat keparahan, dan jumlah diagnosis, biaya riil	terdapat hubungan yang signifikan lama rawat dan tingkat keparahan terhadap tarif. Selisih tarif berdasarkan lama hari perawatan sebesar Rp. - 125.844.628 dan menurut <i>severity level</i> sebesar Rp. - 21.786.653,-.
8.	Rahayuningrum, Indriyati Oktaviano, Tamtomo, Didik (Rahayunigrum <i>et al</i> 2016)	Comparison Between Hospital Inpatient Cost and INA- CBGs Tariff of Inpatient Care in the National Health Insurance Scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java	Penelitian kuantitatif dengan desain penelitian <i>cross sectional</i>	Karakteristik rumah sakit, kelas rawat inap, <i>severity level</i> , dan pemakaian ICU	1. rata-rata tarif rumah sakit (Rp. 2,280,000; SD = Rp. 1,690,000) lebih kecil dari rata- rata tarif paket INA CBGs (Rp. 3,060,000) 2. Rumah sakit mendapatkan untung dari klaim paket INA CBGs dengan selisih rata- rata tarif sebesar Rp.780,000
9.	Hanly Christian Walintukan , S.L.H.V. Joyce Lapian, Jimmy	Perbedaan Tarif Riil Dengan Tarif Ina-Cbg's Pasien Bedah Badan Penyelenggar	Penelitian analisis kuantitatif	<i>Long Of Stay</i> , kelas perawatan, tingkat keparahan	Secara keseluruhan untuk kasus bedah yang dilakukan appendectomy selisih yang ditimbulkan hampir separuh dari total

	Panelewen (Walintukan, 2017)	a Jaminan Sosial (Bpjs) Kesehatan Di Rumah Sakit Gunung Maria Tomohon.			tarif rumah sakit yaitu - 49.81%, atau subsidi rumah sakit terhadap tindakan ini adalah sebesar Rp - 150.650.993
10.	Dwojak & Bhattacharya (2014)	Incremental and Comparative Health Care Expenditures for Head and Neck Cancer in the United States	Penelitian kuantitatif	Umur, jenis kelamin, Pendidikan, status perkawinan, wilayah geografis, dan komorbitas. biaya pengeluaran perawatan	Terdapat perbedaan yang signifikan $p < 0,001$. Terdapat peningkatan biaya pada pelayanan rawat inap yaitu sebesar \$6.7836, dan \$2.894

Terdapat beberapa hal yang membedakan penelitian ini dengan penelitian-penelitian sebelumnya adalah sebagai berikut:

1. Lokasi dan waktu penelitian berbeda dengan penelitian yang sebelumnya, penelitian dengan topik yang sama belum dilakukan di RSUD Tugurejo Semarang.
2. Menganalisis faktor-faktor yang berpengaruh terhadap biaya riil pasien penyakit jantung koroner.
3. Menggunakan metode Campuran (Kuantitatif dan kualitatif).
4. Terdapat faktor keberadaan *software* dan keberadaan CP (*clinical pathway*).
5. Mengetahui perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs rawat inap JKN pada setiap *severity level* (tingkat keparahan) dan setiap kelas perawatan.

6. Ruang lingkup penelitian berada pada lingkup Rumah Sakit Tipe B

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 LANDASAN TEORI

2.1.1. Sistem Pembiayaan Kesehatan Di Indonesia

2.1.1.1 Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

WHO telah memutuskan bahwa UHC (*Universal Health Coverage*) merupakan isu terpenting bagi negara maju dan negara berkembang. Diharapkan tiap-tiap negara dapat mengembangkan sistem pembiayaan kesehatan yang bertujuan untuk menjamin kesehatan seluruh masyarakat. Keputusan tersebut dilakukan untuk memastikan bahwa terdapat akses yang adil bagi seluruh lapisan masyarakat, baik berupa preventif, kuratif, promotif dan rehabilitatif untuk pelayanan kesehatan dengan biaya terjangkau (Febriani, 2016). Asuransi kesehatan memiliki tujuan yaitu untuk meringankan beban masyarakat dalam menanggung biaya pelayanan kesehatan, dimana jumlah biaya tersebut sukar untuk diprediksi dan membutuhkan biaya yang cukup banyak (Kementrian Kesehatan RI, 2012). Oleh karena itu, dibutuhkan suatu jaminan dalam bentuk asuransi yang pembiayaannya dapat ditanggung bersama-sama dan dilakukan oleh seluruh peserta asuransi sehingga tidak membebankan secara mandiri.

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan asuransi yang bersifat sosial dengan mengedepankan profit. Penerapan jaminan kesehatan sosial penting untuk diterapkan di Indonesia, karena mempunyai beberapa keuntungan,

diantaranya (1) biaya tarif terjangkau, sehingga dapat memberi manfaat yang komprehensif kepada peserta, (2) menerapkan kendali mutu serta kendali biaya, (3) menjamin pembiayaan pelayanan kesehatan yang berkelanjutan, dan (4) asuransi kesehatan dapat digunakan diseluruh Indonesia. Oleh karena itu, kepesertaan asuransi kesehatan diwajibkan untuk seluruh rakyat Indonesia.

Penerapan sistem jaminan kesehatan nasional bertujuan untuk melindungi seluruh rakyat Indonesia dalam suatu sistem asuransi, sehingga layak dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan masyarakat (Kementrian Kesehatan RI, 2012). Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan pada prinsip sosial dan prinsip ekuitas. Adapun yang termasuk prinsip sosial yaitu:

1. Prinsip gotong royong, adalah bahwa peserta dapat membantu orang-orang cacat, peserta yang sehat membantu orang yang sakit atau yang berisiko besar, melalui prinsip gotong royong dapat mempromosikan rasa keadilan sosial bagi semua orang Indonesia.
2. Seluruh masyarakat wajib menjadi anggota jaminan kesehatan nasional dan tidak selektif.
3. Prinsip nirlaba, dana yang terkumpul adalah dana yang diperlukan, sehingga hasilnya akan digunakan sebanyak mungkin untuk kepentingan peserta.
4. Prinsip portabilitas, prinsip ini dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan bagi para peserta apakah mereka berganti pekerjaan atau tetap berada di wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5. Prinsip dana yang ditanggung, yaitu dana yang dikumpulkan dari peserta yang dipercayakan kepada Organisasi Jaminan Sosial (BPJS) agar dikelola dengan baik dengan mengoptimalkan dana ini untuk kesejahteraan peserta.
6. Jumlah iuran didasarkan pada presentase penghasilan/upah anggota.

Sedangkan untuk prinsip ekuitas adalah kesamaan dalam mendapatkan pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan medis yang tidak terikat dengan besaran iuran yang telah dibayarkan.

Pemerintah melalui Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 71 tahun 2013 menetapkan sistem JKN yang diselenggarakan oleh BPJS sejak tanggal 1 Januari 2014. Jaminan kesehatan merupakan perlindungan kesehatan supaya peserta mendapatkan manfaat yang diberikan kepada peserta yang sudah membayar iuran (non PBI) ataupun yang dibayarkan oleh pemerintah (PBI) (Peraturan Menteri Kesehatan, 2013). Sistem pembayaran JKN kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) yaitu menggunakan INA CBGs, hal ini sesuai dengan PP Nomor 12 tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan sebagaimana telah diubah dengan PP Nomor 111 Tahun 2013. Tarif yang mulai berlaku sejak 1 Januari 2014, telah dilakukan penyesuaian tarif INA CBGs dan telah ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan (Peraturan Menteri Kesehatan, 2014).

2.1.1.2 Sistem *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBG'S)

Tahun 2006 merupakan tahun pertama kali sistem *casemix* berkembang di Indonesia dengan nama *Indonesia Diagnosis Related Group* (INA-DRG). Implementasi penggunaan INA DRG dimulai tanggal 1 September 2008 di 15 rumah sakit *vertical*, dan tanggal 1 Januari 2009 penggunaan INA DRG diperluas ke seluruh rumah sakit yang bekerja sama dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Peraturan Menteri Kesehatan, 2014). Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman INA CBGs dalam Implementasi JKN, yaitu sebagai pedoman bagi fasilitas kesehatan tingkat lanjut, BPJS Kesehatan, dan pihak-pihak lain yang terikat pada metode pembayaran INA CBGs dalam penyelenggaraan JKN.

Sistem pembayaran INA CBGs dikelompokkan berdasarkan kode diagnosis dan kode prosedur yang mempunyai korelasi secara klinis sumber daya yang digunakan. Rumah sakit akan memperoleh pembayaran dari rata-rata dana yang dikeluarkan oleh kelompok dengan kode diagnosis dan kode prosedur. INA CBGs sebagai sistem pembayaran sudah digunakan Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan kesehatan. Sistem INA CBGs digunakan apabila ada modifikasi kode diagnosis dan kode prosedur yang sesuai dengan sistem klarifikasi yang baru, sistem ini juga bersifat dinamis yaitu jumlah INA CBGS dapat disesuaikan dengan kebutuhan suatu negara (Kemenkes RI, 2013).

Pengelompokan tersebut dilaksanakan dengan *coder* yang terdiri dari 14.500 ICD-10 (Kode diagnosis) dan 7.500 ICD-9 CM (kode prosedur). Karena

untuk mengkombinasi dari banyaknya kode-kode tersebut tidak bisa dilakukan secara manual, maka untuk mengkobinasinya dibutuhkan suatu perangkat yang disebut dengan *grouper*. *Grouper* dapat mengelompokkan sekitar 23.000 kode yang terdiri dari 23 *Major Diagnostic Category* (MCD), 1.077 kode INA DRG yang terbagi menjadi 789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan. Pengelompokkan kode diagnosis dan kode prosedur dilakukan dengan menggunakan *UNU Grouper*. *UNU Grouper* yaitu *Grouper Casemix* yang dikembangkan oleh United Nations University (UNU) (Peraturan Menteri Kesehatan, 2014).

Tabel 2. 1 Pembagian Regional Tarif INA CBGs

Regional I	Regional II	Regional III	Regional IV	Regional V
Pulau Jawa	Sumatra Barat, Riau, Sumatra Selatan, Bali dan NTB	NAD, Sumatra Utara, Jambi, Bengkulu, Kep. Riau, Kalimantan barat, dan Sulawesi	Kalimantan Selatan, dan Kalimantan Tengah	Kep. Bangka Belitung, NTT, Kaliimantan Timur, Kalimantan Utara, Maluku, Maluku Utara, Papua, dan Papua Barat

Manfaat yang didapatkan dari diterapkannya kebijakan program *case based groups* (CBGs) yaitu dari segi medis dan segi ekonomi. Dari segi medis, manfaatnya yaitu para klinis dapat mengembangkan perawatan pasien secara

Manfaat yang diperoleh dari penerapan kebijakan program *case based groups* secara umum adalah secara medis dan ekonomi. Dari segi medis, para klinisi dapat mengembangkan perawatan pasien secara komprehensif, tetapi

langsung kepada penanganan penyakit yang diderita oleh pasien. Secara ekonomi, dalam hal ini keuangan (*costing*) kita jadi lebih efektif dan efisien dalam penganggaran biaya kesehatan.

Manfaat bagi pasien antara lain sebagai berikut:

1. Adanya kepastian dalam pelayanan dengan prioritas pengobatan berdasarkan derajat keparahan
2. Adanya batasan pada lama rawat (*length of stay*) pasien mendapat perhatian lebih dalam tindakan medis dari para petugas rumah sakit, karena berapapun lama rawat yang dilakukan biayanya sudah ditentukan
3. Pasien menerima kualitas pelayanan lebih baik
4. Mengurangi pemeriksaan dan penggunaan alat medis yang berlebihan oleh tenaga medis sehingga mengurangi resiko yang dihadapi pasien.

Manfaat bagi rumah sakit dengan diterapkan sistem *case based groups* ini adalah:

1. Rumah sakit mendapat pembiayaan berdasarkan kepada beban kerja sebenarnya,
2. Dapat meningkatkan mutu dan efisiensi pelayanan rumah sakit
3. Bagi dokter atau klinisi dapat memberikan pengobatan yang tepat untuk kualitas pelayanan lebih baik berdasarkan derajat keparahan, meningkatkan komunikasi antar spesialisasi atau multidisiplin ilmu agar perawatan dapat secara komprehensif serta dapat memonitor secara lebih objektif
4. Perencanaan budget anggaran pembiayaan dan belanja yang lebih akurat

5. Dapat untuk mengevaluasi kualitas pelayanan yang diberikan oleh masing-masing klinisi
6. Keadilan (*equity*) yang lebih baik dalam pengalokasian budget anggaran
7. Mendukung sistem perawatan pasien dengan menerapkan *clinical pathway*.

2.1.1.3 Struktur Kode INA CBGs

Dasar dalam pengkodean INA CBGs adalah sistem coder dari diagnosis dan prosedur yang menjadi output pelayanan. Pengelompokan kode tersebut menggunakan alat bantu yaitu *software* INA CBGs yang terbagi menjadi 1077 kode INA CBGs dengan 789 kode rawat inap dan 288 kode rawat jalan (Kementrian Kesehatan , 2014).

2.1.1.3.1 Case-Mix Main Groups (CMGs)

CMGs merupakan langkah pengelompokkan pertama yang dilambangkan dengan huruf (A – Z). Koding ini digunakan dalam penentuan sistem organ tubuh. Dalam memberikan label huruf dapat disesuaikan dengan yang ada di ICD 10 untuk setiap sistem organ. Terdapat 30 kode CMGs dalam UNU Grouper yaitu 22 Acute Care, 2 Ambulatory CMGs, 1 Subacute CMGs, 1 Chronic CMGs, 4 Special CMGs dan 1 Error CMGs (Kementrian Kesehatan , 2014)

2.1.1.3.2 Case Based Groups (CBGs)

CBGs adalah sub grup kedua yang menunjukkan tipe kasus yang diklasifikasikan menjadi 9 kelompok. Pengelompokan ini menjelaskan tentang

tipe kasus yang dialami pasien dan jenis pelayanan pengobatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit.

Tabel 2. 2 Sub Grup Tipe Kasus

No.	Tipe kasus	Group
a.	Prosedur rawat inap	Group – 1
b.	Prosedur besar rawat jalan	Group – 2
c.	Prosedur signifikan rawat jalan	Group – 3
d.	Rawat inap bukan prosedur	Group – 4
E	Rawat jalan bukan prosedur	Group – 5
f.	Rawat inap kebidanan	Group – 6
g.	Rawat jalan kebidanan	Group – 7
h.	Rawat inap neonatal	Group – 8
i.	Rawat jalan neonatal	Group – 9
j.	Error	Group – 0

2.1.1.3.3 Kode CBGs

Kode CBGs merupakan sub grup ketiga menunjukkan spesifik CBGs yang menjelaskan prosedur yang saja yang dilakukan kepada pasien berdasarkan ICD - 9 - CM dan digambarkan dengan angka yaitu mulai dari angka 01-99.

Tabel 2. 3 Sub Group Spesifik CBGs

Kode	Jenis Prosedur
01-05	Tindakan medis pada sistem saraf
06-07	Tindakan medis pada sistem endookrin
08-17	Tindakan medis pada mata
18-20	Tindakan medis pada telinga
21-29	Tindakan medis pada telinga, hidung, dan tenggorokan
30-34	Tindakan medis pada sistem pernapasan
35-39	Tindakan medis pada sistem kardiovaskular
40-41	Tindakan medis pada hepar dan limpa
42-54	Tindakan medis pada sistem pencernaan
55-59	Tindakan medis pada saluran kemih
60-64	Tindakan medis pada organ kewanitaan
65-71	Tindakan medis pada organ kelamin wanita
72-75	Tindakan medis pada kandungan
76-84	Tindakan medis pada sistem muskuloskeletal

85-86	Tindakan medis pada sistem integumentary
87-99	Prosedur diagnosa dan terapetik miscellaneous

2.1.1.3.4 Severity Level

Sub-Grup keempat adalah *resource intensity level* yaitu tingkat keparahan dari suatu penyakit yang dipengaruhi oleh adanya komordibitas maupun komplikasi selama perawatan. Keparahan kasus dalam INA CBGs terbagi menjadi :

1. “0” untuk rawat jalan
2. “I- ringan yaitu tingkat keparahan 1 dengan rawat inap (tanpa komplikasi maupun komordibiti)
3. “II- Sedang” yaitu tingkat keparahaan 2 dengan rawat inap (dengan mild komplikasi dan komordibiti)
4. “III- Berat” yaitu tingkat keparahan 3 dengan rawat inap (dengan major komplikasi dan komorbidity).

Tabel 2. 4 Contoh Kode INA CBGs

Tipe layanan	Kode INA CBGs	Deskripsi kode INA CBGs
Rawat Inap	I – 4 – 10 – I	Infark Miocard akut ringan
	I – 4 – 10 – II	Infark Miocard akut sedang
	I – 4 – 10 – III	Infark Miocard akut berat
Rawat Jalan	Q – 5 – 18 – 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain- lain
	Q – 5 – 35 – 0	Infeksi akut

Dalam kode INA CBGs, istilah ringan, sedang maupun berat tidak menggambarkan kondisi klinis dari pasien maupun diagnosis dan prosedur, tetapi menggambarkan tingkat keparahan yang dipengaruhi oleh adanya diagnosis sekunder.

2.1.2 Pembiayaan kesehatan

Dalam implementasi JKN pembiayaan kesehatan adalah salah satu bagian yang terpenting. Tujuan adanya pembiayaan kesehatan ialah untuk meningkatkan mutu, peningkatan layanan pada pasien, meningkatkan pelayanan tim, efisien, dan tidak memberikan penghargaan kepada provider yang melakukan *under treatment*, *over treatment*, maupun *adverse event*. Apabila sistem pembiayaan dilakukan secara tepat, maka tujuan yang diharapkan dapat tercapai (Peraturan Menteri Kesehatan, 2013). Masalah yang paling penting di dalam pembiayaan kesehatan yaitu masalah efisiensi, di India masih ada varians besar di beberapa daerah yang pelaksanaan belum efisien dalam memanfaatkan pembiayaan kesehatan (Kumar & Chen, 2011). Reformasi bagaimana cara pembayaran dan pembiayaan kesehatan khususnya terhadap pasien yang membutuhkan perawatan di rumah sakit, masih sangat diperlukan untuk negara yang *low and middle income*. Oleh karena itu, bahwa masih sering terdapat gap dalam pembiayaan kesehatan.

Tidak dipungkiri bahwa dalam pembiayaan kesehatan masih terdapat *gap* yang besar. *Gap* di Indonesia terjadi pada lingkup masyarakat. Walaupun terdapat peningkatan status kesehatan dengan menurunnya angka kematian bayi dan meningkatnya akses terhadap pelayanan kesehatan ternyata masih terdapat gap antara status kesehatan kaya dan miskin, dan salah satu faktor penyebabnya yaitu permasalahan pembiayaan kesehatan (Utomo, Suahya, & Utami, 2011). Dibutuhkan waktu beberapa tahun atau beberapa *decade* untuk transisi pembiayaan kesehatan yaitu dari metode *out of pocket* ke metode *pre-paid system*

(Murti B. , 2010). Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi kecepatan transisi menuju cakupan kesehatan semesta, yaitu (WHO, 2005):

1. Tingkat pertumbuhan ekonomi yang tinggi menyebabkan meningkatnya kemampuan warga dalam memberikan kontribusi kepada skema pembiayaan kesehatan
2. Tingkat pertumbuhan di sektor formal dapat memudahkan penilaian pendapatan dan pengumpulan kontribusi.
3. Tersedianya tenaga terampil yang mempengaruhi kemampuan pengelolaan sistem asuransi kesehatan berskala nasional.
4. Penerimaan konsep solidaritas oleh masyarakat mempengaruhi kemampuan penghimpunan (pooling) dana/kontribusi asuransi dan integrasi berbagai skema asuransi kesehatan.
5. Efektivitas regulasi pemerintah pada sisi pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan dalam sistem asuransi/ pra-upaya
6. Tingkat kepercayaan masyarakat terhadap pemerintah mempengaruhi partisipasi.

Pengukuran biaya terdiri dari beberapa biaya yang dapat diukur dengan mempertimbangkan beberapa intervensi. Biaya perawatan kesehatan dapat berupa biaya langsung, yaitu berupa biaya yang dibayar oleh pelayanan kesehatan (biaya kapital, biaya staff, biaya obat, biaya tenaga kesehatan, dan biaya administrasi pengobatan). Sedangkan biaya tidak langsung, yaitu biaya yang dialami oleh pasien, keluarga pasien, atau teman pasien (Gattani, 2009).

Macam-macam biaya yang terkait dengan perawatan kesehatan adalah sebagai berikut:

2.1.2.1. Biaya Langsung Medis

Biaya Langsung medis merupakan biaya yang berkaitan langsung dengan penyedia pelayanan kesehatan, yang termasuk biaya langsung medis yaitu biaya obat, biaya konsultasi dokter, penggunaan fasilitas rumah sakit, biaya untuk diagnostik, pengobatan, perawatan berkelanjutan, rehabilitasi, biaya tenaga kesehatan, biaya administrasi dan perawatan akhir. Seringkali diperhitungkan pula biaya non-medis seperti biaya ambulan dan biaya transportasi pasien lainnya. Biaya dihitung dengan menjumlahkan semua layanan medis yang diterima oleh pasien (Kementrian Kesehatan, 2013).

2.1.2.2. Biaya Tidak Langsung

Biaya tidak langsung adalah sejumlah biaya yang dibayarkan oleh unit penunjang yang tidak langsung memproduksi output, misalnya gaji pegawai, biaya insentif, biaya ATK, biaya umum, biaya perawatan peralatan medis dan biaya pemeliharaan non medis.

2.1.3 Sistem Pembayaran Pelayanan Rumah Sakit

Rumah sakit menerima pendapatan sebagai hasil pembayaran untuk jasa layanan kesehatan yang dihasilkan. Pendapatan ini berasal dari asuransi pasien, serta pasien yang tidak ditanggung/umum. Perluasan cakupan pertanggungansan peserta asuransi, baik dari pemerintah maupun swasta, mengharuskan rumah sakit

untuk memahami bagaimana masing-masing asuransi dikelola. Ada dua jenis metode pembayaran rumah sakit yang digunakan, yaitu:

2.1.3.1 Sistem Pembayaran Retrospektif (*Restrospective Payment System*)

Sistem pembayaran retrospektif yaitu sejumlah biaya yang harus dibayar berdasarkan atas pelayanan yang telah diberikan (Kementrian Kesehatan , 2014). Metode pembayaran retrospektif ini adalah metode pembayaran berdasarkan yang sejak awal pelayanan kesehatan dikelola secara bisnis, artinya fasilitas kesehatan telah menyiapkan tarif layanan kesehatan. Pembayaran yang dilakukan setelah layanan ini tidak memberikan insentif bagi rumah sakit untuk menjadi efisien. Sistem ini sebenarnya menghasilkan peningkatan jumlah item layanan dan tarif karena pembayaran dilakukan berdasarkan pada setiap jenis layanan yang diberikan, semakin banyak pelayanan kesehatan yang diberikan maka biaya akan semakin mahal. Metode pembayaran retrospektif ini berpotensi mengalami pemborosan dan meningkatkan biaya kesehatan, sehingga di seluruh dunia, pemerintah berusaha mengendalikan biaya (Thabrany, 2014). Sistem pembayaran retrospektif diantaranya:

2.1.3.1.1 *Fee-for-service*

Metode pembayara ini adalah salah satu metode paling umum yang tersedia di rumah sakit. Pasien akan membayar biaya layanan kesehatan berdasarkan layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Jumlah biaya yang dibayarkan pasien tergantung pada jumlah tindakan atau layanan yang diberikan oleh rumah sakit. Kelemahan sistem ini yaitu rentan terhadap penipuan/kecurangan yang dilakukan

oleh rumah sakit. Selain itu, biaya administrasi untuk implementasi sangat tinggi. Terlebih jika pembayaran pasien ditanggung oleh asuransi, semua bukti tindakan medis dan layanan yang dilakukan terhadap pasien dan biaya harus diserahkan untuk proses klaim kepada operator asuransi. Pembiayaan *fee for service* dibagi menjadi dua, yaitu:

1. *Input-Based*

Rumah sakit dibayar untuk semua jenis layanan yang diberikan, tanpa membayar sisa jadwal atau tanpa pengelompokan *fixed-fee schedule* dan sering disebut sebagai pembayaran retrospektif. Sebagai akibat dari pola pembayaran ini adalah penggunaan layanan kesehatan yang berlebihan dan layanan kesehatan yang tidak perlu.

2. *Output-Based*

Rumah sakit dibayar berdasarkan hasil layanan yang ingin dicapai. Biasanya pola ini ditandai dengan *Fixed-fee schedule* dan layanan yang dipaket dalam beberapa kelompok sehingga pembayaran rumah sakit ditetapkan berdasarkan beberapa kelompok tersebut.

2.1.3.1.2 *Payment Per Itemized Bill*

Pembayaran dengan cara ini merupakan jumlah dana tetap ke rumah sakit untuk membiayai barang-barang tertentu (untuk menutupi biaya input), seperti: sumber daya manusia, bahan medis habis pakai, obat-obatan atau peralatan lainnya untuk beberapa waktu tertentu. Pola ini diatur dan ditetapkan secara prospektif, yaitu ditetapkan didepan, sebelum layanan diberikan kepada pasien.

2.1.3.1.3 Pembayaran Per Diem (*Payment per diem*)

Pebayaran per diem merupakan pembayaran yang negosiasi dan disepakati di muka yang didasari pada pembayaran per hari perawatan (misalnya perawatan medis, obat-obatan dan perban, prosthesis, akomodasi), tanpa mempertimbangkan biaya yang dihabiskan oleh rumah sakit (Thabrany, 2014). Pembayaran ini digunakan untuk penyedia layanan kesehatan yang merawat pasien untuk jangka panjang dan hanya tersedia dalam perawatan rawat inap di rumah sakit dan panti jompo. Insentif terpenting bagi rumah sakit adalah meningkatkan jumlah hari rawat di rumah sakit. Pembayaran per diem berbasis pasar juga dapat dimodifikasi dengan kombinasi kasus dan tindakan. Dengan metode pembayaran ini, perusahaan asuransi yang membayar perawatan selama beberapa hari rawat, misalnya kurang dari 1.000 hari perawatan per tahun, maka akan membayar sedikit lebih mahal per hari dibandingkan dengan perusahaan asuransi yang membayar perawatan lebih dari 3.000 hari rawat per tahun.

2.1.3.2 Pembayaran Prospektif (*Prospective Payment System*)

Sistem Pembayaran Prospektif merupakan sistem pembayaran rumah sakit dalam jumlah yang telah ditentukan sebelumnya untuk layanan medis yang diberikan, terlepas dari perawatan medis atau lama tinggal di rumah sakit. Termasuk pembayaran prospektif meliputi:

2.1.3.2.1 *Capitation payment*

Pada metode ini, pembayaran dilaksanakan berdasarkan jumlah tetap per kepala dari populasi yang menjadi cakupannya.

2.1.3.2.2 *Global budget*

Metode pembayaran rumah sakit dengan *global budget*, ditetapkan di didepan untuk menutup biaya agregat dari layanan kesehatan rumah sakit selama periode waktu tertentu (biasanya satu tahun). Penentuan dan remunerasi diatur secara retrospektif dan memberi keleluasaan kepada penyedia layanan kesehatan untuk pemindahan anggaran antar kategori biaya (Smith & Fottler, 1985). *Global Budget* adalah metode pendanaan rumah sakit oleh pemerintah atau lembaga asuransi kesehatan nasional di mana rumah sakit menerima dana untuk membiayai seluruh kegiatannya selama setahun. Alokasi dana ke rumah sakit dapat dihitung dengan mempertimbangkan jumlah layanan pada tahun sebelumnya, kegiatan lain yang diharapkan akan dilaksanakan dan kinerja rumah sakit. Sistem ini umumnya diterapkan di negara-negara yang memiliki layanan yang menyediakan layanan rumah sakit tanpa harus membayar atau membayar sedikit *copayment*.

Agar inisiatif manajemen rumah sakit menjadi lebih efektif, manajemen rumah sakit diberikan sejumlah dana atau anggaran global dengan persyaratan harus memenuhi beberapa target dan kualitas layanan tertentu bagi masyarakat yang menjadi tanggung jawabnya. Dengan cara ini, anggaran rumah sakit akan lebih terkontrol.

2.1.3.2.3 *Case-mix payment*

pembayaran berdasarkan metode *case-mix* didasarkan pada kasus yang dirawat, bukan pada tindakan yang diberikan. Mekanisme pembayaran ini dimulai dengan pola sederhana, di mana biaya yang ditunjukkan besarnya sama untuk

kasus tertentu, terlepas dari kerumitan tindakan dan sumber daya yang digunakan untuk merawat pasien. Pengembangan model ini adalah menggunakan sistem klasifikasi kasus (*diagnostic related group / DRG*) dan tindakan. DRG dianggap yang terbaik untuk membuat *cost containment*. Karena pembayaran didasarkan pada diagnosa dan tindakan yang dilakukan, penyedia layanan kesehatan termotivasi untuk menyediakan layanan kesehatan dengan biaya yang efektif dan mengurangi lama hari rawat. Hal ini mengakibatkan pasien dipulangkan sebelum waktunya (*premature discharge*), memilih untuk merawat pasien dengan harga yang menguntungkan, dan adanya peningkatan *re-admission*. Sehingga untuk menghindari dampak buruk dari sistem pembayaran ini, diperlukan kontrol kualitas dan pengawasan yang ketat (Smith & Fottler, 1985).

Melalui sistem ini, rumah sakit mengetahui jumlah dana yang akan mereka terima untuk serangkaian layanan, sebelum rumah sakit menyediakan layanan tersebut. Sistem ini direkomendasi untuk diimplementasikan karena dapat membantu efisiensi dan kontrol biaya (Smith & Fottler, 1985).

Salah satu cara pembayaran prospektif *case-mix* adalah INA CBGs. Pembayaran dengan INA CBGs memiliki implikasi untuk rumah sakit agar dapat bekerja secara efektif dalam Angkatan kerja. Keberhasilan tim ini menentukan penghasilan dari rumah sakit, tentu saja manajemen rumah sakit mengharapkan adanya keuntungan. Dengan adanya tim ini dirumah sakit diharapkan terjadi persaingan yang sehat, memuaskan dokter, dan tanpa melibatkan pasien menjadi korban (Thabrany, 2014). Persaingan antar rumah sakit sering terjadi karena fluktuasi harga meskipun prosedurnya homogen. Dimensi biaya dan kualitas

merupakan hal penting dalam persaingan rumah sakit. Alasannya adalah bahwa pengendalian biaya merupakan aspek penting dari kesinambungan finansial jangka Panjang rumah sakit. Oleh karena itu, rumah sakit harus mampu membayar biaya rendah dan harus mengurangi penggunaan yang tidak diperlukan. Meskipun disisi lain pembayaran dengan sistem ini dapat memicu ruma sakit menurunkan kualitas pelayanannya (Murti B. , 2010).

Tarif di rumah sakit Tugurejo Semarang ditetapkan berdasarkan peraturan Gubernur, karena rumah sakit Tugurejo termasuk dalam rumah sakit milik provinsi. Pelaksanaan pelayanan JKN di Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang sebagaimana yang dijelaskan sebelumnya, sistem klaim yang ada dilakukan dengan cara memasukkan diagnosa yang ada, serta tarif pelayanan yang diberikan sesuai dengan tarif Rumah Sakit yang mengacu kepada Peraturan Gubernur. Sehingga, dalam hal ini akan menimbulkan dua kemungkinan yaitu biaya yang dibayarkan oleh BPJS dari.tarif.INA-CBG's kelebihan atau bisa juga kekurangan dari tarif Rumah Sakit.

2.1.4 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pembiayaan Rumah Sakit

2.1.4.1 Usia

Usia pasien digunakan sebagai batasan dalam mengetahui banyaknya pasien yang menderita penyakit jantung koroner berdasarkan usia yang menjalani rawat inap. Sebagian besar penyakit jantung terjadi pada umur 45-64 tahun, dan akan meningkat dengan bertambahnya umur. Sekitar 82% kejadian PJK pada usia lebih dari 65 tahun akan meningkat karena jantung mengalami

perubahan fisiologi bahkan tanpa ada penyakit sebelumnya (Sari S. R., 2017). Berdasarkan hasil Riskesdas 2018, karakteristik pasien penyakit jantung yaitu usia lebih dari 70 tahun (KEMENKES RI, 2018). Penelitian yang melibatkan seluruh penduduk di Indonesia terkait penyakit jantung koroner diperoleh hasil bahwa orang yang berusia >40 tahun akan berisiko 2,72 kali lebih besar terjangkit penyakit jantung koroner dibandingkan dengan orang yang berusia <40 tahun (Ghani, 2016).

2.1.4.2 Jenis kelamin

Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dilakukan untuk mengetahui pengaruh jenis kelamin pada penyakit jantung. Berdasarkan hasil Riskesdas 2018 menunjukkan bahwa penyakit jantung lebih banyak terjadi pada perempuan dibandingkan dengan laki-laki. Menurut Sigalingging (2011) menyebutkan bahwa angka kesakitan lebih banyak terjadi pada perempuan, sedangkan angka kematian banyak terjadi pada laki-laki, perbedaan ini disebabkan oleh faktor intrinsik hormonal dan faktor keturunan.

2.1.4.3 Kelas perawatan

Kelas perawatan terdiri dari 3 kelas, yaitu kelas 1, kelas 2 dan kelas 3. Adapun mayoritas penderita penyakit jantung adalah pasien kelas 3. Pada status ekonomi yang rendah menggambarkan frekuensi terjadinya penyakit jantung yang tinggi. Pasien kelas 3 terdiri dari pasien BPJS PBI dan non PBI. Banyak rumah sakit di Indonesia ditemukan bahwa lebih banyak dari ruang perawatan kelas tiga daripada ruang perawatan yang lainnya, karena pembayaran berbiaya rendah membuatnya lebih mudah untuk dijangkau dan pembayaran dapat disesuaikan

berdasarkan tingkat pendapatan pasien (Wintariani, Suwantara, & Shantini, 2017). Kelas perawatan mempengaruhi pembiayaan riil rumah sakit karena semakin tinggi tingkat perawatan maka biaya yang dikeluarkan akan semakin banyak.

2.1.4.4 *Lenght Of Stay* (Lama Dirawat)

Lama perawatan atau *Lenght of Stay* (LOS) yaitu lamanya pasien tinggal di rumah sakit untuk memperoleh perawatan atas penyakit yang diderita sampai dengan pasien tersebut keluar dari rumah sakit. Lama dirawat mempengaruhi juga terhadap tarif riil. Hal tersebut karena lama dirawat pada tarif riil dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar pula biaya yang dikeluarkan (Wijayanti & Sugiarsi, 2011). Pasien yang dirawat di rumah sakit dan keluar pada hari yang sama dihitung telah menerima perawatan rawat inap 1 hari. dalam perhitungan, tanggal masuk pelayanan rawat inap (admisi) dihitung, sedangkan tanggal keluar pasien (*discharge*) tidak dihitung (Sudra, 2010).

2.1.4.5 Jumlah Prosedur

Karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan prosedur terdiri dari pasien tanpa prosedur, 1 prosedur, 2 prosedur dan lebih dari 2 prosedur. Menurut penelitian Handayani (2016) semakin banyak jumlah prosedur maka semakin banyak pula biaya yang dikeluarkan. Tindakan atau prosedur yang paling banyak menghabiskan biaya rumah sakit adalah tindakan operasi. Sedangkan untuk tindakan yang kecil-kecil seperti EKG, pemasangan infus tidak terlalu berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit.

2.1.4.6 Diagnosis Sekunder

Untuk karakteristik pasien berdasarkan diagnosis sekunder terdiri dari tanpa diagnosis sekunder, 1 diagnosis sekunder, 2 diagnosis sekunder dan lebih dari 2 diagnosis sekunder. Berdasarkan penelitian Astuti (2017) menyatakan bahwa semakin banyak diagnosis sekunder yang dialami pasien, maka semakin banyak perawatan dan pengobatan yang diberikan. Total biaya tahunan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah diagnosis sekunder, yang artinya semakin tinggi skor komordibitas (CCI) maka biaya biaya tahunan yang dikeluarkan pun akan semakin besar. Indeks komordibitas yang diadaptasi dapat digunakan untuk memprediksi pemanfaatan sumber daya.

2.1.4.7 Tingkat Keparahan (*Severity Level*)

Tingkat keparahan meningkat keparahan pada pasien. Tingkat keparahan menurut KemenKes dibagi menjadi 3 yaitu tingkat keparahan ringan, tingkat keparahan sedang, dan tingkat keparahan berat. Terjadinya *severity level* dipengaruhi oleh beberapa faktor, diantaranya adanya diagnosis sekunder, adanya tindakan/prosedur, dan usia dari pasien. *Severity level* juga dapat berpengaruh terhadap besarnya tarif yang diterima oleh rumah sakit.

Tingkat keparahan dan komplikasi suatu penyakit membawa efek bagi pemberian pelayanan kesehatan yang lebih banyak. Pemberian pelayanan kesehatan meliputi obat atau pelayanan rehabilitatif dan supportif. Tingkat keparahan dapat ditentukan oleh adanya diagnosis sekunder, prosedur dan komplikasi, sehingga dapat mengakibatkan peningkatan biaya riil rumah sakit. Semakin banyak jumlah diagnosis sekunder yang diderita maka semakin

menambah tingkat keparahan, dan semakin banyak prosedur medis yang dilakukan maka akan mengakibatkan semakin lama pasien dirawat. Hal ini yang menyebabkan semakin meningkatnya biaya riil rumah sakit (Handayani, 2016).

2.1.5 Komponen Biaya Rumah Sakit

2.1.5.1 Biaya Rawat Inap

Biaya rawat inap merupakan biaya yang diperlukan untuk kamar atau ruangan tempat pasien menginap selama pengobatan dan perawatan berlangsung, dan penggunaan fasilitas rumah sakit berupa rawat inap tanpa makan di rumah sakit. Biaya rawat inap dipengaruhi oleh kelas perawatan dan LOS (*Length of stay*), semakin lama pasien dirawat inap di rumah sakit maka biaya rawat inap akan semakin tinggi, dan semakin tinggi kelas perawatan yang diterima pasien, maka semakin besar biaya rawat inap, karena setiap kelas memiliki tarif yang berbeda. Adapun besarnya tarif rawat inap kelas 1 adalah Rp 100.000/hari, kelas 2 Rp. 80.000/hari, dan kelas 3 Rp. 40.000/hari. Biaya rawat inap terbesar terdapat pada tingkat keparahan 3 karena semakin berat tingkat keparahan pasien maka jumlah diagnosa sekunder semakin banyak dan lama hari perawatan pasien juga semakin panjang

2.1.5.2 Biaya Obat

Biaya obat merupakan biaya untuk membeli obat-obatan selama perawatan pasien di rumah sakit. Biaya obat dihitung dari harga satuan obat dikalikan dengan jumlah pemakaian per hari yang diberikan selama rawat inap. Tingginya biaya obat pada pasien jantung disebabkan karena banyaknya gejala serta

diagnosis lain yang menyertai penyakit jantung, sehingga item obat-obatan yang digunakan juga banyak.

Semakin tinggi tingkat keparahan dan semakin banyak jumlah diagnosis sekunder pasien maka semakin banyak obat yang digunakan, sehingga semakin tinggi biaya obat. Faktor LOS (*Length of Stay*) juga mempengaruhi besarnya biaya obat, pasien dengan biaya minimum memiliki LOS (*Length of Stay*) yang lebih pendek dibandingkan dengan pasien dengan biaya maksimum, karena semakin panjang LOS (*Length of Stay*) maka semakin banyak jumlah obat yang diberikan untuk mengobati pasien.

2.1.5.3 Biaya Pemeriksaan Penunjang

Biaya pemeriksaan penunjang merupakan biaya untuk melakukan pemeriksaan untuk menunjang penegakan diagnosis. Untuk pemeriksaan penunjang diagnostik, meliputi pemeriksaan laboratorium klinik (pemeriksaan darah dan pemeriksaan kimia darah), pemeriksaan laboratorium patologi anatomi, pemeriksaan radio diagnostik, dan pemeriksaan mikrobiologi. Pada penelitian ini pemeriksaan yang umum dilakukan adalah *chest x-ray*, pemeriksaan CT scan, EKG, dan pemeriksaan mikrobiologi. Sedangkan yang dinamakan biaya tindakan adalah biaya atas semua tindakan dan pelayanan yang diterima pasien sejak dirawat di rumah sakit sampai pasien keluar rumah sakit seperti tindakan pemasangan infus, pemasangan oksigen, pemasangan nebulizer pemberian injeksi, transfusi darah, pengambilan darah, monitoring infeksi. Total biaya tindakan berbeda-beda tiap pasien. Semakin parah penyakit pasien maka akan semakin banyak pula tindakan dan prosedur yang dilakukan.

2.1.5.4 Biaya Alat Kesehatan

Biaya alat kesehatan merupakan biaya untuk membeli alat kesehatan yang digunakan selama perawatan pasien di rumah sakit. Semakin parah pasien maka semakin banyak tindakan yang dilakukan, semakin banyak tindakan maka semakin banyak pula alat kesehatan yang digunakan. Tingginya biaya kesehatan juga dipengaruhi oleh lama hari perawatan, semakin lama pasien dirawat maka akan semakin banyak alat kesehatan yang digunakan oleh pasien.

2.1.6 *Clinical Pathway*

Clinical pathway adalah perencanaan pelayanan terpadu yang merangkum setiap langkah pelayanan yang akan dilaksanakan pada pasien mulai dari pasien masuk sampai pasien keluar, sesuai dengan standar pelayanan kedokteran, standar asuhan keperawatan dan tenaga kesehatan lainnya yang berbasis pada diagnosis dengan hasil yang dapat diukur dengan lama hari perawatan di rumah sakit.

Clinical pathway menjadi salah satu komponen dari sistem DRG-*Casemix* yang terdiri dari kodifikasi dan prosedur tindakan (ICD 10 dan ICD 9-CM) dan dalam perhitungan biaya. Implementasi *clinical pathway* berkaitan erat dengan dengan *clinical pathway Governance* dalam hubungannya untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan dengan biaya yang dapat diestimasi dan terjangkau.

Menurut dr. Hanevi Djasri, MARS, konsultan dari PMPK FK UGM, terdapat sekitar tujuh tujuan utama implementasi *clinical pathway*: (1) memilih pola praktek terbaik dari berbagai macam variasi pola praktek, (2) menetapkan standar yang diharapkan mengenai lama perawatan dan penggunaan prosedur klinik yang

seharusnya, (3) menilai hubungan antara berbagai tahap dan kondisi yang berbeda dalam suatu proses dan menyusun strategi untuk mengkoordinasi agar dapat menghasilkan pelayanan yang lebih cepat dengan tahap yang lebih sedikit, (4) memberikan informasi kepada seluruh staf yang terlibat mengenai tujuan umum yang harus tercapai dari sebuah pelayanan dan apa peran mereka dalam proses tersebut, (5) menyediakan kerangka kerja untuk mengumpulkan dan menganalisa data proses pelayanan sehingga penyedia layanan dapat mengetahui seberapa sering dan mengapa seorang pasien tidak mendapatkan pelayanan sesuai dengan standar, (6) mengurangi beban dokumentasi klinik, (7) meningkatkan kepuasan pasien melalui peningkatan edukasi kepada pasien (misalnya dengan menyediakan informasi yang lebih tepat tentang rencana pelayanan) (Rahma P. A., 2013).

Dengan adanya implementasi *clinical pathway*, maka dapat diharapkan pasien benar-benar mendapat pelayanan yang dibutuhkan sesuai dengan kondisinya sehingga biaya yang dikeluarkan juga dapat sesuai dengan perawatan yang diterima dan dengan hasil yang diharapkan. *Clinical pathway* juga dapat membantu dokter dalam melakukan perawatan. Perincian tahapan-tahapan perawatan pasien yang tertera dalam *clinical pathway* dapat menjadi panduan bagi dokter yang sedang melakukan pemeriksaan.

2.1.7 Penyakit Jantung Koroner

2.1.7.1 Pengertian

Penyakit Jantung Koroner (PJK) merupakan suatu kondisi di mana terjadi penumpukan plak pada arteri koroner yang menyebabkan arteri koroner menyempit atau tersumbat. Arteri koroner adalah arteri yang memasok darah ke

otot jantung dengan membawa sejumlah oksigen yang banyak. Ada beberapa faktor yang berkontribusi terhadap penyakit ini, yaitu gaya hidup, faktor genetik, usia dan penyakit yang menyertainya (Norhashimah, 2010).

Kebiasaan merokok, dan tidak rajin berolahraga merupakan faktor perilaku yang paling berpengaruh terhadap kejadian PJK. Selain itu perubahan dan pergeseran dalam gaya hidup menyebabkan faktor risiko PJK semakin beragam (Ramandika, 2012). Gejala yang timbul akibat penyakit PJK diantaranya yaitu: nyeri dada, sesak napas, jantung berdebar-debar, keringat dingin, mual, pusing, pingsan, muntah, batuk-batuk, dan lemas (Wahyuni & Prijodiprojo, 2013)

2.1.7.2 Klasifikasi

Klasifikasi PJK masih belum terspesialisasi sampai saat ini, hal ini karena manifestasi klinisnya bervariasi dan berbeda di antara pasien lain. Waktu kejadiannya juga tidak menentu, dan gejala yang ditimbulkannya terkadang tidak sesuai dengan temuan patologis. Penyakit jantung koroner dapat meliputi beberapa jenis penyakit, tetapi bentuk paling umum dari penyakit jantung adalah *angina pectoris* dan infark miokard.

2.1.7.2.1 Angina Pectoris

Angina pectoris yaitu nyeri dada yang bersifat episodic sebagai akibat dari disparitas antara perfusi darah jantung dan kebutuhan jantung sehingga terjadi hipoksia sepintas miokardium. Secara tipikal bermanifestasi sebagai nyeri dada atau rasa tertekan yang retrosternal dan dapat menyebar ke leher, rahang dan lengan kiri. Lamanya dapat berkisar antara 15 detik sampai 15 menit.

1. Angina Pektoris Stabil

Angina pektoris stabil merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan ketidaknyamanan (jarang digambarkan sebagai rasa nyeri) di dada atau lengan yang sulit dilokalisasi dan dalam, terkait dengan aktivitas fisik atau stres emosional dan menghilang dalam 5-15 menit dengan istirahat dan dengan obat nitroglicerina sublingual. Angina pektoris stabil yaitu rasa sakit yang timbul karena iskemia miokard yang merupakan akibat dari ketidakseimbangan antara pasokan oksigen dan kebutuhan oksigen miokard. Iskemia miokard dapat disebabkan oleh stenosis arteri koroner, spasma arteri koroner, dan berkurangnya kapasitas oksigen dalam darah (Abrams, 2009).

2. Angina pektoris tak stabil

Angina pektoris tak stabil adalah angina pektoris (atau tipe yang sama dan ketidaknyamanan jantung iskemik) dengan setidaknya satu dari tiga hal ini;

- a. Timbul saat istirahat (atau dengan aktivitas minimal) biasanya berakhir setelah lebih dari 20 menit (jika tidak nitroglicerina)
- b. Lebih berat dan digambarkan sebagai rasa sakit yang nyata dengan awal yang baru (dalam 1 bulan)
- c. Muncul dengan pola *crescendo* (lebih berat, lebih lama, atau lebih sering daripada sebelumnya). Pasien dengan hipertensi iskemik dapat datang dengan atau tanpa elevasi segmentasi ST di EKG.

Istilah angina tidak stabil pertama kali digunakan 3 tahun yang lalu dan dimaksudkan untuk menandakan kondisi antara infark miokard dan kondisi

yang lebih parah daripada angina stabil. Angina yang tidak stabil adalah bagian dari sindrom koroner akut, di mana tidak ada sekresi enzim dan biomarker nekrosis miokard. Angina sindrom koroner akut (ACS) cenderung lebih buruk daripada angina stabil, dan biasanya tidak berkurang dengan istirahat beberapa menit atau bahkan dengan tablet nitrogliserin sublingual. SKA menyebabkan iskemia yang mengancam kelangsungan otot jantung (Abrams, 2009).

2.1.7.2.2 *Infark Miokard*

Infark miokard disebabkan oleh nekrosis miokardium akibat perfusi darah yang tidak adekuat pada jaringan otot jantung. Keadaan ini akan menyebabkan perubahan mikroskopis pada jantung dan pelepasan enzim jantung ke dalam aliran darah. Pasien akan mengeluh nyeri dada seperti diremas yang lama (> 30 - 45 menit) dan mirip dengan nyeri angina tapi tidak mereda dengan pemberian nitrogliserin.

1. *Infark Miokard* tanpa ST Elevasi (Non STEMI)

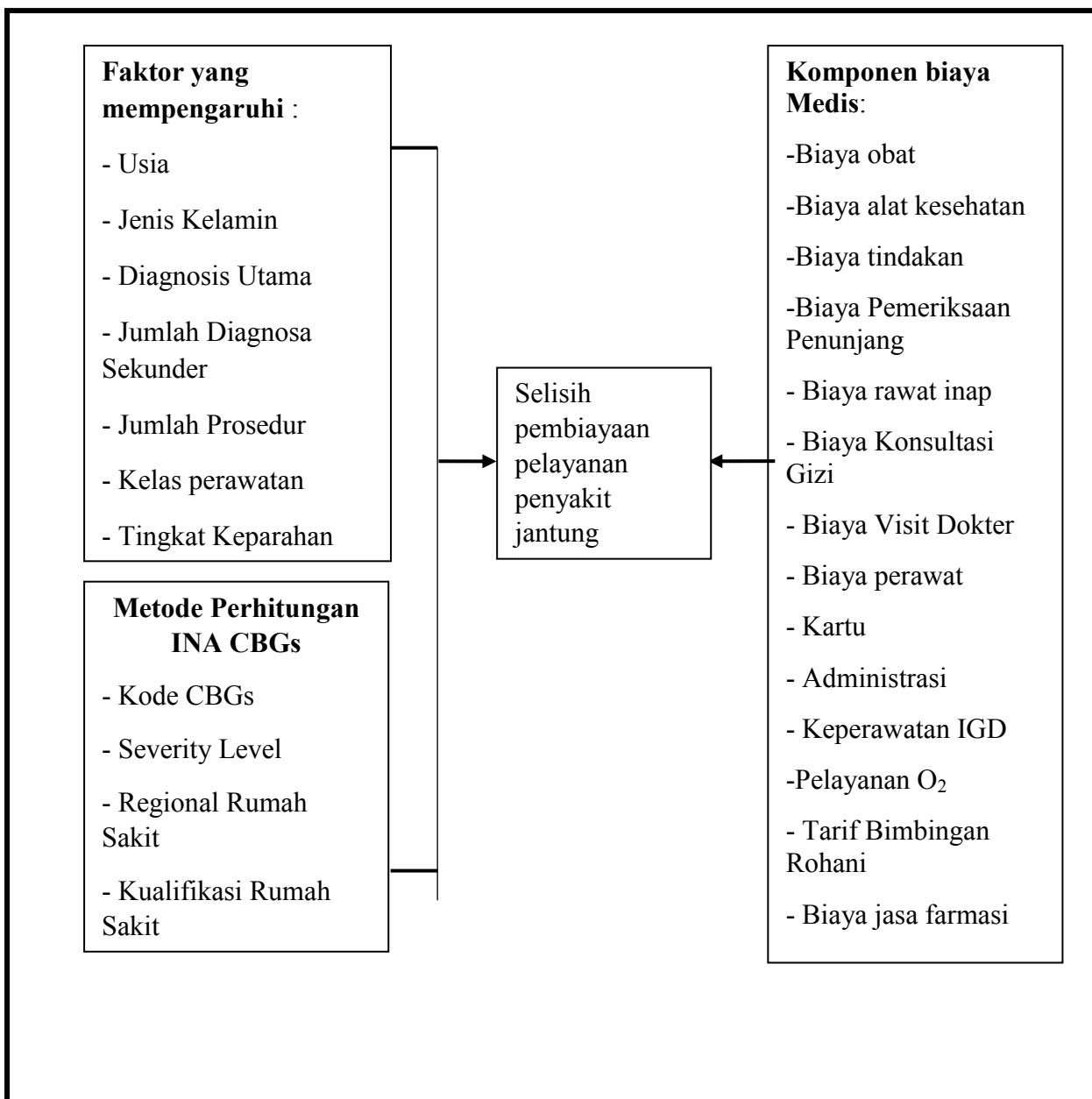
Non-STEMI adalah sindrom klinis yang disebabkan oleh arteri koroner distal persial atau distal sesekali, tanpa peningkatan ST pada gambar EKG. Pada non-STEMI, trombus yang berkembang biasanya tidak menyebabkan koagulasi lengkap dari lumen arteri koroner. Non-STEMI adalah infark miokard tanpa peningkatan elevasi ST yang disebabkan oleh obstruksi koroner karena erosi dan pecahnya plak, erosi atheromal dan pecahnya plak menyebabkan suplai dan permintaan oksigen yang tidak seimbang. Non-STEMI memiliki fitur klinis dan patofisiologis yang sama dengan angina tidak stabil, sehingga mengelola dua

perbedaan. Diagnosis non-STEMI dibuat jika pasien dengan angina yang tidak stabil secara klinis menunjukkan bukti terdapat nekrosis miokard dalam bentuk peningkatan biomarker jantung (PERKI, 2016)

2. *Infark Miokard* Akut dengan Elevasi ST (STEMI)

STEMI adalah kejadian oklusi mendadak di arteri koroner epikardial dan peningkatan segmen ST EKG. STEMI umumnya terjadi ketika aliran darah koroner terjadi tiba-tiba menurun setelah oklusi trombus dalam plak aterosklerotik yang sudah ada sebelumnya (PERKI, 2016).

2.1 KERANGKA TEORI



Gambar 2.1 Kerangka Teori

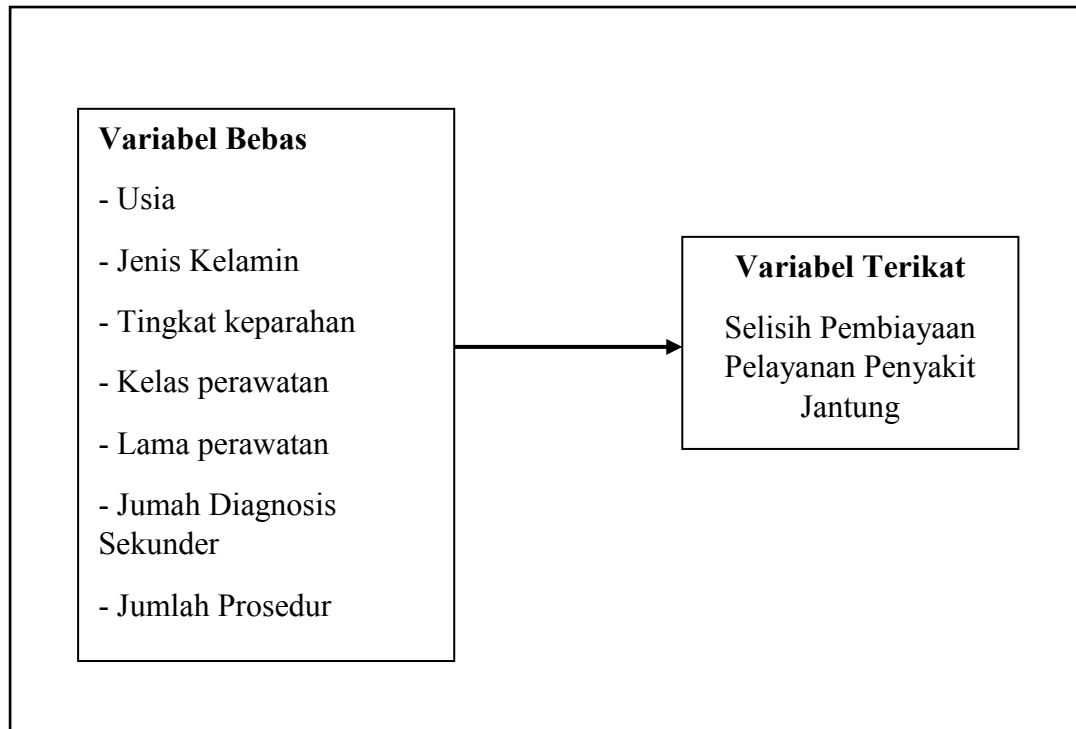
(Sumber : Gobel dan Mahkota (2006), Modifikasi dari Dwi (2016), Handayani (2016), Susi (2016), Dian (2016), Yohana (2019), Astuti

(2018), Susi (2016), Yohana (2019), Arifanda (2016), Ratih (2014), Cahyani (2018), Hanly (2015), Agustin (2010), Lilissuriani (2016)).

BAB III

METODE PENELITIAN

3.1 KERANGKA KONSEP



Gambar 3.1 Kerangka Konsep

3.2 VARIABEL PENELITIAN

Variabel dalam penelitian ini adalah :

3.2.1 Variabel Bebas

Variabel bebas (*independent variabel*) merupakan variabel yang dapat mempengaruhi atau yang menjadi sebab perubahannya atau timbulnya variabel terikat (Sugiyono, 2016). Yang termasuk kedalam variabel bebas yaitu usia, jenis kelamin, tingkat keparahan, kelas

perawatan, lama hari perawatan, jumlah diagnosis sekunder dan jumlah prosedur.

3.2.2 Variabel Terikat

Variabel terikat (*dependent variabel*) merupakan *variable* yang dipengaruhi oleh variabel bebas (Sugiyono, 2016). Yang termasuk dalam variabel terikat yaitu selisih pembiayaan pelayanan penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3 HIPOTESIS PENELITIAN

Hipotesis merupakan pernyataan yang menjadi sebuah jawaban sementara yang terlebih dahulu perlu diuji dengan uji Valrel (validitas dan reabilitas) (Sastroasmoro & Ismael, 2014). Biasanya hipotesis terdiri dari pernyataan terhadap adanya atau tidak adanya pengaruh/hubungan antara dua variabel, yaitu variabel bebas, dan variabel terikat. Pada penelitian ini, hipotesisnya adalah sebagai berikut:

3.3.1 Ada hubungan antara usia dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3.2. Tidak ada hubungan antara jenis kelamin dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3.3 Ada hubungan antara tingkat keparahan dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3.4 Ada hubungan antara kelas perawatan dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3.5 Ada hubungan antara lama hari rawat dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.3.6 Ada hubungan antara jumlah diagnosis sekunder dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

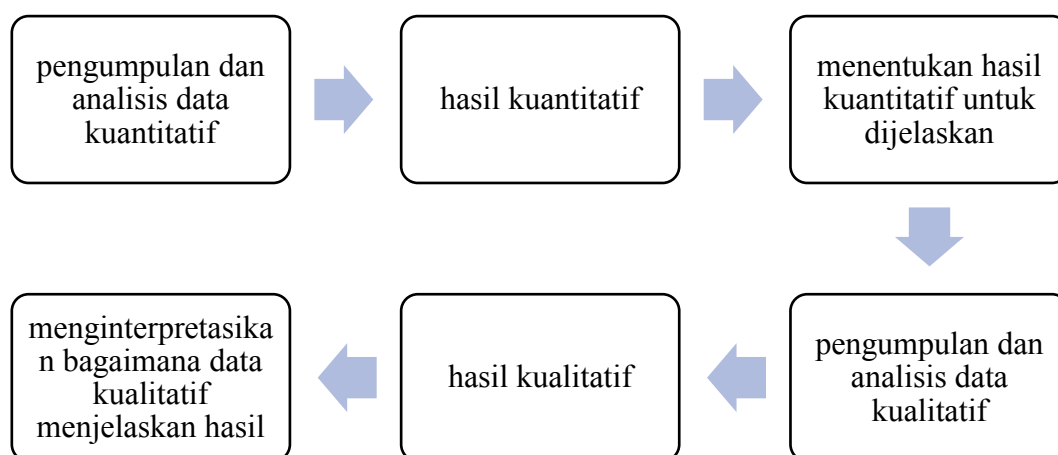
3.3.7 Ada hubungan antara Jumlah Prosedur dengan pembiayaan tarif riil penyakit jantung koroner pasien rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang.

3.4 JENIS DAN RANCANGAN PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dan kualitatif dengan *observasional analitik*. Data kualitatif adalah data yang didapatkan dari wawancara mendalam dibagian rekam medis, bagian klaim BPJS, dan bagian *clinical pathway*, sedangkan data kuantitatif didapatkan dari pengamatan berupa rincian biaya riil dan tarif paket INA-CBG's dari berkas klaim JKN. Catatan medik dan berkas klaim JKN digunakan untuk melihat berapa besar perbedaan yang terjadi antara biaya riil dengan tarif paket INA-CBG's pasien rawat inap JKN pada pengobatan penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang. Desain analisis menggunakan *cross sectional* menurut perspektif rumah sakit, dan pengambilan data dilaksanakan *retrospective* dari data rekam medis pasien jantung koroner rawat inap JKN.

Tahap pertama dalam penelitian ini yaitu pengumpulan dan analisis data kuantitatif yang dilakukan dengan uji anova dan korelasi sederhana. Jadi, pada tahap pertama peneliti akan melihat ada atau tidaknya pengaruh antara biaya riil

rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs. Dan tahap kedua mengumpulkan dan menganalisis data kualitatif. Menurut Creswell (2016: 21) metode campuran *sequential explanatory* yaitu metode yang dilakukan bergantian, dimana penelitian kuantitatif dilakukan terlebih dahulu, kemudian melakukan penelitian kualitatif yaitu untuk menerangkan lebih rinci hasil dari kuantitatif. Berikut gambar rancangan metode penelitian *sequential explanatory*:



3.5 DEFINISI OPERASIONAL

Definisi operasional merupakan arti yang diberikan pada setiap variabel dengan cara memberikan penjabaran, menspesifikasikan kegiatan, maupun memberikan satu operasional yang diperlukan untuk mengukur variabel tersebut. Skala pengukuran merupakan kesepakatan yang digunakan sebagai acuan untuk menentukan panjang pendeknya interval yang ada dalam alat ukur, sehingga alat ukur tersebut bila digunakan dalam pengukuran akan menghasilkan data

kuantitatif. Definisi operasional dari variabel-variabel yang diamati sekaligus skala pengukurannya dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 3.1 Definisi Operasional dan Skala Pengukuran Variabel

No.	Variabel	Definisi	Alat Ukur	Kategori	Skala Data
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Variabel Terikat					
1.	Selisih Pembiayaan pelayanan penyakit jantung	Total tarif INA CBGs dikurangi Total biaya atas semua pelayanan dan tindakan yang diterima oleh pasien (Normasari, 2016)	Billing rumah sakit (dokumen pengklaiman) dan tabel pengumpulan data	-	Numerik
Variabel Bebas					
1.	Usia	Usia pasien digunakan sebagai batasan dalam mengetahui banyaknya pasien penderita penyakit jantung berdasarkan usia yang di rawat inap	Lembar pengumpulan data	1. 15-44 tahun 2. 45-64 tahun 3. >65 tahun (KEMENKES RI, 2018)	Ordinal
2.	Jenis Kelamin	Karakteristik pasien berdasarkan jenis kelamin dilakukan	Lembar pengumpulan data	1. Laki-laki 2. Perempuan (Kementrian Kesehatan ,	Nominal

		untuk mengetahui pengaruh jenis kelamin pada penyakit jantung			(2014)
3.	Tingkat Keparahan	Menunjukkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas dan komplikasi, sesuai dengan koding INA CBGs, sesuai dengan Permenkes Nomor 69 tahun 2013. (Handayani, 2016)	Lembar pengumpulan data	1. Ringan 2. Sedang 3. Berat	Ordinal
4.	Kelas perawatan	Kamar atau ruangan tempat pasien menginap selama pengobatan dan perawatan berlangsung, dan penggunaan fasilitas rumah sakit berupa rawat inap	Lembar pengumpulan data	1. kelas 1 2. kelas 2 3. kelas 3	Ordinal
5	<i>Length of Stay</i> (Lama perawatan)	Menunjukkan berapa hari seorang pasien di rawat inap pada satu episode perawatan. Lamanya pasien menjalani rawat inap di rumah	Lembar pengumpulan data	1. 1-4 hari 2. 5-6 hari 3. >7 hari	Ordinal

(KEMENKES RI, 2018)

(Wijayanti & Sugiarsi, 2011)

		sakit dihitung mulai pasien masuk sampai pasien keluar rumah sakit (Handayani, 2016)			
6.	Jumlah Diagnosis Sekunder	Banyaknya diagnosis penyerta diagnosis utama pada saat pasien pertama kali masuk dan membutuhkan pelayanan/asuhan khusus setelah masuk dan selama perawatan (Kementrian Kesehatan RI, 2012)	Lembar Pengumpulan data	1. tanpa diagnosis sekunder 2. 1 diagnosis sekunder 3. 2 diagnosis sekunder 4. >2 diagnosis sekunder	Ordinal
7.	Jumlah prosedur	Banyaknya tindakan yang dilakukan kepada pasien selama perawatan.	Lembar Pengumpulan data	1. 2 prosedur 2. >2 prosedur	Ordinal

3.6 POPULASI DAN SAMPEL

3.6.1 Populasi Penelitian

Populasi merupakan keseluruhan objek yang diteliti, baik berupa manusia, hewan, tumbuh-tumbuhan, benda-benda mati lainnya, serta peristiwa dan gejala yang terjadi di dalam masyarakat atau di dalam alam (Notoatmodjo, 2010).

Populasi yang digunakan yaitu pasien dengan penyakit jantung koroner yang di rawat inap dengan menggunakan pembiayaan pengobatan JKN yang telah terklaim INA CBGs dari bulan Januari - Desember 2019.

3.6.2 Sampel Penelitian

Sampel merupakan objek yang akan diteliti dan dianggap dapat mewakili seluruh populasi. Sampel dalam penelitian ini terdiri dari dua kelompok yang akan diperbandingkan. Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah dengan menggunakan Teknik *total sampling* yaitu suatu teknik penentuan sampel yang setiap anggota dari populasi menjadi sampel penelitian (Notoatmodjo, 2010). Penelitian ini perlu dikendalikan dengan menyusun kriteria inklusi dan kriteria eksklusi sebagai berikut:

1. Kriteria inklusi

- a) Berkas klaim serta catatan medik pasien dengan diagnosis utama penyakit jantung,
- b) Rincian biaya berkas klaim lengkap,
- c) Pasien jantung rawat inap pada periode Januari-Desember 2019
- d) Pasien JKN yang sudah terklaim tahun 2019.

2. Kriteria eksklusi

- a) Berkas klaim dan catatan medik tidak lengkap
- b) Pasien meninggal, pasien pulang paksa atau pasien dirujuk ke rumah sakit lain.
- c) Berkas klaim catatan medik pasien yang memiliki waktu lama tinggal atau *Lenght of Stay* (LOS).

Dalam menentukan sampel minimal digunakan Teknik Slovin menurut Sugiyono (2016). Adapun penelitian ini menggunakan rumus Slovin karena dalam menentukan sampel, jumlahnya harus *representative* supaya hasil penelitian dapat digeneralisasikan dan perhitungannya tidak memerlukan *table* jumlah sampel, tetapi dapat dilakukan dengan rumus dan perhitungan yang sederhana. Rumus Slovin untuk menentukan sampel adalah sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot (e)^2}$$

Keterangan:

n = Besaran *Sample* minimal

N = Jumlah Seluruh Anggota Populasi

e = Presentase kelonggaran ketelitian kesalahan pengambilan sampel yang masih bisa ditolerir; $e = 0,1$

Jumlah populasi yaitu sebanyak 339 rekam medis pasien jantung koroner, sehingga presentase kelonggaran yang digunakan yaitu 10% dan hasil perhitungan dapat dibulatkan untuk mencapai kesesuaian. Maka untuk mengetahui sampel penelitian, dengan perhitungan sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N \cdot e^2}$$

$$n = \frac{339}{1 + 339 \cdot (0,1^2)}$$

$$n = \frac{339}{4,39}$$

$$n = 77$$

Jadi, jumlah sampel minimal pada penelitian ini yaitu 77 berkas rekam medis pasien jantung koroner yang diletakkan. 10% maka menjadi 85 sampel.

Sementara data kualitatif dalam penelitian ini penentuan sampel menggunakan teknik *purposive sampling* yaitu diambil dari data orang yang paling mengetahui terhadap apa yang dibutuhkan. Sampel untuk data kualitatif sebanyak 5 orang, yaitu 2 dibagian klaim BPJS, 1 bagian rekam medis, dan 2 bagian *clinical Pathway*,

3.7 SUMBER DATA

3.7.1 Data Primer

Data primer didapatkan dari hasil observasi dan wawancara mendalam dengan para informan, yang meliputi petugas rekam medis, petugas klaim BPJS dan petugas *clinical pathway* sebagaimana subyek penelitian tentang faktor-faktor penyebab terjadinya selisih pembiayaan pada penyakit jantung koroner rawat inap tahun 2019, dan untuk mengetahui apa upaya yang dilakukan rumah sakit dalam menangani selisih pembiayaan.

3.7.2 Data Sekunder

Data sekunder didapatkan dari RSUD Tugurejo Semarang yang diperoleh dari data dokumen rekam medik. Data rekam medik yang diambil adalah data rekam medik pasien penyakit jantung koroner yang menjalani rawat inap pada

periode Januari – Desember 2019 yang meliputi nomor rekam medik, nama pasien, jenis kelamin, usia, diagnosis dokter, riwayat penyakit serta lama rawat inap (tanggal masuk – tanggal keluar). Pembiayaan masing-masing komponen sesuai dengan tarif riil rumah sakit dan tarif paket INA-CBG's pada masing-masing pasien penyakit jantung koroner.

3.8 INSTRUMEN PENELITIAN

Instrumen penelitian merupakan suatu alat yang digunakan untuk mengukur fenomena alam maupun sosial yang diamati. Secara spesifik semua fenomena ini disebut variabel penelitian. Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

3.8.1 Instrumen Data Kuantitatif

1. Lembar Pengumpulan Data

Instrumen pengumpulan data berupa tabel pengumpulan data. Dimana didalam kerangka tabel pengumpulan data tersebut berisikan masing-masing variabel yang akan diteliti. Data yang ditulis dalam lembar pengumpulan data antara lain nomor rekam medis, umur dan jenis kelamin, diagnosis utama, diagnosis sekunder, prosedur, los, kondisi pasien saat keluar rumah sakit, seluruh biaya perawatan pasien dan tarif klaim INA CBGs.

3.8.2 Instrumen Data Kualitatif

1. Panduan wawawancara

Panduan wawancara adalah daftar pertanyaan yang diberikan kepada petugas klaim asuransi, petugas *clinical pathway* dan petugas rekam medis, yang berupa pertanyaan tentang penentuan jumlah pasien yang dirawat dengan penyakit jantung koroner, penentuann tarif riil rumah sakit, dan upaya yang dilakukan rumah sakit dalam menutupi selisih pembiayaan.

2. Pedoman dokumentasi

Peneliti melakukan pengumpulan data dengan mengumpulkan semua data yang berkaitan dengan biaya riil rumah sakit.

3.9 Teknik Pengambilan Data

3.9.1 Observasi

Observasi dilakukan untuk mendapatkan data tentang keadaan lingkungan sekitar responden. Pengumpulan data dilakukuan di bagian rekam medis dan bagian klaim asuransi untuk mendapatkan data dan informasi yang meliputi berkas klaim individual pasien jantung koroner dan rekap biaya rumah sakit dibagian rawat inap JKN periode Januari-Desember 2019.

3.9.2 Wawancara

Wawancara dilakukan dengan cara tanya jawab dengan responden secara mendalam. Wawancara diperlukan untuk mendapatkan data primer penelitian. Wawancara dilakukan kepada penanggung jawab bagian klaim asuransi, dan bagian rekam medis,

3.10 TEKNIK ANALISIS DATA

3.10.1 Data Kuantitatif

3.10.1.1 Analisis Deskriptif Univariat

Analisis deskriptif univariat merupakan analisis yang digunakan untuk menggambarkan karakteristik data pasien yang akan ditampilkan dalam bentuk tabel yang meliputi usia, jenis kelamin, *severity level*, LOS, kelas perawatan, jumlah diagnosis sekunder dan jumlah prosedur.

3.10.1.2 Analisis Data Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs

Analisis data di penelitian ini adalah dengan menggunakan SPSS versi 23. Analisis yang digunakan adalah untuk mengetahui perbedaan yang signifikan antara biaya riil rumah sakit dengan tarif biaya INA CBGs rawat inap JKN dengan penyakit jantung koroner digunakan uji *one sample t-test* berpasangan dengan tingkat kepercayaan 95%.

3.10.1.3 Analisis dengan Uji Anova/*Unpaired T-test*

Analisis anova dilakukan dengan menggunakan paket SPSS versi 23 untuk melihat pengaruh faktor-faktor terhadap biaya riil. Analisis uji anova digunakan untuk data dengan kategori lebih dari dua. Dan uji *unpaired t-test* untuk data dengan dua kategori.

3.10.2 Data Kualitatif

Analisis data dalam penelitian kualitatif dalam penelitian ini adalah analisis data wawancara untuk mengetahui upaya/usaha yang dilakukan rumah sakit untuk

menutui masalah selisih biaya riil pada kasus penyakit jantung. Semua informasi dari hasil wawancara dikumpulkan terlebih dahulu sebelum dianalisis lebih lanjut.

Menurut Sugiyono (2016) langkah-langkah analisis data kualitatif selanjutnya setelah data hasil wawancara terkumpul yaitu reduksi data (*data reduction*), penyajian data (*data display*), serta kesimpulan dan verifikasi. Reduksi data yaitu memilih hal-hal penting sesuai dengan fokus penelitian yang hendak dituju peneliti yaitu menganalisis jawaban setiap subjek penelitian. Penyajian data adalah penyajian hasil analisis, model penyajian data kualitatif yang paling sering adalah teks naratif. Selanjutnya setiap subjek dianalisis sehingga dapat ditarik kesimpulan. Kesimpulan akhir mungkin tidak terjadi hingga pengumpulan data selesai, tergantung pada ukuran korpus dari catatan lapangan, pengodean, penyimpanan, dan metode-metode perbaikan yang digunakan, pengalaman peneliti dan tuntunan dari penyandang dana tetapi sering digambarkan sejak awal, bahkan ketika seorang peneliti menyatakan telah memproses secara induktif.

3.11 PROSEDUR PENELITIAN

3.11.1 Tahap Pra Penelitian

Tahap pra penelitian merupakan rangkaian kegiatan yang dilakukan sebelum penelitian. Adapun kegiatan yang dilakukan:

1. Pengurusan surat izin rumah sakit
2. Persiapan lembar pengumpulan data pasien

2.11.2 Tahap Pelaksanaan

1. Pengumpulan data rekam medik di rumah sakit. Tujuan dari pengumpulan data adalah untuk memperoleh data karakteristik pasien

jantung koroner yang terdiri dari nomor rekam medik, nama pasien, usia, jenis kelamin, kelas perawatan, LOS, diagnosis sekunder dan jumlah prosedur. Setelah data terkumpul, kemudian data tersebut dicatat pada lembar pengumpulan data.

2. Data jumlah biaya pasien jantung koroner yang diperoleh dari bagian klaim asuransi. Dari seluruh jenis biaya, kemudian dikelompokkan menjadi biaya pemeriksaan, biaya medis habis pakai, biaya obat dan biaya alat kesehatan.

2.11.3 Tahap Pasca Penelitian

Tahap pasca penelitian dapat dilakukan apabila data rekam medis pasien telah diperoleh dengan lengkap maka pengolahan dan analisis data dapat dilakukan dengan menggunakan metode analisis yang sesuai.

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 GAMBARAN UMUM

4.1.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo terletak pada jalur utama Semarang-Jakarta yang merupakan jalur utama pantai utara Jawa antara Semarang Kendal, tepatnya pada Jalan Raya Walisongo Semarang. RSUD Tugurejo memiliki posisi sangat strategis karena terletak pada jalur padat dengan potensi rawan kecelakaan cukup tinggi, dikelilingi oleh lingkungan pemukiman dan perumahan yang padat serta dilingkupi sentra industri besar antara lain: Kawasan Industri Wijaya Kusuma, Kawasan Industri Tugu Indah, Kawasan Industri Candi dan Kawasan Guna Mekar Industri.

RSUD Tugurejo merupakan Rumah Sakit tipe B milik Pemerintah Provinsi Jawa Tengah, yang terletak di Semarang bagian barat dengan kapasitas tempat tidur sejumlah 323 unit. Luas tanah 36,566m², luas bangunan 15.381 m² terdiri dari gedung rawat jalan, gedung rawat inap, gedung IGD, 8 bangsal perawatan, kamar bedah, kamar bersalin, bagian penunjang, kantor, auditorium dan wisma.

Dalam pendekatan mutu, RSUD Tugurejo selalu berusaha untuk meningkatkan dan mengembangkan mutu pelayanan di seluruh jajaran Rumah Sakit (*Hospital Wide Quality Improvement*) demi mewujudkan hal tersebut,

RSUD Tugurejo Semarang memiliki visi menjadi Rumah Sakit prima, mandiri, dan terdepan di Jawa Tengah dan misi RSUD Tugurejo Semarang meliputi: (1) memberikan pelayanan kesehatan secara efisien dan mengembangkan pelayanan unggulan, (2) meningkatkan profesionalisme SDM Kesehatan yang berdaya saing, (3) mengembangkan sarana dan prasarana RS yang aman dan nyaman, (4) meningkatkan program mengembangkan program pelayanan medis dan non medis secara berkesinambungan, (5) mewujudkan kemandirian melalui efisiensi, efektifitas, dan fleksibilitas pengelolaan keuangan, (6) menjadi pusat Pendidikan kesakitan dan kesehatan lain, serta penelitian dan pengembangan bidang kesehatan.

Jenis pelayanan yang ada di RSUD Tugurejo Semarang (1) Gawat Darurat, Instalasi Medik (Bank Darah, Instalasi Bedah Sentral, Instalasi Gizi, Laboratorium Patologi Anatomi, Pusat Diagnostik, Radiologi dan Laboratorium Klinik) dan Instalasi Non Medik (CSSD, IPSRS RS Tugurejo, PDE, Pemulasaran, Rekam Medis dan Sanitasi), (3) Rawat Inap, (4) Rawat Jalan yang terdiri: Hemodialisa, Klinik Bedah Plastik, Poli Spesialis Kebidanan, Poli Spesialis Penyakit Dalam, Poli Spesialis syaraf dan Poli Spesialis THT, (5) dan *Trauma Center*.

Pada tahun 2018 kasus PJK di RSUD Tugurejo adalah sebanyak 309 kasus yang terdiri dari *Angina Pectoris* 145 kasus dan *IMA* 164 kasus. Dan pada tahun 2019 kasus PJK sebanyak 339 kasus yang terdiri dari *Angina Pectoris* 143 kasus dan *IMA* 196 kasus.

4.2 HASIL PENELITIAN

Pelaksanaan penelitian ini di RSUD Tugurejo Semarang yang termasuk tipe rumah sakit B dan masuk bagian regional pertama. Penelitian ini mengacu pada tujuan utama yaitu melakukan analisis selisih biaya riil rumah sakit dan tarif INA CBGs. Total sampel yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 85 pasien, sedang yang lainnya di eksklusi karena pasien meninggal sewaktu dirawat, pasien pulang atas permintaan sendiri, pasien dirujuk ke pelayanan yang lebih tinggi dan pasien yang memiliki data rekam medis kurang lengkap. Dasar penelitian adalah biaya riil yang sudah terkaim oleh BPJS bagi pasien jantung koroner peserta JKN di bagian rawat inap di RSUD Tugurejo Semarang. Penelitian ini termasuk dalam penelitian *analitic observational* dengan rancangan *cross sectional* berdasarkan pada perspektif rumah sakit dengan metode pengambilan data retrospektif pada periode Januari - Desember 2019.

4.2.1 Analisis Deskriptif Univariat

Analisis deskriptif univariat digunakan untuk mendeskripsikan masing-masing dari variabel. Data kategorikal yang terdiri dari usia, jenis kelamin, kelas perawatan, lama perawatan, tingkat keparahan, jumlah diagnosis sekunder dan jumlah prosedur. Berdasarkan hasil penelitian dan pengolahan data yang telah dilakukan, didapatkan hasil univariat data kategorikal sebagai berikut:

4.2.1.1 Karakterisrik berdasarkan Usia

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan usia dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.1 Karakteristik Pasien berdasarkan Usia

Pada tabel 4.1 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap peserta JKN, sebanyak 19 pasien (22,4%) terserang pada kategori usia 15-44 tahun, sebanyak 39 pasien (45,9%) terserang pada kategori usia 45-59 tahun, dan sebanyak 27 pasien (31,8%) terserang pada kategorik usia > 60 tahun.

4.2.1.2 Karakteristik berdasarkan Jenis Kelamin

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan jenis kelamin dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.2 Karakteristik Pasien Berdasarkan Jenis Kelamin

<u>Jenis Kelamin</u>	<u>Frekuensi</u>	<u>Presentase (%)</u>
<u>Laki-laki</u>	64	75,3
<u>Perempuan</u>	21	24,7
Total	85	100

Pada tabel 4.2 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani perawatan JKN, sebanyak 64 pasien (75,3%) berjenis kelamin laki-laki, sedangkan sebanyak 21 pasien (24,7%) berjenis kelamin perempuan.

4.2.1.3 Karakteristik berdasarkan Tingkat Keparahan

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan tingkat keparahan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4.3 Karakteristik berdasarkan Tingkat Keparahan

<u>Usia</u>	<u>Frekuensi</u>	<u>Presentase (%)</u>
<u>15-44 Tahun</u>	19	22,4
<u>45-59 Tahun</u>	39	45,9
<u>>60 Tahun</u>	27	31,8
Total	85	100

<u>Tingkat Keparahan</u>	<u>Frekuensi</u>	<u>Presentase (%)</u>
<u>Ringan</u>	34	40,0
<u>Sedang</u>	34	40,0
<u>Parah</u>	17	20,0
<u>Total</u>	85	100

Pada tabel 4.3 diketahui bahwa. dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 34 pasien (40,0%) dengan tingkat keparahan ringan, sebanyak 34 pasien (40,0%) dengan tingkat keparahan sedang, dan sebanyak 17 pasien (20,0%) dengan tingkat keparahan parah.

4.2.1.4 Karakteristik berdasarkan Kelas Perawatan

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan kelas perawatan dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 4 Karakteristik berdasarkan Kelas Perawatan

<u>Kelas Perawatan</u>	<u>Frekuensi</u>	<u>Presentase</u>
Kelas I	15	17,6
Kelas 2	25	29,4
Kelas 3	45	52,9
<u>Total</u>	85	100

Pada tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap, sebanyak 15 pasien (17,6%) di rawat di kelas 1, sebanyak 25 pasien (29,4%) dirawat dikelas 2, dan sebanyak 45 pasien (52,9%) dirawat dikelas perawatan 3.

4.2.1.5 Karakteristi berdasarkan Lama Hari Perawatan (*Length Of Stay*)

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan *Length of stay* dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 5 Karakteristik berdasarkan Lama Rawat Inap

Lama Hari Rawat	Frekuensi	Presentase
1-3 Hari	19	22,3
5-6 Hari	32	37,7
>7 Hari	34	40,0
Total	85	100

Berdasarkan tabel 4.5 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien dengan jantung koroner pasien rawat inap JKN, sebanyak 19 pasien (22,3%) lama di rawat 1-3 hari, 32 pasien (37,7%) lama di rawat 5-6 hari, dan sebanyak 34 pasien (40,0%) lama di rawat >7 hari.

4.2.1.6 Karakteristik berdasarkan Jumlah Diagnosis Sekunder

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan jumlah diagnosis sekunder yaitu dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 6 Karakteristik Berdasarkan Diagnosis Sekunder

Diagnosis Sekunder	Frekuensi	Presentase (%)
Tanpa DS	5	5,9
1 DS	27	31,8
2 DS	29	34,1
>2 DS	24	28,2
Total	85	100

Diagnosis Sekunder		
Diagnosis Sekunder	Jumlah kejadian	Presentase (%)
E87.6 (Hypokalaemia)	15	23,4
E78.5 (Hiperlipid demia)	16	25,0
I10 (hipertensi)	14	21,9
E14.9 (DM Tipe I)	19	29,7

Pada tabel 4.6 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 5 pasien (5,9%) tanpa diagnosis sekunder, sebanyak 27 pasien (31,8%) dengan jumlah 1 diagnosis sekunder,

sebanyak 29 pasien (34,1%) dengan 2 diagnosis sekunder, dan 24 pasien (28,2%) dengan >2 diagnosis sekunder.

Diagnosis sekunder yang terbanyak dialami pasien jantung yaitu Diabetes Mellitus Tipe 1 (E14.9) yaitu dengan jumlah kejadian sebanyak 19 (29,7 %). Jenis diagnosis sekunder terbanyak kedua adalah hiperlipid demia yaitu dengan jumlah kejadian sebanyak 16 (25,0%), Hypokalaemia (E87.6) dengan jumlah kejadian sebanyak 15 (22,2%), dan kejadian hipertensi sebanyak (I10) sebanyak 14 (21,9).

4.2.1.7, Karakteristik berdasarkan Jumlah Prosedur

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien jantung koroner berdasarkan jumlah prosedur yaitu dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 7 Karakteristik berdasarkan Prosedur

Prosedur	Frekuensi	Presentase
Tanpa prosedur	0	0
1 Prosedur	0	0
2 Prosedur	12	14,1
>2 Prosedur	73	85,9
Total	85	100

Jumlah Prosedur

Karakteristik	Jumlah	Presentase (%)
89.52 (EKG)	83	29,9
88.72 (<i>Diagnosticultrasound of heart</i>)	60	21,5
90.59 (Lab. Darah)	85	30,6
87.44 (ronsen torak / <i>CT Scan</i>)	50	18,0
Jumlah	278	100

Pada tabel 4.7 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien dengan jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 12 pasien (14,1%) menjalani 2 prosedur dan sebanyak 73 pasien (85,9%) menjalani >2 prosedur.

Berdasarkan tabel 4.7 diketahui bahwa jenis prosedur terbanyak adalah prosedur dengan kode 90.95 (pemeriksaan Lab darah) yaitu dengan jumlah 85 (30,6%). Prosedur dengan kode 89.52 (EKG) adalah prosedur terbanyak kedua dengan jumlah 83(29,9%), kode prosedur 88.72 (*Diagnosticultrasound of heart*) dengan jumlah 60 (21,5%), dan prosedur 87.44 (ronsen toraks/CT Scan) dengan jumlah 50 (18,0%).

4.2.2 Analisis Data Biaya Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA CBGs

Menggunakan uji *One Sample T-test*

Analisis data biaya riil rumah sakit berdasarkan tarif INA CBGs yaitu untuk mengetahui kesesuaian antara biaya riil pasien pada penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019 dengan tarif INA CBGs. Kesesuaian biaya riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs dapat dilihat dari ada tidaknya selisih antara biaya riil dengan tarif INA CBGs. Untuk mengetahui kesesuaian biaya riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs maka digunakan uji *one sample T-test*. Karakteristik selisih biaya dapat dilihat pada tabel sebagai berikut:

Tabel 4. 8 Selisih Biaya Riil dan Tarif INA CBGs berdasarkan Tingkat Keparahan dan Kelas Perawatan

Kelas	Biaya	N	Mean	SD	Selisih Tarif	<i>p</i>
Tingkat Keparahan Ringan						
1	Biaya riil	4	6872262.75	5033992.978	-1933651	0,072
	Tarif INA CBGs	4	6388850.00	1501255.878		
2	Biaya riil	9	9542007.33	3486754.649	5500834	0,00
	Tarif INA CBGs	9	10153211.11	1904374.921		
3	Biaya riil	2	23387781.50	22030069.453	-18498563	0,374
	Tarif INA CBGs	2	14138500.00	-		
Total Selisih					-14931380	
Tingkat Keparahan Sedang						

1	Biaya riil	11	5365745.45	1231617.227	-19835568	0,00
	Tarif INA CBGs	11	7168978.91	3930691.192		
2	Biaya riil	11	7642624.73	4215811.524	3323328	0,00
	Tarif INA CBGs	11	7944745.45	1739297.987		
3	Biaya riil	3	6245614.67	2605825.665	13702756	0,053
	Tarif INA CBGs	3	10813200.00	2261365.534		
Total Selisih					-2809484	
Tingkat Keparahan Berat						
1	Biaya riil	19	5946762.11	3668792.934	-24443780	0,00
	Tarif INA CBGs	19	4660247.37	1288632.094		
2	Biaya riil	14	5855709.43	2425539.474	11553268	0,00
	Tarif INA CBGs	14	6680942.86	833906.704		
3	Biaya riil	12	10423818.17	5411505.564	8539182	0,00
	Tarif INA CBGs	12	11135416.67	2068553.779		
Total Selisih					-4351330	

Pada tabel 4.8 dapat diketahui bahwa terdapat selisih biaya antara biaya riil dan tarif INA CBGs. Setiap kelas perawatan dan tingkat keparahan memiliki selisih yang berbeda-beda. Rumah Sakit mengalami selisih negatif apabila biaya yang dikeluarkan untuk penyakit jantung lebih besar daripada tarif INA CBGs. Dari hasil penelitian selisih negatif terjadi pada tingkat keparahan ringan kelas 1 dan 3, tingkat keparahan sedang kelas 1, dan tingkat keparahan berat kelas 1. Sedangkan rumah sakit mengalami selisih positif apabila biaya yang dikeluarkan untuk penyakit jantung lebih kecil dari tarif INA CBGs. Dari hasil penelitian selisih positif terjadi pada tingkat keparahan ringan kelas 2, tingkat keparahan sedang kelas 2 dan kelas 3, serta tingkat keparahan berat kelas 2.

Pada tabel 4.8 juga menunjukkan hasil analisis *One sample t-test* untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan secara signifikan antara biaya riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs pada pasien dengan penyakit jantung koroner. Perbedaan dianggap signifikan apabila nilai $p < 0,05$. Tingkat keparahan ringan kelas 2 ($p = 0,00$), tingkat keparahan sedang kelas 1 ($p = 0,00$), tingkat keparahan sedang 2 ($p = 0,00$), serta tingkat keparahan berat kelas 1 ($p = 0,00$), tingkat

keparahan berat 2 ($p = 0,00$) dan tingkat keparahan berat kelas 3 ($p = 0,00$) menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan.

Tabel 4. 9 Selisih antara Total Biaya Riil dan Tarif INA CBGs pada Pasien Rawat Inap Penyakit Jantung Koroner JKN

Tarif	Total	Rata-rata	Selisih	<i>P</i>
Biaya Riil Rumah sakit	Rp. 672.473.474	7911452.62	Rp. -33.336.673	0,00
Tarif Paket INA CBGS	Rp. 639.136.800	7519256.47		

Pada tabel 4.9 dapat diketahui bahwa total keseluruhan biaya rumah sakit adalah Rp. 672.473.473, sementara untuk total tarif INA CBGs yaitu sebesar Rp. 639.136.800. Jadi, besar selisih biaya secara keseluruhan adalah RP.-3.336.673. Selisih tersebut bernilai negatif, yang artinya biaya yang dikeluarkan rumah sakit untuk penyakit jantung koroner rawat inap JKN lebih banyak daripada biaya tarif INA CBGs.

Berdasarkan tabel 4.9 juga menunjukkan nilai $p < 0,00$, yang artinya bahwa tidak diterimanya H_0 yang menunjukkan bahwa nilai total biaya riil rumah sakit dan tarif INA CBGs mempunyai rata-rata yang berbeda. Jadi, dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan yang signifikan antara total tarif rumah sakit dengan total tarif paket INA CBGs.

4.2.3 Analisis Uji Anova dan *Unpaired T-test*

Analisis uji anova dilakukan untuk memahami analisis perbedaan antara satu variabel bebas dengan variabel terikat. Hasil analisis adalah sebagai berikut:

4.2.3.1 Hubungan Antara Usia dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara usia dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN dilakukan dengan uji anova diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 10 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Usia

Usia	Frekuensi	Presentase (%)	<i>p</i>	F	Mean	SD
15-44 Tahun	19	22,4			4817366.37	2844953.754
45-59 Tahun	39	45,9	0,019	4,154	8472450.72	4025917.613
>60 Tahun	27	31,8			8885402.04	732397.927
Total	85	100			7786604.64	5316979.087

Berdasarkan tabel 4.10 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 19 pasien (22,4%) terserang pada kategori usia 15-44 tahun, sebanyak 39 pasien (45,9%) terserang pada kategori usia 45-59 tahun, dan sebanyak 27 pasien (31,8%) terserang pada kategori usia >60 tahun.

Hasil diatas menunjukkan bahwa *mean* dari biaya riil akan bertambah apabila usia pasien juga meningkat. Pasien dengan usia 15-44 tahun rata-ratanya adalah 4817366.37, pasien dengan usia 45-59 tahun adalah 8472450.72, dan pasien dengan usia >60 tahun adalah 8885402.04. Hasil uji Anova, diperoleh nilai F 4,154 dengan *p value* 0,019. Nilai *p value* tersebut kurang dari 0,05 ($0,019 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada perbedaan yang bermakna antara usia dengan tarif biaya riil penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo tahun 2019. Hasil *p value* ini menunjukkan bahwa usia mempunyai pengaruh

yang terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

Tabel 4. 11 Signifikan perbedaan biaya riil menurut usia

No.	Usia	p-Value	Simpulan
1.	15-44 tahun vs 45-59 tahun	0,013	Berbeda secara bermakna
2.	15-44 tahun vs >60 tahun	0,010	Berbeda secara bermakna
3.	45-59 tahun vs >60 tahun	0,749	Tidak berbeda secara bermakna

Analisis lebih Lanjut memperlihatkan bahwa ada perbedaan biaya riil antara usia 15-44 tahun dengan 45-59 tahun, dan usia 15-44 tahun dengan > 60 tahun, dan tidak ada perbedaan biaya riil antara usia 45-59 tahun dengan > 60 tahun.

4.2.3.2 Hubungan Antara Jenis Kelamin dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara jenis kelamin dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN yang dilakukan dengan uji *Unpaired T-test* diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.12 Distribusi Biaya Riil Rumah Sakit Tugurejo dengan Jenis Kelamin

Jenis Kelamin	Frekuensi	Presentase (%)	p	Mean	SD
Laki-laki	64	75,3	0,671	7645142.34	5451531.680
perempuan	21	24,7		8217727.81	4986025.424
Total	85	100			

Berdasarkan tabel 4.12, dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 64 pasien (75,3%) berjenis kelamin laki-laki, sedangkan sebanyak 21 pasien (24,7%) berjenis kelamin perempuan.

Hasil uji *unpaired t-test*, diperoleh signifikan uji Levene's 0,701, nilai *P* value 0,671 ($0,671 > 0,05$) sehingga didapatkan H_0 diterima dan H_a ditolak, yang artinya varians antara jenis kelamin dan tarif biaya riil rumah sakit di RSUD Tugurejo adalah sama. Maka hasil uji *p value* tersebut menyebutkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang bermakna secara signifikan antara biaya riil dari jenis kelamin laki-laki dibandingkan dengan biaya riil dari jenis kelamin perempuan.

4.2.3.3 Hubungan Antara Tingkat Keparahan dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara tingkat keparahan dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN yang dilakukan dengan uji anova diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4.93 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Tingkat Keparahan

Tingkat Keparahan	Frekuensi	Presentase (%)	<i>p</i>	F (Anova)	Mean	SD
Ringan	34	40,0			6451067.62	3829781.536
Sedang	34	40,0	0,008	5,148	7409613.82	3596287.195
Parah	17	20,0			11211660.29	86656579.714
Total	85	100			7786604.64	5316979.087

Berdasarkan tabel 4.13 diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 34 pasien (40,0%) dengan tingkat keparahan ringan, sebanyak 34 pasien (40,0%) dengan tingkat keparahan sedang, dan sebanyak 17 pasien (20,0%) dengan tingkat keparahan parah.

Hasil diatas menunjukkan *mean* biaya riil meningkat sesuai peningkatan *severity level* (tingkat keparahan pasien). Pasien dengan tingkat keparahan ringan rata-ratanya adalah 6451067.62, pasien dengan tingkat keparahan sedang adalah

7409613.82, dan pasien dengan tingkat keparahan berat adalah 11211660.29. berdasarkan hasil uji Anova didapatkan nilai anova F 5,148 dengan *p value* 0,008. Nilai *p value* tersebut kurang dari 0,05 ($0,008 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara tingkat keparahan dengan tarif biaya riil penyakit jantung di RSUD Tugurejo tahun 2019. Maka hasil *p value* ini menunjukkan bahwa tingkat keparahan mempunyai pengaruh secara signifikan terhadap biaya riil rumah sakit untuk penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

Tabel 4. 104 Signifikan perbedaan biaya riil menurut Tingkat Keparahannya

No.	Tingkat Keparahannya	<i>p-value</i>	Simpulan
1.	Ringan dengan sedang	0,438	Tidak Berbeda bermakna
2.	Ringan dengan berat	0,002	Berbeda bermakna
3.	Sedang dengan berat	0,014	Berbeda Bermakna

Analisis lebih lanjut memperlihatkan bahwa ada perbedaan biaya riil antara tingkat keparahan ringan dengan tingkat keparahan berat, dan tingkat keparahan sedang dengan tingkat keparahan berat. Dan tidak ada perbedaan biaya riil antara tingkat keparahan ringan dengan tingkat keparahan berat.

4.2.4.4 Hubungan Antara Kelas Perawatan dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara kelas perawatan dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN yang dilakukan dengan uji anova diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 115 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Kelas Perawatan

Kelas Perawatan	Frekuensi	Presentase	<i>P</i>	<i>F</i>	Mean	SD
Kelas 1	15	17,6	0,028	3,741	10513143.00	7671297.545
Kelas 2	25	29,4			7266579.36	3822096.162

Kelas 3	45	52,9	6748351.25	4258967.412
Total	85	100	7786604.64	5316979.087

Berdasarkan dari tabel 4.15 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 15 pasien (17,6%) di rawat di kelas 1, sebanyak 25 pasien (29,4%) dirawat dikelas 2, dan sebanyak 45 pasien (52,9%) dirawat dikelas 3.

Hasil diatas menunjukkan *mean* dari biaya riil akan bertambah sesuai dengan peningkatan kelas perawatan pasien. Pasien dengan kelas perawatan 3 rata-ratanya adalah 6748351.25, pasien dengan kelas perawatan 2 adalah 7266579.36, dan pasien dengan kelas perawatan 1 adalah 10513143.00. Berdasarkan hasil dari uji Anova, didapatkan nilai anova F 3,741 *p value* 0,028. Nilai *p value* tersebut kurang dari 0,05 ($0,028 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada perbedaan yang bermakna antara kelas perawatan dengan tarif biaya riil rumah sakit. Hasil *p value* ini menunjukkan bahwa kelas perawatan mempunyai pengaruh terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

Tabel 4. 126 Signifikan perbedaan biaya riil menurut Kelas Perawatan

No.	Kelas Perawatan	<i>p-Value</i>	Simpulan
1.	Kelas 1 dengan kelas 2	0,039	Berbeda bermakna
2.	Kelas 1 dengan kelas 3	0,009	Berbeda bermakna
3.	Kelas 2 dengan kelas 3	0,694	Tidak Berbeda bermakna

Analisis lebih lanjut memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan biaya riil antara kelas perawatan 1 dengan kelas perawatan 2, dan kelas perawatan 1 dengan kelas perawatan 3. Dan tidak ada perbedaan biaya riil antara kelas perawatan 2 dengan kelas perawatan 3.

4.2.4.5 Hubungan Antara Lama Rawat Inap dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara lama hari rawat dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN dilakukan dengan uji korelasi diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 137 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Lama Hari Rawat

Lama Hari Rawat	Frekuensi	Presentase	<i>p</i>	F	Mean	SD
1-4 Hari	19	22,3			8147718.63	8344665.524
5-6 Hari	32	37,7	0,042	3,285	6013942.88	3421426.012
>7 Hari	34	40,0			9253193.18	4200459.540
Total	85	100			7786604.64	5316979.087

Berdasarkan tabel 4.17 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien dengan jantung koroner pasien rawat inap JKN, sebanyak 19 pasien (22,3%) lama hari rawat 1-3 hari, 32 pasien (37,7%) lama hari rawat 5-6 hari, dan sebanyak 34 pasien (40,0%) lama hari rawat >7 hari.

Hasil diatas menunjukkan bahwa *mean* biaya riil meningkat sesuai dengan lamanya pasien dirawat. Pasien yang mempunyai lama rawat 1-4 hari rata-ratanya adalah 8147718.63, pasien yang mempunyai lama rawat 5-6 hari adalah 6013942.88, dan pasien yang mempunyai lama rawat >7 hari adalah 9253193.18. Berdasarkan hasil dari uji Anova didapatkan nilai anova yaitu F 3,285 dengan *P Value* 0,042. Nilai *p value* tersebut kurang dari 0,05 ($0,042 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, berarti ada perbedaan yang bermakna antara lama hari rawat dengan tarif biaya riil rumah sakit. Hasil *p value* ini menunjukkan bahwa lama hari rawat inap mempunyai pengaruh terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

Tabel 4. 148 Signifikan perbedaan biaya riil menurut Kelas Perawatan

No.	Kelas Perawatan	<i>p</i> -Value	Simpulan
1.	1-4 hari dengan 5-6 hari	0,159	Tidak Berbeda bermakna
2.	1-4 hari dengan >7 hari	0,458	Tidak Berbeda bermakna
3.	5-6 hari dengan >7 hari	0,013	Berbeda bermakna

Analisis lebih lanjut memperlihatkan bahwa terdapat perbedaan biaya riil antara lama 5-6 hari rawat dengan lama >7 hari rawat. Tidak ada perbedaan biaya riil antara lama hari rawat 1-4 hari dengan lama 5-6 hari rawat, dan lama 1-4 hari rawat dengan lama >7 hari rawat.

4.2.4.6 Hubungan antara Jumlah Diagnosis Sekunder dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara jumlah diagnosis sekunder dengan biaya riil terhadap pasien jantung koroner rawat inap JKN dilakukan dengan uji anova diperoleh hasil sebagai berikut:

Tabel 4. 159 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Diagnosis Sekunder

Diagnosis Sekunder	Frekuensi	Presentase (%)	<i>p</i>	F	Mean	SD
Tanpa DS	5	5,9	0,071	2,436	4772843.00	2401637.647
1 DS	27	31,8			6119186.41	4033069.421
2 DS	29	34,1			8568492.17	6732403.781
>2 DS	24	28,2			9345536.38	4487081.877
Total	85	100			7786604.64	5316879.087

Berdasarkan pada tabel 4.19 diketahui bahwa dari 85 pasien jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 5 pasien (5,9%) dengan tanpa diagnosis sekunder, sebanyak 27 pasien (31,8%) dengan 1 diagnosis sekunder, sebanyak 29 pasien (34,1%) dengan 2 diagnosis sekunder, dan 24 pasien (28,2%) dengan >2 diagnosis sekunder.

Hasil diatas menunjukkan bahwa *mean* biaya riil akan meningkat sesuai dengan meningkatnya jumlah diagnosis sekunder dari pasien. Pasien dengan tanpa diagnosis sekunder rata-ratanya adalah 4772843.00, pasien dengan jumlah diagnosis sekundernya 1 adalah 6119186.41, pasien dengan diagnosis sekundernya 2 adalah 8568492.17 dan pasien yang memiliki diagnosis sekunder >2 adalah 9345536.38. Berdasarkan dari uji anova, diperoleh nilai anova F 2,436 dengan *P Value* 0,071. Nilai *p value* lebih besar dari 0,05 ($0,071 > 0,05$), sehingga H_0 diterima dan H_a ditolak, yang artinya tidak terdapat perbedaan yang bermakna jumlah diagnosis sekunder dengan tarif biaya riil rumah sakit. Hasil *p value* ini menunjukkan bahwa jumlah diagnosis tidak mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

Tabel 4. 20 Signifikan perbedaan biaya riil menurut Kelas Perawatan

No.	Kelas Perawatan	<i>p-Value</i>	Simpulan
1.	1 DS dengan 2 DS	0,081	Tidak Berbeda bermakna
2.	1 DS dengan >2 DS	0,029	Berbeda bermakna
3.	2 DS dengan >2 DS	0,589	Tidak Berbeda bermakna
4.	Tanpa DS dengan 1 DS	0,595	Tidak Berbeda bermakna
5.	Tanpa DS dengan 2 DS	0,135	Tidak Berbeda bermakna
6.	Tanpa DS dengan >2 ds	0,077	Tidak Berbeda bermakna

Analisis lebih lanjut memperlihatkan tidak terdapat perbedaan biaya riil antara jumlah 1 DS dengan jumlah 2 DS, jumlah 2 DS dengan jumlah >2 DS, tanpa DS dengan jumlah DS, tanpa DS dengan jumlah 2 DS, dan tanpa jumlah DS dengan jumlah >2 DS. Dan ada perbedaan biaya riil antara jumlah 1 DS dengan jumlah >2 Diagnosis sekunder.

4.2.4.7 Hubungan antara Jumlah Prosedur dengan Biaya Riil RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil pengujian hubungan antara jumlah prosedur dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner rawat inap JKN dilakukan dengan uji anova maka diperoleh hasil:

Tabel 4. 21 Distribusi Biaya Riil RSUD Tugurejo dengan Jumlah Prosedur

Prosedur	Frekuensi	Presentase	<i>p</i>	F	Mean	SD
2 Prosedur	12	14,1	0,001	11,497	3239348.08	806169.189
>2 Prosedur	73	85,9			8534098.86	5373073.707
Total	85	100			7786604.64	576707.354

Berdasarkan tabel 4.21 dapat diketahui bahwa dari 85 pasien dengan jantung koroner yang menjalani rawat inap JKN, sebanyak 12 pasien (14,1%) menjalani 2 prosedur dan sebanyak 73 pasien (85,9%) menjalani >2 prosedur.

Hasil diatas menunjukkan bahwa *mean* biaya riil akan meningkat sesuai dengan banyaknya prosedur yang dilakukan. Pasien dengan jumlah perlakuan 2 prosedur rata-ratanya adalah 3239348.08, dan pasien dengan jumlah perlakuan >2 adalah 8534098.86. Menurut hasil uji Anova, didapatkan nilai anova yaitu F 11,497 dengan *p value* 0,001. Nilai *P Value* tersebut kurang dari 0,05 ($0,001 < 0,05$), sehingga H_0 ditolak dan H_a diterima, yang artinya terdapat perbedaan yang bermakna antara jumlah prosedur dengan tarif biaya riil rumah sakit. Hasil *p value* ini menunjukkan bahwa jumlah prosedur mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019.

4.2.5 Faktor-faktor yang Berpengaruh terhadap Biaya Riil Rumah Sakit

4.2.5.1 Biaya Pemeriksaan

Berdasarkan hasil wawancara yang dilakukan di bagian klaim asuransi mengenai faktor yang dapat berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan sebagai berikut:

“Yang banyak adalah pemeriksaan... bahan medis habis pakai, terus obat, kemudian alkes jadi kan semakin banyak tindakan yang dilakukan itu juga berpotensi menambah cost, terus semakin banyak dokter yang terlibat disini, itu juga bisa jadi cost, menambah cost. “

Informan 1

“Ya bisa dilihat disini mba, biaya yang paling banyak itu dari biaya pemeriksaan. “

Informan 2

Hasil wawancara dengan para informan diatas adalah semua informan menyatakan bahwa faktor komponen yang paling banyak mempengaruhi besarnya biaya riil untuk penyakit jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang adalah biaya pemeriksaan. Karena semakin banyak tindakan pemeriksaan yang dilakukan dan dokter yang terlibat maka semakin banyak biaya yang dikeluarkan. Biaya obat, Biaya Medis Habis Pakai (BMHP), dan biaya alat kesehatan juga mempengaruhi besaran biaya riil rumah sakit.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan terkait komponen biaya yaitu biaya pemeriksaan yang mempengaruhi besarnya biaya riil untuk pasien JKN yang menjalani rawat inap penyakit jantung di RSUD Tugurejo Semarang

“Pemeriksaan itu bisa kita lihat dari ini, ekg, terus ada ronsen, kemudian ada

semua informan menyatakan bahwa banyak tindakan yang termasuk dalam biaya pemeriksaan. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan:

“Pemeriksaan itu bisa berupa tindakan, akomodasi, akomodasi itu msuknya ruangan, ruangan itu sehari berapa. Kemudian bisa berupa penunjang, penunjang itu meliputi laborat, kemudian ada diagnostik, kemudian ada instalasi radiologi, instalasi gizi, ini gizi yang nutrisi gizi itu petugas gizi, tapi kalua nutrition ini adalah dokter gizi, foto toraks, terus UGD. “

Informan 2

Hasil wawancara dengan para informan diatas adalah semua informan menyatakan bahwa komponen biaya yang tergolong biaya pemeriksaan yaitu biaya tindakan, biaya akomodasi, biaya penunjang penunjang, biaya perawatan. Adapun yang termasuk dalam biaya penunjang adalah ekg, ronsen, *echo card geography*, USG, diagnostik, instalasi gizi, foto toraks, UGD. Pemeriksaan laboratorium, yang terdiri dari troponin T (untuk mengetahui gangguan jantung ada ami atau stemi, dan troponin T harus positif), troponin T untuk mengetahui infark Miokard, GDS Stick, gula darah puasa, HDL kolesterol, LDL

kolesterol, hematology analyser, ureum, kalium, natrium, creatinine, trigseride, dan lain-lain.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan terkait dengan karakteristik pasien yang dapat mempengaruhi biaya riil pasien penyakit jantung yang menjalani rawat inap di RSUD Tugurejo, semua informan menyatakan bahwa lama hari rawat (LOS) yang paling berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit. Berikut adalah kutipan wawancara dengan informan:

“Jadi yang berpengaruh tadi yang pertama los, yang kedua jatah kelas, no tiga tingkat keparahan. Tingkat keparahan itu mempengaruhi keparahannya, kalau dia keparahannya tinggi yang diperiksa banyak. Tingkat keparahan berarti mempengaruhi.”

Informan 1

dikelas 2 itu tentunya berpengaruh terhadap costnya, kenaikan itu setiap kelas 30%. Kira-kira rata-rata 30%. ...no tiga tingkat keparahan. Tingkat keparahan itu mempengaruhi keparahannya, kalau dia keparahannya tinggi yang diperiksa banyak. Tingkat keparahan berarti mempengaruhi. Tindakan, tapi Kalau tindakan tidak terlalu berpengaruh, kaya tindakan kecil-kecil itu tidak berpengaruh. Tapi kalo tindakan yang besar berpengaruh, contohnya operasi. “

Informan 1

Hasil wawancara yang dilaksanakan dengan informan, maka dapat disimpulkan bahwa yang paling berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit selain biaya pemeriksaan adalah LOS, tingkat keparahan, kelas perawatan, dan prosedur/tindakan. LOS menjadi faktor utama yang mempengaruhi biaya riil, karena lama hari rawat rumah sakit dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien di rawat maka semakin besar biaya yang dikeluarkan oleh pasien. Sedangkan lama hari rawat pada tarif INA CBGs sudah ditentukan sesuai

standarnya oleh Menteri Kesehatan Indonesia, jadi meskipun pasien dirawat lama maupun sebentar tidak mempengaruhi tarifnya sesuai dengan kode diagnosis dan kode prosedurnya

4.2.5.2 Keberadaan *software*

Berdasarkan hasil wawancara, diketahui bahwa semua informan satu suara mengatakan bahwa faktor keberadaan *software* di rumah sakit Tugurejo sudah ada dan sudah digunakan. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan sebagai berikut:

“Iyya sudah mbak”

Informan 1

“Sudah mbak”

Informan 2

Hasil wawancara dengan informan diketahui dalam perhitungan tarif riil di RSUD Tugurejo Semarang sudah menggunakan alat bantu *software* dalam perhitungan tarif riil rumah sakit, sehingga keluaran hasil tarifnya akan sesuai dengan *database* yang sudah ditentukan berdasarkan pengelompokkan per kasus (merupakan pengelompokkan dari kode prosedur dan kode diagnosis).

Untuk memenuhi kesesuaian paket INA CBGs, dokter mempunyai kewajiban untuk melakukan penegakkan diagnosis yang tepat dan jelas sesuai dengan *International Diseases Code Ten* (ICD-10) dan *International Diseases*

Code Nine (ICD-9) dan *Clinical Modification* (CM), coder dalam hal ini dapat membantu proses penulisan diagnosis dan prosedur yang sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9.

4.2.5.3 Keberadaan *Clinical Pathway*

Berdasarkan hasil wawancara diatas, diketahui bahwa semua informan satu suara mengatakan bahwa rumah sakit Tugurejo sudah menerapkan *clinical pathway* untuk menetapkan diagnosis dan jenis tindakan. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan sebagai berikut:

“*Clinical pathway* di tugu belum sepenuhnya dikasih. Hanya beberapa kasus-kasus tertentu saja”

Informan 1

“Sudah memiliki, tapi belum menyeluruh. “

Informan 2

“Sudah Sudah mbak. “

Informan 3

“Iyya sudah. “

Informan 4

Hasil wawancara dengan informan diketahui bahwa RSUD Tugurejo Semarang dalam menentukan diagnosis dan prosedur pelayanan sudah mulai menggunakan *clinical pathway* dalam menentukan diagnosis penyakit pada kasus penyakit yang berbeda-beda.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan terkait fungsi atau pentingnya *clinical pathway* dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, semua informan menyatakan bahwa adanya *clinical pathway* sangat penting. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan:

“Pentingnya itu sebagai panduan kita dalam menjalankan tugas terutama bagi medis ya, dokternya biasa kita harus aa panduan untuk memberikan pelayanan terkait dengan apa-apa persiapan yang perlu dilakukan terhadap kasus-kasus atau diagnosis tertentu. “

Informan 3

“Sangat sangat penting untuk saya karena itu melalui standar prosedur opration dimana kalau semua sudah sesuai dengan SPO atau *clinical pathway* diharapkan klien-klien kita akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik, kemudian tentunya murah karena sudah dibuat sedemikian rupa sehingga eee dan sesuai dengan program artinya dalam dua tiga hari klien sudah bisa pulang khususnya *clinical pathway*. ”

Informan 4

Hasil wawancara yang dilakukan dengan informan dapat disimpulkan bahwa *clinical pathway* di pelayanan kesehatan rumah sakit dijadikan sebagai panduan atau SPO terkait dengan memberikan pelayanan terkait apa-apa yang perlu untuk dilakukan. Sehingga diharapkan pasien mendapat pelayanan yang lebih baik dari sebelumnya.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan terkait kendala/hambatan penggunaan *clinical pathway* dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit, semua informan menyatakan bahwa lupa dalam pengisian *clinical pathway* merupakan salah satu hambatan. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan:

“ada permasalahannya antara lain itu belum ada yang, ya ini *clinical pathway* itu belum ada yang ngawal terus gitu, belum ada jadi kepala ruang pun belum begitu peduli dengan ini ya karena mungkin juga karena kesibukkan tapi nanti akan kita bentuk case manager ini lah yang nanti akan memantau terus eee apa berjalannya implementasi dari *clinical pathway*, rencananya seperti itu karena ini hasil branch mark dari eee beberapa hasil di rumah sakit kemaren

“lupa sebenarnya hambatannya harusnya lupa kalo hambatan secara pasti tidak ada artinya sesuatu itu sebenarnya mudah untuk dilaksanakan dan sudah difasilitasi oleh rumah sakit jadi kadang kadang hambatan hanya lupa saja karena kalo klien pastinya terlalu banyak dan sebagainya. “

informan 4

Hasil wawancara dengan semua informan didapatkan bahwa terdapat hambatan/kendala dalam penggunaan *clinical pathway* di RSUD Tugurejo Semarang adalah karena kurangnya pengawasan terhadap jalannya *clinical pathway*, kelupaan dalam menulis biasanya karena kesibukannya.

4.2.6 Upaya Yang dilakukan Rumah Sakit untuk Mengatasi Selisih

Berdasarkan hasil wawancara semua informan tentang bagaimana upaya yang dapat dilaksanakan pihak rumah sakit dalam menyelesaikan masalah biaya. Berikut adalah cuplikan pernyataan dari informan sebagai berikut:

“Kalau yang dinamakan BPJS itu adalah subsidi silang, jadi kalau misalkan disini ada over cost, yang satunya malah ya surplus itu akan menutup biaya yang over cost. Nah kalo untuk mengatasinya itu mungkin efisiensi. Dilakukan efisiensi meliputi semuanya tadi. mungkin efisiensi obat, efisiensi pemeriksaan. Misalnya pada pasien jantung, ya udah yang ditangani jantungnya aja, kalo itu harus dilakukan pemeriksaan apa konsultasi bpjp raker ya itu harus dilakukan. Jadi fokus pada pemeriksaanya. Mungkin loss nya juga diturunkan. Dari semua item tadi diturunkan. Misalkan itu tadi karena lossnya tinggi jadi lossnya harus diturunkan. Obat-obatan yang sekiranya gak diperlukan dipake jangan terlalu boros. Semua dari faktor-faktor tadi bisa diturunkan. Tingkat keparahan yaa tidak bisa diturunkan, arena memang sudah parahnya gitu. Memang pada saat itu kita over cost, tapi pada saat lain kita surplus. “

Hasil wawancara dengan informan dapat diketahui upaya yang diimplimentasikan pihak rumah sakit dalam menangani selisih adalah dengan melakukan cara subsidi silang, jenis subsidi silang yang dilaksanakan adalah jika ada jenis layanan yang memperoleh keuntungan/surplus maka memberi subsidi kepada jenis pelayanan yang memiliki selisih negatif yang artinya jenis pelayanan tersebut mengalami kerugian. Oleh karena itu, dengan adanya subsidi silang maka setiap pasien akan menerima pelayanan yang sama terlepas dari membedakan kelas perawatan ataupun status sosial dari pasien. Selain subsidi silang juga melakukan efisiensi, baik itu efisiensi tindakan yaitu melakukan tindakan pemeriksaan sesuai dengan gejalanya saja, efisiensi lama hari rawat yaitu dengan meningkatkan kualitas kompetensi sumber daya rumah sakit sebagai upaya untuk menurunkan terjadinya hal-hal yang dapat mengakibatkan terjadinya lama perawatan, efisiensi obat. Semua itu dilakukan agar biaya yang dikeluarkan rumah terkait tidak terlalu membengkak.

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 PEMBAHASAN

5.1.1 Analisis Biaya berdasarkan Tarif INA CBGs

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa terdapat selisih yang berbeda pada setiap tingkat keparahan dan kelas perawatan antara biaya riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs pada pasien penyakit jantung koroner rawat inap JKN. Tingkat keparahan ringan kelas 1 dan kelas 3 yaitu sebesar Rp -1.933.651 dan Rp -18.498.563, tingkat keparahan sedang kelas 1 sebesar Rp -19.835.568, dan tingkat keparahan berat kelas 1 Rp -24.443.780 memiliki selisih negatif. Selisih negatif terjadi karena biaya riil rumah sakit lebih besar dari tarif paket INA CBGs. Dan pada tingkat keparahan ringan kelas 2 sebesar Rp 5.500.834, tingkat keparahan sedang kelas 2 & kelas 3 sebesar Rp 3.323.328 dan Rp. 13.702.756, dan tingkat keparahan berat kelas 2 dan kelas 3 sebesar Rp 11.556.268, Rp 8.539.182 memiliki selisih positif. Selisih positif terjadi apabila biaya rumah sakit yang dikeluarkan untuk pelayanan lebih kecil daripada tarif INA CBGs. Total biaya riil rumah sakit yang dikeluarkan untuk pelayanan pasien rawat inap JKN kasus penyakit jantung koroner apabila semua biaya digabungkan maka diketahui bahwa total keseluruhan tarif rumah sakit adalah Rp. 672.473.473. Sementara total tarif paket INA CBGs yaitu sebesar Rp. 639.136.800. Jadi, besar selisih biaya secara keseluruhan pada penyakit jantung koroner rawat inap JKN tahun 2019 di RSUD Tugurejo adalah Rp.-33.336.673

dari tarif INA CBGs. Selisih tersebut bernilai negatif, artinya total biaya pelayanan yang dikeluarkan rumah sakit untuk penyakit jantung koroner rawat inap JKN lebih besar daripada total tarif INA CBGs.

Selisih tarif di rumah sakit dapat ditanggulangi dengan cara melakukan subsidi silang dari pasien-pasien dengan tingkat keparahan dan kelas perawatan yang mempunyai selisih nilai positif. Biasanya biaya tersebut di subsidi dari bagian medik yang sedikit dalam melakukan prosedur tindakan. Rata-rata tindakan medik yang banyak mengalami kerugian adalah tindakan bedah, dimana tarif INA CBGs tidak dapat mencukupi untuk menutupi biaya riil rumah sakit.

Penelitian yang dilakukan oleh Sabarwal (2016) menyatakan bahwa biaya rata-rata dari berbagai perawatan bedah terdapat selisih sebanyak £3282, mengalami keuntungan dari tarif nasional yaitu sebanyak £1138. Penelitian yang dilakukan oleh Noormila *et al* (2016) menunjukkan bahwa jumlah biaya riil lebih besar dibandingkan dengan tarif INA CBGs yaitu sebesar Rp. -136.096.659. Hal ini menunjukkan bahwa pada kasus skizofrenia rawat inap di RSJ Sambang Lihum mengalami kerugian dengan pembayaran INA CBGs. Penelitian Susi (2016) menyatakan bahwa terdapat selisih antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs, dengan rata-rata selisih sebesar Rp. 1.090.000/berkas klaim. Dengan besaran rata-rata selisih masing-masing sebesar Rp. 4.000.000. Sehingga, didapatkan kecenderungan realisasi tarif rumah sakit lebih tinggi dibandingkan dengan realisasi tarif INA CBGs, sehingga mengakibatkan selisih antara kedua tarif tersebut besar yang akan berisiko kepada kerugian RSUD Kota Tangerang Selatan.

Pembayaran paket seringkali terjadi selisih yaitu antara tarif riil rumah sakit dengan tarif paket INA CBGs yang sering dianggap kurang mencukupi. Hal ini terjadi karena belum komprehensifnya pemahaman penyelenggaraan pola pembayaran dengan INA CBGs, yang menyebabkan belum terlaksanakannya pelayanan yang efektif dan efisiensi. Semakin tinggi kesenjangan biaya yang dikeluarkan rumah sakit maka rumah sakit semakin dirugikan (Wijayanti & Sugiarsi, 2011). Berdasarkan Kementrian Kesehatan RI (2010) tentang Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan menyatakan bahwa biaya jasa medis/jasa pelayanan ditetapkan direktur rumah sakit setinggi-tingginya 44% atas biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan. Jasa medis/jasa pelayanan tersebut meliputi biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka diagnosis, tindakan medis, observasi, konsultasi, pengobatan, perawatan, visit, konsultasi, dan pelayanan medis lainnya, serta untuk pelaksanaan pelayanan administrasi.

Untuk biaya riil rumah sakit yang harus ditanggung RSUD Tugurejo Semarang adalah sebesar Rp 23387781.50 dan biaya tarif riil terendah adalah sebesar Rp. 5365745.45. Berdasarkan hasil analisis tarif riil rumah sakit tertinggi terdapat pada tingkat keparahan ringan kelas 3.

5.1.2 Hubungan Usia dengan Pembiayaan Biaya Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis dari uji anova menunjukkan bahwa usia adalah faktor yang dapat mempengaruhi besarnya pembiayaan biaya riil ($p = 0,019$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh antara usia dengan biaya riil rumah sakit untuk penyakit jantung.

Menurut penelitian Asmawati & Elly (2016) menyatakan bahwa seseorang yang usianya 60 tahun keatas akan berpotensi mempunyai lama hari rawat yang lebih lama. Semakin meningkatnya usia seseorang maka akan semakin panjang dalam proses penyembuhan penyakit hal tersebut yang menimbulkan hari rawatnya akan semakin lama, sehingga biaya yang dikeluarkan pasien akan bertambah banyak. Pasien yang usianya >45 tahun akan condong lebih lama hari rawatnya daripada pasien yang usianya <45 tahun. Berdasarkan hasil penelitian rata-rata usia pasien yang menjalani rawat inap penyakit jantung adalah usia 45-59 tahun. Seiring bertambahnya usia seseorang maka akan beresiko mengalami penyakit jantung, hal ini sesuai dengan penelitian Murti (2019) yang menyebutkan bahwa usia yang paling rentang terkena penyakit jantung yaitu antara 30-65 tahun.

Usia yang semakin bertambah maka akan mengakibatkan meningkatnya pasien jantung koroner, karena semakin bertambah usia, pembuluh darah akan mengalami perubahan progresif dan berlangsung secara kontinue dalam kurun waktu yang lama. Perubahan pada pembuluh arteri koroner diawali pada usia 20 tahun, sedangkan pada arteri lain bermodifikasi pada usia 40 tahun dan meningkat dengan bertambahnya usia. Penelitian lain yang dilakukan oleh penelitian Astuti (2017) yang menyebutkan bahwa semakin bertambahnya usia seseorang maka kemampuan sistem kekebalan tubuh untuk menghancurkan bakteri dan jamur akan berkurang, disfungsi sistem imun dapat diperkirakan menjadi faktor perkembangan penyakit kronis.

5.1.3 Hubungan Jenis Kelamin dengan pembiayaan tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis menggunakan uji *unpaired t-test* menunjukkan bahwa jenis kelamin bukan merupakan faktor yang mempengaruhi pembiayaan tarif riil ($p = 0,671$). Hasil menunjukkan tidak adanya pengaruh yang signifikan antara jenis kelamin dengan biaya tarif riil. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2016) juga menyatakan bahwa jenis kelamin tidak mempunyai pengaruh dengan pembiayaan tarif riil rumah sakit.

Infark Miokar Akut lebih sering terjadi pada laki-laki (70,8%) daripada perempuan (29,2%) dan berdasarkan penelitian-penelitian epidemiologis prospektif, dapat diketahui bahwa laki-laki memiliki risiko penyakit jantung lebih tinggi dibandingkan perempuan, dan apabila sudah *menopause* perempuan akan sama rentannya dengan laki-laki, hal ini karena adanya efek perlindungan dari hormone estrogen (Brian, Galbut, Michael, & Davidson, 2005)

World Heart Federation (2015) menyatakan bahwa laki-laki mempunyai *risk* lebih besar mengalami penyakit jantung dibandingkan perempuan yang belum *menopause*. Namun apabila setelah *menopause*, perempuan akan cenderung lebih rentang terkena penyakit jantung daripada laki-laki, karena kemampuan tubuh memproduksi hormon ekstrogen akan menurun, akibat dari penurunan hormon ekstrogen ini yang dapat meningkatkan terjadinya penyakit jantung. Berdasarkan penelitian Singalingging (2011), menyebutkan bahwa angka kesakitan lebih tinggi disebabkan oleh faktor intrinsik hormonal dan faktor

keturunan. Namun berdasarkan hasil analisis tidak ditemukan adanya hubungan antara jenis kelamin dengan pembiayaan tarif riil rumah sakit.

5.1.4 Hubungan Tingkat Keparahan dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis uji anova menunjukkan bahwa tingkat keparahan merupakan faktor yang mempengaruhi besarnya biaya riil ($p = 0,008$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh tingkat keparahan dengan biaya riil rumah sakit untuk penyakit jantung koroner. Pasien yang memiliki *severity level* berat akan lebih banyak menghabiskan biayanya dibandingkan pasien dengan *severity level* ringan, karena semakin berat *severity level* maka biaya yang dikeluarkan juga akan bertambah banyak.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Handayani (2016) menyebutkan bahwa tingkat keparahan mempengaruhi total biaya riil, tingkat keparahan pasien semakin berat, perawatan yang diberikan akan semakin kompleks, baik dari biaya alat kesehatan, biaya obat, pemeriksaan penunjang, tindakan, dan rawat inap juga akan semakin tinggi sehingga secara keseluruhan pelayanan yang diberikan akan mempengaruhi total biaya riil. Penelitian Munawaroh (2018) juga menyebutkan bahwa tingkat keparahan biaya secara signifikan lebih tinggi, karena jika lebih berat tingkat keparahan, lamanya waktu pasien dirawat juga akan meningkat, karena utilitas prosedur medis dan penunjang medik akan meningkat dan meningkatkan biaya rawat inap yang akan berdampak pada selisih antara INA CBG dan tarif riil rumah sakit.

Severity level (tingkat keparahan) dan komplikasi akan menimbulkan efek pada PPK (Pemberi Pelayanan Kesehatan) yang lebih banyak. Tingkat keparahan dapat ditentukan oleh adanya diagnosis sekunder, prosedur dan komplikasi, sehingga dapat mengakibatkan peningkatan biaya riil rumah sakit. Jumlah diagnosis sekunder yang diderita pasien semakin banyak, maka tingkat keparahan yang dialami akan semakin berat dan semakin banyak prosedur medis yang dilakukan maka akan mengakibatkan semakin lama pasien dirawat. Pasien yang mempunyai komplikasi perlu mendapatkan perawatan yang lebih lama, sehingga dalam hal ini dapat meningkatkan utilitas pelayanan kesehatan di rumah sakit. Hal ini yang menyebabkan semakin meningkatnya biaya riil rumah sakit. Jenis *severity level* yang sering terjadi pada kasus jantung koroner di RSUD Tugurejo Semarang yaitu jenis *severity level* ringan dan jenis *severity level* sedang.

Dalam *group* INA CBGs , diagnosis sekunder pada tingkat keparahan ringan dan tingkat keparahan berat dapat berpengaruh terhadap pembiayaan tarif pelayanan. Namun, apabila diagnosis sekunder termasuk dalam kategori tingkat keparahan ringan atau masih termasuk jenis diagnosis utama maka tidak terlalu berpengaruh pada pembiayaan tarif pelayanan. Hal tersebut sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan No. 69 tahun 2013 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Tingkat Pertama Dan Fasilitas Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

5.1.5 Hubungan Kelas Perawatan dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis uji anova menunjukkan bahwa kelas perawatan adalah faktor yang mempengaruhi besarnya pembiayaan tarif riil ($p = 0,028$). Hal ini menunjukkan adanya pengaruh kelas perawatan dengan biaya riil rumah sakit pada jantung koroner. Kelas perawatan yang semakin tinggi maka akan berpengaruh pada biaya riil yang dikeluarkan akan semakin banyak. Sebab, pada setiap kelas perawatan mempunyai tarif yang khusus yang distandarkan pada fasilitas dan tindakan yang diberikan kepada pasien

Penelitian sebelumnya menyatakan bahwa adanya hubungan kelas perawatan dengan besarnya biaya riil rumah sakit. *Mean* (rata-rata) pasien memilih kelas 3. Beberapa rumah sakit di Indonesia didapatkan bahwa ruang perawatan kelas 3 lebih banyak dibandingkan kelas perawatan lainnya, karena iuran biayanya yang paling rendah sehingga mudah dijangkau dan pembayarannya bisa disesuaikan dengan tingkat penghasilan dari pasien (Wintariani, Suwantara, & Shantini, 2017). Penelitian yang lain juga menunjukkan bahwa biaya rumah sakit kelas 1 lebih meningkatkan biaya tarif rumah sakit dibandingkan dengan kelas 2 dan kelas 3 (Astuti, 2017)

Biaya kelas perawatan berdasarkan Peraturan Gubernur Jawa Tengah yaitu pada kelas perawatan 1 pasien rawat inap sebesar Rp 175.000, kelas 2 sebesar Rp. 125.000, dan kelas HCU sebesar Rp 400.000 (Peraturan Gubernur Jateng, 2017).

5.1.6 Hubungan Lama Hari Rawat dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis uji anova menyebutkan bahwa lama hari rawat adalah faktor yang mempengaruhi biaya riil ($p = 0,042$). Hal ini menunjukkan terdapat pengaruh lama hari rawat dengan biaya riil rumah sakit pada penyakit jantung koroner. *Length of stay* (lama hari rawat) adalah faktor utama yang mempengaruhi biaya riil, karena pada rumah sakit lama hari rawat dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat, maka semakin besar pula biaya yang dikeluarkan (Agboado, Peters, & Donkin, 2012). Sedangkan untuk tarif INA CBGs lama hari rawatnya sudah ditentukan sesuai standar oleh Peraturan Menteri Kesehatan RI, jadi meskipun pasien dirawat lama maupun sebentar tidak mempengaruhi tarifnya sesuai dengan kode diagnosis dan kode prosedurnya.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Munawaroh *et al* (2018) menyebutkan bahwa lama hari rawat akan berpengaruh terhadap banyaknya biaya yang harus dikeluarkan untuk perawatan. Lama hari rawat dapat meningkatkan prosedur/tindakan pada seluruh pelayanan kesehatan dan penunjang sehingga akan mempengaruhi pada besarnya selisih tarif. Penelitian lain yang dilakukan oleh Lilissuriani (2017) menyatakan bahwa lama hari rawat hanya berpengaruh pada besarnya biaya rumah sakit saja, sedangkan pada tarif INA CBGs panjang pendeknya lama hari rawat sudah ditentukan oleh menteri kesehatan, sehingga tidak akan berpengaruh pada biaya yang akan dikeluarkan oleh pembayar. Penelitian ini juga diperkuat oleh penelitian dari Lakoan & Andayani (2019) yang

menyebutkan semakin lama LOS, maka prosedur yang diberikan akan semakin banyak dan semakin banyak pula biaya yang harus dibayarkan.

Salah satu cara yang bisa dikurangi yaitu perlu adanya kebijakan yang harus diambil oleh rumah sakit adalah dengan memperpendek lama hari rawat pasien dengan tanpa mengabaikan pemulihan kesehatan pasien. Dilihat dari segi medis, semakin lama hari rawat pasien menunjukkan bahwa kualitas dari kinerja medis yang kurang baik, karena lama hari rawatnya yang semakin panjang dalam artian lama penyembuhannya. Namun apabila LOS sebentar menunjukkan bahwa kualitas kinerja medis baik. Namun di sisi lain pula, panjang atau pendeknya LOS dipengaruhi oleh bagaimana cara pasien keluar menurut Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan tahun 2010. Dilihat dari segi ekonomi, semakin lama hari rawatnya maka biaya yang harus dibayarkan pasien semakin banyak. Namun, hal ini berlaku hanya untuk tarif riil rumah sakit saja, sedangkan untuk tarif INA CBGs lama atau tidaknya hari perawatan tidak berpengaruh terhadap besarnya biaya.

Lama rata-rata hari rawat dirumah sakit (*average length of stay in hospital/Alos*) sering dijadikan indikator efisiensi tata laksana. Lama hari rawat pasien jantung koroner bervariasi antara penelitian yang satu dengan penelitian yang lainnya. Lama hari rawat rata-rata antara 4-21 hari. Lama rawat pasien jantung dari data penelitian di Amerika Serikat condong lebih pendek daripada negara yang lain yaitu 4-6 hari. Sedangkan di Eropa ALOS 9-11 hari. Di Brazil ALOS 11 hari, dan lama hari rawat yang paling panjang adalah di negara Jepang

yaitu 21 hari. Sedangkan di rumah sakit Tugurejo Semarang sendiri lama hari rawat pasien dengan jantung koroner yaitu antara 1-14 hari.

5.1.7 Hubungan Jumlah Diagnosis Sekunder dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis uji anova menunjukkan bahwa diagnosis sekunder bukan termasuk faktor yang dapat mempengaruhi biaya riil ($p=0,071$). Hasil menunjukkan bahwa tidak terdapat pengaruh yang signifikan antara diagnosis sekunder dengan biaya tarif riil rumah sakit untuk penyakit jantung koroner.

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Munawaroh *et al* (2018) menyebutkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara jumlah diagnosis sekunder dengan biaya rumah sakit. Perbedaan pembiayaan tersebut disebabkan karena pada saat pengambilan sampel jumlah diagnosis sekunder dengan komplikasi dan komorbid pasien jantung koroner pada penelitian ini belum mewakili dengan baik.

Berbeda dengan penelitian Mathauer (2013) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara diagnosis sekunder dengan biaya riil rumah sakit. Diagnosis sekunder pada pasien semakin banyak, maka semakin banyak pula perawatan yang dilakukan, semakin banyak pengobatan yang diberikan, sehingga biaya yang dikeluarkan pasien akan semakin banyak. Menurut Charlson *et al* (2010) menyatakan bahwa total biaya tahunan meningkat seiring dengan meningkatnya jumlah diagnosis sekunder, yang artinya semakin tinggi

skor komordibitas (CCI) maka biaya biaya tahunan yang dikeluarkan pun akan semakin besar. Indeks komordibidas yang diadaptasi dapat digunakan untuk memprediksi pemanfaatan sumber daya. Walaupun demikian, berdasarkan hasil analisis tidak terdapat pengaruh jumlah diagnosis sekunder dengan biaya riil rumah sakit pada pasien jantung koroner di RSUD Tugurejo.

Pada hasil penelitian, pasien jantung koroner juga mengalami diagnosis sekunder lainnya, dan diagnosis sekunder yang paling banyak dialami pasien jantung koroner adalah diabetes mellitus. Diabetes mellitus merupakan penyakit metabolisme kronis yang disebabkan adanya kelainan dari produksi, sekresi, dan kerja insulin yang ditandai dengan adanya hiperglikemia.

5.1.8 Hubungan Jumlah Prosedur dengan Pembiayaan Tarif Riil di RSUD Tugurejo

Berdasarkan hasil analisis uji anova menunjukkan jumlah prosedur adalah faktor yang mempengaruhi biaya riil ($p = 0,001$). Hal ini menunjukkan bahwa terdapat pengaruh jumlah prosedur dengan biaya riil untuk penyakit jantung koroner. Pasien dengan tindakan yang dilakukan semakin banyak, maka semakin banyak dokter yang menangani sehingga menyebabkan biaya yang dibayarkan pun akan semakin banyak.

Penelitian sejalan dengan penelitian Handayani (2016) yang menyebutkan bahwa semakin banyak tindakan yang dilakukan maka semakin banyak biaya yang dikeluarkan oleh pasien. Adapun jenis tindakan/prosedur yang paling berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit yaitu tindakan yang dilakukan secara

besar contohnya adalah operasi, sedangkan tindakan-tindakan yang dilakukan dalam skala kecil tidak terlalu berpengaruh terhadap biaya riil rumah sakit.

Prosedur diagnostik di RSUD Tugurejo Semarang meliputi pemeriksaan laboratorium klinik (pemeriksaan darah dan pemeriksaan kimia darah), pemeriksaan laboratorium patologi anatomi, pemeriksaan radio diagnostik, dan pemeriksaan mikrobiologi. Pada penelitian ini prosedur/pemeriksaan yang umum dilakukan adalah pemeriksaan *chest x-ray*, pemeriksaan CT Scan, EKG, pemeriksaan lab darah, *Diagnosticultrasound of heart* dan pemeriksaan GDS. Pada hasil analisis, dapat diketahui bahwa tindakan yang paling banyak dilakukan adalah dengan kode prosedur 90.59 (*Micro Exam-Blood NEC/lab darah*). Adapun tindakan laboran berupa troponin T yaitu untuk mengetahui jenis gangguan jantung, baik itu jenis AMI atau STEMI, dan Troponin T nya harus bernilai positif.

5.1.9 Keberadaan *Software*

Perhitungan tarif paket INA CBGs telah menggunakan alat bantu yaitu *software*, dimana alat bantu ini sudah ditetapkan oleh Peraturan Kementerian Kesehatan, sehingga output hasil biayanya akan sama dengan *database* yang sudah ditentukan berdasarkan pengelompokkan per kasus (merupakan gabungan dari kode diagnosis dan kode prosedur). Dokter mempunyai kewajiban untuk memenuhi kesesuaian tarif paket INA CBGs yaitu dengan melakukan penegakkan diagnosis yang jelas dan tepat sesuai dengan *International Diseases Code Ten* (ICD-10) dan *International Diseases Code Nine* (ICD-9) dan *Clinical*

Modification (CM), coder dalam hal ini bisa meringankan proses penulisan diagnosis dan prosedur yang sesuai dengan ICD-10 dan ICD-9.

Berdasarkan hasil wawancara dengan informan, dapat disimpulkan bahwa RSUD Tugurejo Semarang sudah menggunakan alat bantu berupa *software* dalam melaksanakan penghitungan tarif riil rumah sakit, bahkan dalam pelaksanaannya rumah sakit telah dikatakan baik, sehingga dapat memperoleh data yang akurat dan sesuai dengan standar Kementerian Kesehatan. Namun, masih ada beberapa kemungkinan kesalahan dalam mengoperasikan *software*, yaitu ketika akan memasukkan dan mengentri data tarif riil rumah sakit. Mengingat data yang dimasukkan memerlukan konsentrasi tinggi, maka dibutuhkan akurasi yang baik untuk menghitung tarif riil rumah sakit yang terperinci untuk setiap layanan yang diberikan kepada pasien. Kesalahan penginputan data dapat berakibat fatal, rumah sakit tidak bisa melakukan klaim biaya rumah sakit ke BPJS. Kesalahan dalam penginputan data bisa di klaim dibulan berikutnya dan ini yang akan berpengaruh pada laporan keuangan bulanan dan tahunan.

5.1.10 Keberadaan *Clinical Pathway*

RSUD Tugurejo Semarang sudah mulai menggunakan *Clinical Pathway* dalam memutuskan diagnosis dan prosedur layanan pada setiap kasus penyakit. Pelayanan kesehatan tersebut diterima oleh pasien untuk mendapatkan hasil *grouping*. Dokter yang bertanggung jawab dalam menangani tindakan pada saat proses pelayanan dilakukan adalah yang bertanggung jawab dalam menentukan *clinical pathway*. Oleh karena itu, dengan adanya *clinical pathway* tindakan

pelayanan kesehatan yang diberikan dapat sesuai dengan standar yang sudah ditetapkan dalam *clinical pathway*.

Berdasarkan pernyataan tersebut yang dinyatakan dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI, bahwa biaya jasa medis/jasa pelayanan dapat ditetapkan oleh Direktur rumah sakit setinggi-tingginya 44% atas biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan. Jasa pelayanan tersebut termasuk biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnostik, obat-obatan, tindakan medis, perawatan, konsultasi, visit, dan pelayanan medis lainnya, serta untuk pelayanan administrasi pelayanan.

Berdasarkan pernyataan tersebut, dengan adanya *clinical pathway* maka akan mempunyai pengaruh yang besar terhadap selisih biaya rumah sakit dengan paket INA CBGs. Sistem pembayaran bisa dikurangi dengan menggunakan tarif paket, yaitu dengan mengurangi jumlah harga yang perlu dibayar untuk sumber daya, mengurangi LOS, mengurangi intensitas pelayanan yang disediakan dan dengan meningkatkan efisiensi pelayanan (Wijayanti & Sugiarsi, 2011). *Clinical pathway* merupakan suatu bahan dasar supaya para tenaga medis mempunyai pedoman dapat dapat mempertanggungjawabkan pelayanan yang telah diberikan kepada pasien.

Berdasarkan wawancara yang dilakukan dengan informan dapat disimpulkan bahwa rumah sakit Tugurejo Semarang sudah menetapkan *clinical pathway* dalam beberapa kasus, tetapi untuk jantung koroner tidak termasuk

dalam daftar penyakit yang menerapkan *clinical pathway*. Tidak adanya *clinical pathway* pada penyakit jantung, maka dapat berdampak pada prosedur yang diberikan selama perawatan dan pengobatan pasien yang di berikan masing-masing dokter akan berbeda dan tidak dikontrol secara efektif dan efisien. Oleh karena itu, diharapkan bahwa pihak rumah sakit akan lebih memperhatikan lagi pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien, serta dapat menerapkan *clinical pathway* sebagai pedoman dalam pemberian pelayanan kesehatan.

Clinical pathway digunakan sebagai salah satu komponen dari *cost analysis*, yaitu *clinical pathway* tidak dipergunakan untuk menafsirkann tarif melainkan sebagai *maintenance cost weight* (yang berkaitan langsung dengan standarisasi *Length Of Stay*).

Tujuan dari *clinical pathway* yaitu untuk mengurangi berbagai macam jenis pelayanan, sehingga biaya akan lebih mudah untuk diprediksi, pelayanan lebih mudah untuk terstandarisasi, meningkatkan kualitas pelayanan, meningkatkan prosedur *costing*, meningkatkan kualitas dari informasi yang telah dikumpulkan serta sebagai *counter-check* terutama untuk kasus-kasus yang *high cost*, maupun *high volume*.

Dari berbagai kondisi tersebut, maka manajemen rumah sakit perlu melaksanakan evaluasi dan menentukan perencanaan untuk penangananya, karena pelayanan lanjutan dilaksanakan pada tiap harinya dengan kapasitas pelayanan rawat inap kelas 3 lebih banyak digunakan oleh pasien JKN.

5.1.11 Upaya yang dilakukan RSUD Tugurejo untuk mengatasi selisih Pembiayaan

Berdasarkan wawancara dengan informan, salah satu cara yang dilakukan rumah sakit untuk mengurangi selisih tarif yaitu melalui subsidi silang. Jenis subsidi silang yang dilakukan adalah jenis subsidi silang antara jenis pelayanan yaitu unit pelayanan yang mendapatkan keuntungan/surplus memberi subsidi untuk unit pelayanan yang mengalami selisih negatif dalam hal ini merugi, sehingga setiap pasien memperoleh layanan yang sama tanpa membedakan kelas perawatan maupun status sosial dari pasien. Mekanisme atau cara pelaksanaan subsidi silang di rumah sakit biasanya dilakukan dengan menentukan tarif-tarif jasa pelayanan dari suatu unit. Misalnya pasien yang berasal dari kelas perawatan kelas 3, dimana biasanya tarif perawatannya lebih rendah walaupun menggunakan peralatan yang sama.

Selain dengan menggunakan subsidi silang rumah sakit Tugurejo Semarang juga melakukan efisiensi untuk mengatasi selisih biaya tersebut. Efisiensi dilakukan agar tarif dan kualitas pelayanan kesehatan dapat seimbang. Strategi rumah sakit dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan kesehatan antara lain: melakukan audit medik, melakukan standarisasi penggunaan farmasi dan pelayanan penunjang. Penggunaan obat yang dilaksanakan secara multidisiplin, terkoordinir, dan menggunakan proses yang efektif dapat menjamin upaya kendali mutu, biaya dan dapat meningkatkan kualitas kompetensi sumber daya rumah sakit sebagai upaya untuk menurunkan terjadinya hal-hal yang dapat

mengakibatkan terjadinya lama perawatan serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas yang berdampak pada peningkatan beban biaya kesehatan.

5.2 HAMBATAN DAN KELEMAHAN PENELITIAN

5.2.1 Hambatan Penelitian

Hambatan pada penelitian ini adalah ketika proses pengelompokkan komponen biaya, yaitu biaya mana yang termasuk dalam biaya pemeriksaan, biaya obat, biaya alat kesehatan dan biaya bahan medis habis pakai, sehingga dalam penentuan komponen biaya tersebut dibantu oleh petugas rekam medis.

5.2.2 Kelemahan Penelitian

Terdapat kelemahan pada penelitian komparasi biaya riil dengan tarif INA CBGs yaitu tidak terdapat variabel mengenai komponen biaya seperti biaya obat, biaya alat kesehatan, biaya tindakan, biaya pemeriksaan penunjang, dan biaya visit dokter yang dapat mempengaruhi biaya riil.

Tidak melakukan wawancara di bagian farmasi, sehingga tidak mendapatkan informasi tentang jenis obat apa saja yang digunakan untuk penyakit jantung koroner.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 SIMPULAN

Berdasarkan penelitian yang dilakukan mengenai “Faktor-faktor yang mempengaruhi Biaya antara Biaya Riil dan Tarif INA CBGs pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019” hasil dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Terdapat selisih *mean* total biaya riil rumah sakit (Rp. 7911452.62), dan *mean* total tarif paket INA CBGs (Rp. 7519256.47). Dalam hal ini total biaya riil rumah sakit lebih besar dari total tarif paket INA CBGs, yang artinya untuk kasus jantung koroner rumah sakit memperoleh selisih negatif (mengalami kerugian) sebesar Rp. -33.336.673.
2. Faktor-faktor yang memiliki pengaruh terhadap biaya riil untuk penyakit jantung koroner adalah usia ($p = 0,019$), tingkat keparahan ($p = 0,008$), kelas perawatan ($p = 0,028$), lama hari rawat ($p = 0,042$), dan prosedur ($p = 0,001$).
3. Faktor-faktor yang tidak menunjukkan adanya pengaruh yang signifikan terhadap biaya riil rumah sakit penyakit jantung koroner adalah jenis kelamin ($p = 0,671$) dan jumlah diagnosis sekunder ($p = 0,071$).
4. Rumah sakit Tugurejo Semarang sudah menggunakan alat bantu *software* dalam melakukan penghitungan tarif riil rumah sakit. Dalam penerapannya

pun rumah sakit sudah bisa dilakukan dengan baik, sehingga dapat menghasilkan data yang tepat dan dapat sesuai dengan standar.

5. Rumah sakit Tugurejo Semarang sudah menerapkan *clinical pathway* pada beberapa kasus, tetapi untuk kasus jantung koroner sendiri belum termasuk dalam daftar kasus yang memiliki *clinical pathway*.

6.2 SARAN

6.2.1 Bagi RSUD Tugurejo Semarang

Pihak rumah sakit melakukan evaluasi penghitungan *unit cost* pada setiap layanan unit pelayanan rawat inap khususnya dibagian pelayanan yang mengalami selisih tarif negatif yang sehingga rumah sakit mengalami kerugian.

Pihak rumah sakit diharapkan melakukan monitoring dan evaluasi terhadap klaim biaya pelayanan kesehatan rawat inap melalui pemantauan proses pengkodean dan verifikasi.

Menerapkan *clinical pathway* pada semua layanan agar pelayanan yang diberikan dapat sesuai, tidak *under treatment* ataupun *over treatment*. Dengan adanya *clinical pathway* pada semua layanan maka dapat mengurangi variasi dalam pelayanan sehingga biaya lebih mudah diprediksi dan dapat meningkatkan mutu kualitas pelayanan.

6.2.2 Bagi Peneliti Selanjutnya

Bagi penelitian selanjutnya diharapkan dapat melakukan penelitian sejenis dengan diagnosis yang sama/diagnosis berbeda. Selain itu variabel yang diteliti bisa ditambah, seperti biaya pelayanan laboratorium, biaya pelayanan penunjang,

biaya visit dokter terutama di rumah sakit yang telah menerapkan *clinical pathway* yang baik. Metode penelitian yang digunakan pun dapat lebih baik lagi.

DAFTAR PUSTAKA

- Abrams. (2009). Chronic Stable Angina. *N Eng J Med*, 2524-2533.
- Agboado, G., Peters, J., & Donkin, L. (2012). Factors influencing the length of hospital stay among patients resident in Blackpool admitted with COPD: a cross-sectional study. *BMJ Open*.
- Asmawati, & Elly, N. (2016). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Lama Hari Rawat Paien Lapartomi di RS dr. Yunus Bengkulu. *Jurnal Ilmu Kesehatan, Volume 8, No. 2*.
- Astuti. (2017). *Analisis Kesesuaian Biaya Riil pada Pasien Rawat Inap Penyakit Ginjal Krnik dengan Hemodialisis*. Surakarta: Universitas Setia Budi.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan. Retrieved April Jum'at, 2019, from www.kesmasmkemkes.go.id > upload > files
- Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan. (2014). *Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan.
- BPJS. (2014). *Pedoman Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Brian, H., Galbut, Michael, & Davidson. (2005). *Cardio -vascular disease: practical applications of the NCEP ATP III Update, Patient Care (online)*. Retrieved from <http://www.mspb.md/index.cfm/fuseaction/site.physicians/action/dtl/phys/99844853.cfm>
- Budiarto, W., & Sugiharto, M. (2013). Biaya Klaim INA CBGs dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas di Rumah Sakit Studi di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan 2012. *Buletin Penelitian Sistem Kesehatan, Vol. 16 No. 1* , 58-65.
- Bustan, N. (2015). *Manajemen Pengendalian Penyakit Tidak Menular*. Jakarta: Rineka Cipta.

- Charlson, Marinopoulos, Briggs, & Hollenberg. (2010). The Charlson Comorbidity Index is Adapted to Predict Costs of Chronic Disease in Primary Care Patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 1234--1240.
- Chirawatkul, A., & Bhuripanyo, K. (2009). Prevalence of Coronary Heart Disease and Major Cardiovascular Risk Factors in Thailand. *International Journal of Epidemiology*.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. (2017). *Profil Kesehatan Kota Semarang Tahun 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dwojak, S. M., & Bhattacharyya, N. (2014). Incremental and Comparative Health Care Expenditures for Head and Neck Cancer in the United States. *The Laryngoscope*, 123:2305-2308.
- Febriani. (2016). Analisis Perhitungan Unit Cost Pelayanan Hemodialisis terhadap Penetapan Tarif INA CBGs dan Tarif Rumah Sakit Medika Stannia Kabupaten Bangka.
- Gattani. (2009). (Pharmacoeconomics, Editor) Retrieved from Asian Journal of Pharmaceutical and Clinical Research.
- Ghani. (2016). Faktor Risiko Dominan Penyakit Jantung Koroner di Indonesia. *Buletin Penelitian Kesehatan*, 153-164.
- Handayani, D. S. (2016). *Analisis Kesesuaian Biaya Riil terhadap Tarif INA CBGs pada Pasien Pneumonia Rawat Inap Di RSUD Dr. Moewardi*. Surakarta: Universitas Setia Budi.
- Haryadi, D. (2019, September). *AyoBandung.com*. Retrieved from <https://m.ayobandung.com/read/2019/09/29/65253/penyakit-jantung-paling-banyak-menyerang-asn>
- Kemenkes RI. (2013). INA CBGS Untuk Pelayanan Rumah Sakit Lebih Baik. *Buletin Bina Upaya Kesehatan (Buletin BUK)*.

- Kemenkes RI. (2017). *Penyakit Jantung Penyebab Kematian Tertinggi. Kementerian Kesehatan.*
- Kemenkes RI. (2018). *Hasil Riset Kesehatan Dasar Tahun 2018.* Jakarta: KEMENKES RI.
- Kemenkes RI. (2018). *RS Jantung Harapan Kita Pengampu Rujukan Kardioveskuler.* Retrieved from <http://www.depkes.go.id/article/print/18111200002/rs-jantung-harapan-kita-pengampu-rujukan-kardioveskuler.html>
- Kementerian Kesehatan . (2014). *Peraturan Menteri Kesehatan No. 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2013). *Pedoman Penerapan Kajian Farmakoekonomi.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kementerian Kesehatan. (2016). *Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.* Jakarta: Kementerian Kesehatan.
- Kementerian Kesehatan RI. (2012). *Buku Pegangan Sosialisasi JKN dalam Sistem Jaminan Nasional.* Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kumar, A., & Chen, L. (2011). Financing health care for all : challenges and opportunities. *The Lancet Journal, Vol 337, 668-679.*
- Lakoan, M. R., & Andayani,, T. M. (2019). Analisis Kesesuaian Biaya Riil terhadap Tarif INA CBGs Pengobatan Gagal Jantung Kongesif Pasien JKN. *Jurnal Farmasi & Sains Indonesia .*
- Lilissuriani, Saputra, I., & Ruby, M. (2017). Perbedaan Biaya Riil Rumah Sakt dan Tarif INA-CBGs untuk Kasus Katastropik dengan Penyakit Jantung Koroner pada Pasien Rawat Inap JKN. *JUKEMA, Volume 3, No. 1, 198-205.*

- Mathauer, I., & Wittenbecher, F. (2013). Hospital payment systems based on diagnosis-related groups: experiences in low- and middle-income countries . *Bull World Health Organ* , 746-756A.
- Munawaroh, S., Sulistiadi , W., & Rachmad. (2018). Perbedaan Tarif INA – CBG’s Dengan Tarif Riil Rumah Sakit Pada Pasien BPJS Kasus Stroke Iskemik Rawat Inap Kelas I Di RS PON Tahun 2018. *Jurnal Manajemen dan Administrasi Rumah Sakit Indonesia, Volume 3 No 2*.
- Murti, B. (2010). Strategi untuk mencapai cakupan universal pelayanan kesehatan Indonesia. *Temu Ilmiah Reuni Akbar FK UNS*.
- Murti, T. A. (2019). *Gambaran Lama Hari Rawat Pasien Jantung di RSUD dr. Moewardi Kota Surakarta*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Norhashimah. (2010). *Gambaran Pengetahuan Dan Sikap Masyarakat Tentang Penyakit Jantung Koroner (PJK) Di Kelurahan Tanjung Rejo*. Medan: Fakultas Kedokteran, Universitas Sumatera Utara.
- Normasari, D. A. (2016). *Komparasi Biaya Riil dengan Tarif Paket INA CBGs pada Pasien dengan Diagnosis Utama Diabettes Melitus Rawat Inap JKN*. Jember: Universitas Jember.
- Notoatmodjo, S. (2010). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Peraturan Gubernur Jateng. (2017). *Peraturan Gubernur Jawa Tengah No 21 tahun 2017 tentang Tarif Pelayanan Badan Layanan Umum Daerah Rumah Sakit Umum Daerah dan Rumah Sakit Jiwa Daerah Provinsi Jawa Tengah*. Jawa Tengah: Gubernur Jawa Tengah.
- Peraturan Menteri Kesehatan. (2013). *Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.

- Peraturan Menteri Kesehatan. (2014). *Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- PERKI. (2016). *Panduan Praktis Klinis dan Clinical Pathway Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah*. Jakarta: Perhimpunan Dokter Spesialis Kardiovaskular.
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D. G., & Suryono, A. (2016). Analisis Tarif Rumah Sakit dibandingkan dengan Tarif Indonesian Case Based Group. *Jurnal Kesmas*.
- Rahma, C. M. (2019). *Kesesuaian Biaya Riil dengan Tarif Paket INA CBGs dan Analisis Faktor yang Berpengaruh pada Biaya Riil Pasien Operasi Katarak di Rumah Sakit Khusus Mata Provinsi Sumatera Selatan*. Sumatera Selatan: Universitas Sriwijaya.
- Rahma, P. A. (2013). Implementasi Clinical Pathway untuk Kendali Mutu dan Kendali Biaya Pelayanan Kesehatan. *Majalah Dental & Dental*.
- Ramandika, E. (2012). Hubungan Faktor Risiko Mayor PJK Dengan Skor Pembuluh Darah Koroner Dari Hasil Angiografi Koroner di RSUP dr.Kariadi Semarang. *Jurnal Media Medika Muda*.
- Sabharwal, Charter, A., Rashid, Darzi, & Reilly. (2016). Cost analysis of the surgical treatment of fractures of the proximal humerus An Evaluation Of The Determinants Of Cost And Comparison Of The Institutional Cost Of Treatment With The National Tariff. *The Bone & Joint Journal, Volume 98-B No.2*.
- Sari, S. R. (2017). *Faktor Risiko Penyakit Jantung Koroner pada Pegawai Negeri Sipil UIN Alauddin Makassar*. Makassar: UIN Alauddin.
- Sastroasmoro, S., & Ismael, S. (2014). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta: Sagung Seto.

- Smith , H., & Fottler, M. (1985). *Prospective payment*. USA: Aspen Publication .
- Sudra, R. I. (2010). *Statistik Rumah Sakit*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R & D*. Bandung: Alfabeta.
- Surjadi. (2013). *Kesehatan Perkotaan di Indonesia*. Jakarta: Universitas Atma Jaya.
- Susanto, S. (2016). *Gambaran Perbandingan Besaran Biaya antara Rumah Sakit dengan Tarif INA CBGs di RSUD Kota Tangerang Selatan*. Jakarta: Uin Syarif Hidayatullah Jakarta.
- Susilo , A. (2019). *Jantung Geser Hipertensi dari Daftar Tren Penyakit di Jateng*. Semarang: Semarang Inside.com. Retrieved from <https://semaranginside.com/jantung-geser-hipertensi-dari-daftar-tren-penyakit-di-jateng/>
- Thabrany, H. (2014). *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Tusshaleha, L. A. (2018). Analisis Kesesuaian Biaya Riil Pasien Kemoterapi Kanker Rektum Dengan Penetapan Biaya Ina-CBGs Terhadap Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional Di RSUP Sanglah Denpasar Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah Mandala Education, Volume 4, No. 1*.
- Utomo, B., Suahya, P., & Utami. (2011). Priorities and realities : addressing the rich-poor gaps in health status and service access in Indonesia. *International Journal For Equity in Health, Vol 10, 47*.
- Wahyuni, E. G., & Prijodiprojo, W. (2013). Prototype Sistem Pakar untuk Mendeteksi Tingkat Resiko Penyakit Jantung Koroner dengan Metode DempsterShafer. *IJCCS, Volum3 7, Nomor 2*, 133-144.

- Wijayanti , A. I., & Sugiarsi, S. (2011). Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif INA CBGs pada Pembayaran Klaim Jamkesmas Pasien Rawat Inap Di RSUD Kabupaten Sukoharjo. *Jurnal Apikes Mitra Husada*.
- Wintariani, N. P., Suwantara, I. P., & Shantini, N. M. (2017). Analisis Kesesuaian Biaya Riil Pasien Kemoterapi Kanker Serviks dengan Tarif INA CBGs Pada Pasien Rawat Inap JKN. *Medicamento, Vol. 3, No. 1*.
- Yuniarti, Amalia, & Hardiati. (2015). Analisis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Mellitus Pasien JKN di Rs PKU Muhammadiyah Yogyakarta-Perbandingan terhadap Tarif INA CBGs. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia, Vol 04 No.3, 43-56*.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Tugas Pembimbing



**KEPUTUSAN
DEKAN FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
Nomor: 19970/UN37.1.6/KM/2019
Tentang
PENETAPAN DOSEN PEMBIMBING SKRIPSI/TUGAS AKHIR SEMESTER
GASAL/GENAP
TAHUN AKADEMIK 2019/2020**

- Menimbang** : Bahwa untuk memperlancar mahasiswa Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan membuat Skripsi/Tugas Akhir, maka perlu menetapkan Dosen-dosen Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Fakultas Ilmu Keolahragaan UNNES untuk menjadi pembimbing.
- Mengingat** : 1. Undang-undang No.20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional (Tambahan Lembaran Negara RI No.4301, penjelasan atas Lembaran Negara RI Tahun 2003, Nomor 78)
2. Peraturan Rektor No. 21 Tahun 2011 tentang Sistem Informasi Skripsi UNNES
3. SK. Rektor UNNES No. 164/O/2004 tentang Pedoman penyusunan Skripsi/Tugas Akhir Mahasiswa Strata Satu (S1) UNNES;
4. SK Rektor UNNES No.162/O/2004 tentang penyelenggaraan Pendidikan UNNES;
- Menimbang** : Usulan Ketua Jurusan/Prodi Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat Tanggal 12 November 2019

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- PERTAMA** : Menunjuk dan menugaskan kepada:
- Nama : Dr. Bambang Budi Raharjo, M. Si.
NIP : 196012171986011001
Pangkat/Golongan : Pembina Utama Muda - IV/c
Jabatan Akademik : Lektor Kepala
Sebagai Pembimbing
- Untuk membimbing mahasiswa penyusun skripsi/Tugas Akhir :
- Nama : Bunga Ifatun Nisa
NIM : 6411416010
Jurusan/Prodi : Ilmu Kesehatan Masyarakat/Kesehatan Masyarakat
Topik : Komparasi Pembiayaan riil dan INA CBGs
- KEDUA** : Keputusan ini mulai berlaku sejak tanggal ditetapkan.

Tembusan
1. Wakil Dekan Bidang Akademik
2. Ketua Jurusan
3. Petinggal

6411416010
FM-03-AKD-24/Rev. 00

DITETAPKAN DI SEMARANG
PADA TANGGAL 5 Desember 2019
DEKAN

Prof. Dr. Endang Rahayu, M.Pd.
NIP 196103201984032001

Lampiran 2. Surat Izin Penelitian dari Fakultas Ilmu Keolahragaan, UNNES



KEMENTERIAN PENDIDIKAN DAN KEBUDAYAAN
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
Gedung Dekanat FIK Kampus UNNES Sekaran Gunungpati Semarang 50229
Telepon +6224-8508007, Faksimile +6224-8508007
Laman: <http://fik.unnes.ac.id>, surel: fik@mail.unnes.ac.id

Nomor : B/20871/UN37.1.6/LT/2019
Hal : Izin Penelitian

04 Desember 2019

Yth. Direktur Rumah Sakit Tugurejo Semarang
Jl. Walisongo No.KM. 8,5, Tambakaji, Kec. Ngaliyan, Kota Semarang, Jawa Tengah 50185

Dengan hormat, bersama ini kami sampaikan bahwa mahasiswa di bawah ini:

Nama : Bunga Ifatun Nisa
NIM : 6411416010
Program Studi : Kesehatan Masyarakat (Administrasi Kebijakan Kesehatan), S1
Semester : Gasal
Tahun akademik : 2019/2020
Judul : Komparasi Pembiayaan Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang (Studi Kasus pada Penyakit Jantung)

Kami mohon yang bersangkutan diberikan izin untuk melaksanakan penelitian skripsi di perusahaan atau instansi yang Saudara pimpin, dengan alokasi waktu 9 Desember 2019 s.d 20 Maret 2020.

Atas perhatian dan kerjasama Saudara, kami mengucapkan terima kasih.


Tembusan:
Dekan FIK;
Universitas Negeri Semarang



Nomor Agenda Surat : 212 063 738 1

Sistem Informasi Surat Dinas - UNNES (2019-12-04 10:03:43)

Lampiran 3. Surat Izin Penelitian dari Kesbangpolinmas



PEMERINTAH KOTA SEMARANG
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK
Jl. Pemuda No. 175 Semarang Telp. 3584045 Hunting: 3584077 Pwii. 2601,2602,2603,2604,2605,2606 Fax.3584045

SURAT REKOMENDASI SURVEY / RISET
 Nomor : 070/3954/XII/2019

I. DASAR : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Republik Indonesia Nomor 64 Tahun 2011 tanggal 20 Desember 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian

2. Peraturan Daerah Pemerintah Kota Semarang Nomor 13 tahun 2008, Tanggal 7 Nopember 2008 tentang Pembentukan Organisasi dan Tata Kerja Lembaga Teknis Daerah Kota Semarang.

3. Peraturan Walikota Semarang Nomor 44 Tahun 2008 Tanggal 24 Desember 2008 tentang Penjabaran Tugas dan Fungsi Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Semarang.

II MEMBACA : Surat dari Wakil Dekan Bidang Akademik Fakultas Ilmu Keolahragaan Universitas Negeri Semarang
 Nomor : B/20872/UN37.1.6/LT/2019
 Tanggal : 04 Desember 2019

III. Pada Prinsipnya kami **tidak keberatan/ dapat menerima** atas pelaksanaan penelitian / survey di Kota Semarang.

IV. Yang dilaksanakan oleh :

1. Nama : **Bunga Ifatun Nisa**

2. Kebangsaan : Indonesia

3. Alamat : Pesarean RT 03 RW 03 Kel. Pesarean Kec. Pagerbarang Kabupaten Tegal

4. Pekerjaan : Mahasiswa

5. Penanggungjawab: Dr. dr. Mahalul Azam, M.Kes.

6. Judul Penelitian : "Komparasi Pembiayaan Biaya Rill dengan Tarif INA CBGs Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang (Studi Kasus pada Penyakit Jantung)"

7. Lokasi : Kota Semarang

V. **KETENTUAN SEBAGAI BERIKUT:**

1. Sebelum melakukan kegiatan terlebih dahulu melaporkan kepada Pejabat Setempat/Lembaga Swasta yang akan dijadikan obyek lokasi untuk mendapatkan petunjuk seperlunya dengan menunjukkan Surat Pemberitahuan ini.

2. Pelaksanaan survey / riset tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan pemerintahan. Untuk penelitian yang mendapat dukungan dana sponsor baik dari dalam negeri maupun luar negeri, agar dijelaskan pada saat mengajukan perijinan. Tidak membahas masalah Politik dan atau Agama yang dapat menimbulkan terganggunya stabilitas keamanan dan ketertroan.
 3. Surat rekomendasi dapat dicabut dan dinyatakan tidak berlaku apabila pemegang Surat Rekomendasi ini tidak mentaati / mengindahkan peraturan yang berlaku atau obyek penelitian menolak untuk menerima Peneliti.
 4. Setelah survey / riset selesai supaya menyerahkan hasilnya kepada Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kota Semarang
- VI. Surat Rekomendasi Penelitian / Riset ini berlaku dari :
Tanggal 09 Desember 2019 s/d 09 Mei 2020.
- VII. Demikian rekomendasi ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Semarang, 09 Desember 2019
Kepala Badan Kesatuan Bangsa dan Politik
Kota Semarang



ABDUL HARIS, SH, MM
Pembina Utama Muda
NIP. 19630317 199103 1 006

Lampiran 4. Surat Izin dari Rumah Rumah Sakit



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TENGAH
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH TUGUREJO
 Alamat Kantor : Jl. Raya Walisongo KM 8,5 No.137 Semarang Telp. 7605378,7605297
 Fax.7604398 Email : tugurejo@jatengprov.go.id Website : www.rstugurejo.jatengprov.go.id

Semarang, 21 Desember 2019

Nomor : 423.4/00699
 Lampiran : -
 Perihal : Ijin Penelitian

Kepada Yth.
 Dekan FIK
 UNNES
 di-

SEMARANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor : B/20871/UN3.7.1.6/LT/2019 tanggal 4 Desember 2019 perihal tersebut pada pokok surat, pada dasarnya kami **tidak keberatan dan memberi ijin** untuk melaksanakan Penelitian di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah kepada mahasiswa yang Saudara ajukan :

NAMA : BUNGA IFATUN NISA
 NIM : 6411416010
 PRODI : S.1 Kesehatan Masyarakat
 JUDUL : "Komparasi Pembiayaan Biaya Riil dengan Tarif INA CBGs Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang (Studi Kasus pada Penyakit Jantung)"

Biaya Penelitian yang dibebankan sesuai Peraturan Gubernur Provinsi Jawa Tengah nomor 21 Tahun 2017 tentang Tarif Pelayanan pada Badan Layanan Umum Daerah RSUD dan RSJD Provinsi Jawa Tengah dan Keputusan Direktur RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah nomor : 900/001/2019 tentang Tarif Clinical Instructure (CI) / Pembimbing Klinik Kegiatan Praktik / Magang / Penelitian di RSUD Tugurejo Provinsi Jawa Tengah.

Setelah selesai melakukan penelitian, harus menyerahkan hasil penelitian yang sudah dilaksanakan kepada RSUD Tugurejo melalui Sub Bagian Diklat.

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

DIREKTUR RSUD TUGUREJO
 PROVINSI JAWA TENGAH

 dr. HARYADI IBNU JUNAEDI, Sp.B
 Pembina Utama Muda
 NIP.19620208 198901 1 001

Lampiran 5. Salinan *Ethical Clearance*



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS NEGERI SEMARANG
FAKULTAS ILMU KEOLAHRAGAAN
KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN (KEPK)
Gedung F5, Lantai 2 Kampus Sekaran, Gunungpati, Semarang, Telp (024) 8508107

ETHICAL CLEARANCE
Nomor: 278/KEPK/EC/2019

Komisi Etik Penelitian Kesehatan Universitas Negeri Semarang, setelah membaca dan menelaah usulan penelitian dengan judul :

Komparasi Pembiayaan Biaya Riil dengan Tarif INA CBGS Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019 (Studi Kasus pada Penyakit Jantung)

Nama Peneliti Utama : Bunga Ifatun Nisa
Nama Pembimbing : Prof. Dr. Bambang Budi Raharjo, M.Si
Alamat Institusi Peneliti : Jurusan IKM UNNES, Gedung F5, Lantai 2, Sekaran, Gunungpati, Semarang
Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Umum Daerah Tugurejo Semarang
Tanggal Persetujuan : 26 Desember 2019
(berlaku 1 tahun setelah tanggal persetujuan)

menyatakan bahwa penelitian di atas telah memenuhi prinsip-prinsip yang dinyatakan dalam Standards and Operational Guidance for Ethics Review of Health-Related Research with Human Participants dari WHO 2011 dan International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans dari CIOMS dan WHO 2016. Oleh karena itu, penelitian di atas dapat dilaksanakan dengan selalu memperhatikan prinsip-prinsip tersebut.

Komisi Etik Penelitian Kesehatan berhak untuk memantau kegiatan penelitian tersebut.

Peneliti harus melampirkan *informed consent* yang telah disetujui dan ditandatangani oleh peserta penelitian dan saksi pada laporan penelitian.

Peneliti diwajibkan menyerahkan:

- Laporan kemajuan penelitian
- Laporan kejadian bahaya yang ditimbulkan
- Laporan akhir penelitian

Semarang, 26 Desember 2019

Ketua,



Prof. Dr. Oktia Woro K.H., M.Kes.
NIP. 19591001 198703 2 001

Lampiran 6. Instrumen Penelitian

DATA REKAM MEDIK PASIEN JANTUNG KORONER

01 .No. RekamMedik :		02. Nama Pasien:	
03 .JenisKelamin : <ul style="list-style-type: none"> • Laki-laki • Perempuan 		04. Umur:..... thn	
05. Kelas Rawat Inap:	06. Tanggal: <ul style="list-style-type: none"> • Masuk: • Keluar: 	07. Lama Perawatan:	
08. Diagnosa MRS/DiagnosaKerja :			
09. AlasanMasukRumahSakit : a. Observasi b. screening c. Diagnostik d. e. f.		10. AlasanKeluarRumahSakit : a. Tujuan MRS telah selesai b. Dipindahkan RS lain c. Pulangpaksa d. PulangBerobat Jalan e. Meninggal f. g.	
11. DiagnosaAkhir <ul style="list-style-type: none"> • • Utama : • Komplikasi : 1. 2. 3. 4. • Sekunder : 			

KOMPONEN BIAYA PASIEN

Komponen Biaya	Jumlah Biaya
1. Biaya alat kesehatan	
2. Obat/barang medik	
3. Pemeriksaan	
4. Bahan Medis Habis Pakai	
Total	

DATA BIAYA HASIL *GROUPING* INA CBGS SETIAP KASUS JANTUNG

No. Rekam Medik :	Nama Pasien:
1. Kode INA CBGs :	
2. Deskripsi :	
3. Tipe CBG :	
4. Tarif : Tambahan tarif: <ol style="list-style-type: none"> a. Tarif sub akut/kronik b. <i>Special procedur</i> c. <i>Special prosthesis</i> d. <i>Special investigation</i> e. <i>Special drug</i> 	
5. Total tarif :	

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM BAGIAN KLAIM BPJS
KOMPARASI BIAYA RIIL DENGAN TARIF INA CBGS PASIEN
RAWAT INAP JKN DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

1. Identitas Narasumber

Nama :

Jabatan :

Umur :

Tanggal Diisi :

2. Pertanyaan

No	Pertanyaan	Jawaban
(1)	(2)	(3)
1.	Apakah biaya yang dimaksud <i>over cost</i> ?	
2.	Apakah ada selisih positif/negatif antara biaya riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs?	
3.	Apakah komponen yang paling banyak mempengaruhi biaya rumah sakit?	
4.	Apakah dalam perhitungan tarif rumah sakit sudah menggunakan bantuan <i>software</i> ?	
5.	Apakah rumah sakit telah memiliki <i>clinical pathway</i> untuk menentukan diagnosis dan tindakan dari pasien BPJS?	
6.	Upaya yang dilakukan rumah sakit untuk mengatasi selisih pembiayaan pada penyakit jantung koroner?	

**PEDOMAN WAWANCARA MENDALAM BAGIAN *CLINICAL*
PATHWAY
KOMPARASI BIAYA RIIL DENGAN TARIF INA CBGS PASIEN
RAWAT INAP JKN DI RSUD TUGUREJO SEMARANG**

1. Identitas Narasumber

Nama :

Jabatan :

Umur :

Tanggal Diisi :

2. Pertanyaan

No	Pertanyaan	Jawaban
(1)	(2)	(3)
1.	Apa fungsi atau pentingnya dari dilakukannya implimentasi <i>clinical pathway</i> ?	
2.	Apakah rumah sakit sudah menerakan <i>clinical pathway</i> dalam penentuan diagnosis dan tindakan?	
3.	Siapa saja yang dapat membuat CP dan siapa yang dapat menggunakan CP	
4.	Apa ada hambatan/kendala yang ditemukan pada saat pelaksanaan <i>clinical pathway</i> ?	

Lampiran 7. Karakteristik Pasien

A. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
55 TAHUN	P	5 HARI	1909020077	1	A	414295	MARTINA, NY	E12.9	89.52, 90.59, 88.72
42 TAHUN	L	5 HARI	1909290118	1	A	587411	GAN AMIN, TN	E78.5, I25.2	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
44 TAHUN	P	6 HARI	1903140170	1	A	576563	ARI MEYDIYANTI, NY	F32.9, F41.9	89.52, 90.59, 89.41
43 TAHUN	L	4 HARI	1902130501	1	A	574821	KHOIRURRIZQI, TN	-	88.72, 90.59, 89.52

B. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
54 TAHUN	L	5 HARI	1903270494	1	A	149117	MAS'UDIN NOOR, TN	E14.9, I48	89.52, 88.72, 90.59, 93.82, 87.44
64 TAHUN	L	5 HARI	1901140038	1	A	404848	HARY PURBIJANTO TN	I10, N28.8	89.52, 88.72, 88.76, 87.44, 90.59, 57.94
64 TAHUN	P	7 HARI	1908280006	1	A	461993	KUSIYEM, NY	E14.9, E87.6, I34.0, I45.1	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
49 TAHUN	L	7 HARI	1907200063	1	A	583253	BUDY SANTOSO, TN	I20.0, K30	89.52, 88.76, 90.59, 87.44
50 TAHUN	L	8 HARI	1911070528	1	A	511620	AHMAD ROBI, TN	E14.9, I50.9	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
53 TAHUN	L	8 HARI	1902130052	1	A	281956	R.WISNU SANYOTO, TN	I08.1, I44.3	89.52, 88.72, 90.59, 93.82, 87.44
63 TAHUN	P	9 HARI	1906250572	1	A	433611	LUSIA MUSINEM,	E11.9, E78.5, E79.0,	89.52, 93.94, 90.59,

							NY	150.0	93.82, 88.72, 87.44
61 TAHUN	L	9 HARI	1902190446	1	A	405160	DIAMON EFFENDI SURBAKT, TN	E14.9, E79.0, I12.0	89.52, 88.72, 87.44, 90.59, 93.82, 96.07, 57.94
56 TAHUN	P	5 HARI	1911150435	1	A	390455	EDYANA KS ,NY	E87.6, R51	89.52, 90.59

C. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
71 TAHUN	P	11 HARI	1904080569	1	A	428023	HARTATI, NY	I49.3	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
67 TAHUN	L	4 HARI	1904150638	1	A	474933	SUMARYOTO, TN	E11.9, I47.2, J81, N30.9, N40, R31	89.52, 88.72, 88.76, 87.44, 90.59, 96.07, 57.94

D. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
39 TAHUN	L	4 HARI	1904091054	2	A	068371	AHMAD KHOZIM, TN	I10	89.41, 89.52, 90.59, 87.44
66 TAHUN	L	4 HARI	1911010445	2	A	589062	TRISNO, TN	I10	89.59, 90.59, 89.52
43 TAHUN	L	4 HARI	1910070531	2	A	584641	ARIF SYARIFUDDIN, TN	I44.4	90.59, 89.52, 89.41
62 TAHUN	L	5 HARI	1903070161	2	A	576134	ARIFIN, TN	I44.7	89.41, 90.59, 87.44

35 TAHUN	L	6 HARI	1911070410	2	A	177129	DWI MARGONO, TN	-	90.59, 89.52
56 TAHUN	L	5 HARI	1910050084	2	A	587713	KARMIDI, TN	E78.5	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
47 TAHUN	L	6 HARI	1907260472	2	A	583568	JOKO HARTONO, TN	E14.9, I25.9	88.72, 90.59, 89.52
54 TAHUN	L	6 HARI	1903170146	2	A	445121	KARTONO, TN	I34.0	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
54 TAHUN	P	8 HARI	1908030001	2	A	170222	HERLIS WIDAYANTI, NY	E66.9, E78.5	88.72, 90.59, 93.82, 89.52
47 TAHUN	L	9 HARI	1909200016	2	A	586950	ROCHMAD, TN	E78.5	89.52, 90.59, 88.72
50 TAHUN	1L	9 HARI	1904150018	2	A	083358	RASWINANTO, TN	I25.2	88.72, 90.59, 89.52

E. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
50 TAHUN	L	3 HARI	1910090003	2	A	132618	SARWONO, TN	E87.6, I10, N20.0	90.59, 89.52
38 TAHUN	L	5 HARI	1901310720	2	A	076364	JOKO SUSILO, TN	E87.6	89.52, 90.59
38 TAHUN	L	8 HARI	1903260501	2	A	577321	LILIS SETIYANTO, TN	F41.9, R00.1	89.41, 89.52, 90.59, 87.44
50 TAHUN	L	12 HARI	1902050005	2	A	574339	EDY WIBOWO, TN	I48, I50.0	89.52, 88.76, 90.59, 87.44
60 TAHUN	P	4 HARI	1907030426	2	A	582263	ISTIQOMAH, NY	E87.6, I10, I51.3	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
46 TAHUN	L	5 HARI	1912140028	2	A	591417	ABDUL AZIZ, TN	E14.9, E78.5, I20.0	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
76 TAHUN	L	6 HARI	1909180035	2	A	570628	RUDDY	E83.4, I48	90.59, 89.52, 87.44

							SOEWANTO, TN		
26 TAHUN	L	6 HARI	1911070491	2	A	482416	ADHITYA WISNU MURTIE, TN	E87.1, N18.9	89.52, 90.59, 88.72
48 TAHUN	L	7 HARI	1908160363	2	A	584515	RONI OSKANDAR, TN	E10.9, E87.6, M13.9	89.52, 90.59, 88.72
50 TAHUN	L	8 HARI	1902070691	2	A	574493	SOLIKHIN, TN	E87.6, I34.0, I44.3	88.72, 89.52, 90.59, 93.82, 87.44
61 TAHUN	L	8 HARI	1906260440	2	A	581952	PURWANTO, TN	I08.1, I27.2, I50.9	88.72, 89.52, 90.59, 87.44

F. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
52 TAHUN	L	4 HARI	1903120760	2	A	558462	SOLEKHAN, TN	I25.2, J90	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
49 TAHUN	P	9 HARI	1911040510	2	A	461687	SITI FATONAH, NY	E14.9, I13.2	88.72, 89.52, 90.95, 87.49
68 TAHUN	L	9 HARI	1908260623	2	A	483312	TUGIMAN, TN	I44.7, I49.3	89.52, 90.59, 88.72

G. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
58 TAHUN	L	4 HARI	1904210034	3	A	578712	HASAN HAMBALI, TN	-	99.10, 89.52, 90.59, 88.72, 87.44
50 TAHUN	L	4 HARI	1906180412	3	A	581523	DARSO, TN	E14.9, E78.5	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
49 TAHUN	L	5 HARI	1902280495	3	A	575699	HOO DJIANG LIEK, TN	-	88.72, 89.52, 90.59, 87.44

62 TAHUN	L	5 HARI	1908190743	3	A	584650	DARYANTO, TN	E14.9, E78.5, I10	88.72, 90.59, 89.52
55 TAHUN	L	5 HARI	1902280025	3	A	459727	IMANUEL HANDOKO, TN	E14.9, I10	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
50 TAHUN	L	5 HARI	1906070027	3	A	580940	AGUS BUDIANTO, TN	E78.5, I10, I34.0	88.72, 90.59, 89.52
45 TAHUN	L	5 HARI	1904110399	3	A	578190	GIMIN, TN	I10	89.52, 90.59, 88.72
56 TAHUN	L	6 HARI	1904250248	3	A	567412	WIGNYO PAINO, TN	E14.9, I10, I45.1	88.72, 90.59, 89.52
53 TAHUN	L	6 HARI	1910020510	3	A	587578	PURWADI, TN	E78.5	99.10, 89.52, 90.59, 88.72, 87.44
57 TAHUN	L	6 HARI	1902270480	3	A	575639	MARYONO, TN	E78.5	88.72, 90.59, 89.52
68 TAHUN	L	6 HARI	1903210638	3	A	577026	PONIDI, TN	E78.5	89.52, 90.59
56 TAHUN	L	7 HARI	1901260112	3	A	573827	GIMAN, TN	E14.9, E66.9, E78.5	99.10, 89.52, 90.59, 93.82, 88.72, 57.94
56 TAHUN	L	7 HARI	1901220100	3	A	573580	ARKA SUHARYADI SH, TN	E78.5	88.72, 99.10, 89.52, 90.59, 87.44, 57.94
77 TAHUN	P	7 HARI	1902050170	3	A	537497	MARGARETA YUDANI RAHAYU, NY	I10	89.52, 90.59
69 TAHUN	L	9 HARI	1911180608	3	A	247953	MOCHAMAD SOLEH, TN	R42	90.59, 89.52
39 TAHUN	L	3 HARI	1906130529	3	A	061838	JAYADI, TN	-	89.41, 90.59, 89.52
41 TAHUN	P	7 HARI	1907170473	3	A	178853	FARIDA SISWANTI, NY	F32.9, I34.1	89.52, 90.59
50 TAHUN	P	8 HARI	1909060411	3	A	422531	AGUSTININGSIH NY	R55	90.59, 89.52
18 TAHUN	L	9 HARI	1908141024	3	A	050031	YOGA WIDIANTO, TN	I48	88.72, 89.52, 90.59, 87.44

H. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
79 TAHUN	L	11 HARI	1911250492	3	A	256298	MUTOHAR , TN	E44.1, I10	89.52, 88.72, 87.44, 90.59, 93.82, 57.94
64 TAHUN	L	4 HARI	1906170599	3	A	123091	PARDI NUGROHO, TN	E14.2, N08.3*	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
60 TAHUN	L	4 HARI	1908310110	3	A	585849	PRAYOGO, TN	I50.0	89.52, 90.59
66 TAHUN	L	5 HARI	1903230088	3	A	190913	KUBRO, TN	I25.2, I34.0, I50.9	89.52, 90.59, 88.72
57 TAHUN	L	5 HARI	1905180097	3	A	514773	MASERI, TN	I48	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
64 TAHUN	P	6 HARI	1902160157	3	A	462921	KAMSIAH, NY	A09.0, E14.9, E87.0, I10	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
49 TAHUN	L	6 HARI	1911130451	3	A	589702	JUMAIN, TN	E78.5, E87.6	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
43 TAHUN	L	6 HARI	1907010502	3	A	396276	ARI SUPRIYADI, TN	E87.6	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
52 TAHUN	P	6 HARI	1907310478	3	A	145971	JUNARTI, NY	I25.9, I50.0, K30	88.72, 88.76, 90.59, 87.44
61 TAHUN	P	8 HARI	1905220377	3	A	574116	DJASMI, NY	A09.9, E14.9, E87.6, I47.1	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
69 TAHUN	L	9 HARI	1909270452	3	A	587350	NGALIMIN, TN	E87.5, E88.0, I09.9, I27.2, J44.9	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
37 TAHUN	P	5 HARI	1902070640	3	A	117218	WAHYU HANDAYANI, NY	E87.6	89.41, 89.52, 90.59, 87.44
43 TAHUN	L	6 HARI	1911280542	3	A	396276	ARI SUPRIYADI, TN	E87.6	89.41, 90.59, 89.52
70 TAHUN	L	7 HARI	1902020099	3	A	220551	MARYOTO, TN	K59.0, R00.1	89.52, 90.59, 88.76

I. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

UMUR	KLM	LOS	NOREG	KELAS	STSPLNG	NOPASIEN	NAMAPASIEN	ICDSEKUNDER	ICD9CM
54 TAHUN	P	11 HARI	1905070366	3	A	579576	MARIYEM, NY	E78.1, E79.0, I120, I63.8	89.52, 88.72, 88.76, 87.44, 89.65, 90.59, 87.03
43 TAHUN	L	4 HARI	1906240688	3	A	581836	AGUS WIDODO, TN	E14.9, J18.0	89.52, 88.72, 90.59, 99.10, 87.44
63 TAHUN	L	4 HARI	1907160024	3	A	406436	HARYONO, TN	E78.5, I49.3	99.10, 89.52, 90.59, 88.72, 87.44
46 TAHUN	L	5 HARI	1909230604	3	A	587103	FADLI, TN	I11.0	90.59, 89.52
55 TAHUN	L	6 HARI	1902270237	3	A	575606	DADANG SUARDI, TN	E14.9, E87.6, I11.0	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
52 TAHUN	L	6 HARI	1908230398	3	A	242831	MURYADI, TN	E14.9, J18.0	99.10, 89.52, 90.59, 88.72, 87.44
35 TAHUN	L	6 HARI	1905240404	3	A	525329	ACHMAT FACHRUDIN, TN	E87.6, I47.2	88.72, 89.52, 90.59, 87.44
59 TAHUN	L	6 HARI	1901130097	3	A	204284	BAMBANG YULIANTO.TN	I10, I34.0, I49.3	88.72, 90.59, 89.52
71 TAHUN	P	7 HARI	1904260308	3	A	579069	PARYATI, NY	E14.9, E66.9, I49.3	99.10, 89.52, 90.59, 88.72, 87.44
56 TAHUN	P	7 HARI	1912040485	3	A	559303	JULIA ASTUTININGSIH, NY	E14.9, E87.6, I49.3	89.52, 88.72, 90.59, 87.44
63 TAHUN	P	9 HARI	1910080019	3	A	587813	KEMINI, NY	D63.8*, E88.0, I13.2	90.59, 87.44, 88.72, 89.52, 57.94, 99.04, 99.29, 39.95
40 TAHUN	P	6 HARI	1910030532	3	A	587497	SRI WAHYUNI, NY	I49.3	89.52, 90.59

Lampiran 8. Komponen Biaya Pasien

A. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbq	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
414295	MARTINA, NY	P	I-4-10-I	8635500	14245249	-5609749	6466000	557772	6549830	671647
587411	GAN AMIN, TN	L	I-4-10-I	5495300	5423176	72124	3270000	788237	1202145	162794
576563	ARI MEYDIYANTI, NY	P	I-4-20-I	5712300	4914351	797949	3846250	586423	204256	277422
574821	KHOIRURRIZQI, TN	L	I-4-20-I	5712300	2906275	2806025	2391250	323080	57407	134538
Total				25555400	27489051	-1933651	15973500	2255512	8013638	1246401

B. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

NO RM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbq	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
149117	MAS'UDIN NOOR, TN	L	I-4-10-II	12952800	13939097	-986297	7016625	880730	5410326	631416
404848	HARY PURBIJANTO ,TN	L	I-4-10-II	12952800	12296835	655965	6592000	802946	4487827	414062
461993	KUSIYEM, NY	P	I-4-10-II	9812600	9407526	405074	7311625	1149253	455651	490997
583253	BUDY SANTOSO, TN	L	I-4-10-II	9812600	6047513	3765087	3994000	569036	1089860	394617
511620	AHMAD ROBI, TN	L	I-4-10-II	9812600	7648618	2163982	5051125	822238	1593280	181975
281956	R. WISNU SANYOTO, TN	L	I-4-10-II	9812600	9433207	379393	6875125	678186	1508137	371759
433611	LUSIA MUSINEM, NY	P	I-4-10-II	9812600	13239591	-3426991	9458500	708705	1797141	1275245
405160	DIAMON EFFENDI SURBAKTI ,TN	L	I-4-10-II	9812600	10622163	-809563	7918625	988053	752459	963026
390455	EDYANA KS ,NY	P	I-4-20-II	6597700	3243516	3354184	2071750	693770	245522	232474
Total				91378900	85878066	5500834	56289375	7292917	17340203	4955571

C. KELAS 1 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbg	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
428023	HARTATI, NY	P	I-4-10-III	14138500	7810170	6328330	4972625	907861	1466946	462738
474933	SUMARYOTO, TN	L	I-4-10-III	14138500	38965393	24826893	28962125	1374871	6333314	2295083
Total					46775563	18498563	33934750	2282732	7800260	2757821

D. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbg	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
068371	AHMAD KHOZIM, TN	L	I-4-20-I	4896200	3857944	1038256	2710500	787436	177498	182510
589062	TRISNO, TN	L	I-4-20-I	4896200	3816175	1080025	2698125	850158	147427	120465
584641	ARIF SYARIFUDDIN, TN	L	I-4-20-I	4896200	3312633	1583567	2370500	733632	100904	107597
576134	ARIFIN, TN	L	I-4-20-I	4896200	3794907	1101293	2916250	658318	98076	122263
177129	DWI MARGONO, TN	L	I-4-20-I	4896200	4160802	735398	3064250	654908	242243	199401
587713	KARMIDI, TN	L	I-4-10-I	7850500	12898125	-5047625	6245500	787722	5206129	658774
583568	JOKO HARTONO, TN	L	I-4-10-I	4710300	5503643	-793343	3096500	488502	1773204	145437
445121	KARTONO, TN	L	I-4-10-I	7850500	12069943	-4219443	5308500	823853	5462020	475570
170222	HERLIS WIDAYANTI, NY	P	I-4-10-I	4710300	7236933	-2526633	4027375	783741	2098016	327801
586950	ROCHMAD, TN	L	I-4-10-I	4710300	12893739	-8183439	9460250	831923	1443478	1158088
083358	RASWINANTO, TN	L	I-4-10-I	4710300	9313924	-4603624	5962250	814723	1732139	804812
Total				59023200	78858768	-19835568	47860000	8214916	18481134	4302718

E. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacb	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
132618	SARWONO, TN	L	I-4-20-II	5655200	2716561	2938639	2045500	419782	103314	147965
076364	JOKO SUSILO, TN	L	I-4-20-II	5655200	2119868	3535332	1442375	348493	138205	190795
577321	LILIS SETIYANTO, TN	L	I-4-20-II	5655200	4695740	959460	3406250	436285	588217	264988
574339	EDY WIBOWO, TN	L	I-4-10-II	8410800	10716179	-2305379	6509625	1176585	2095876	934093
582263	ISTIQOMAH, NY	P	I-4-10-II	8410800	4905559	3505241	2890250	771406	1028523	215380
591417	ABDUL AZIZ, TN	L	I-4-10-II	8410800	14933740	-6522940	7167750	921296	6200328	644366
570628	RUDDY SOEWANTO, TN	L	I-4-10-II	8410800	8737005	-326205	5547625	545755	1789851	853774
482416	ADHITYA WISNU MURTIE, TN	L	I-4-10-II	8410800	5623911	2786889	3198625	946128	1114826	364332
584515	RONI OSKANDAR, TN	L	I-4-10-II	11551000	13748996	-2197996	7104250	806248	5263972	574526
574493	SOLIKHIN, TN	L	I-4-10-II	8410800	8786711	-375911	6360500	742090	1113496	570625
581952	PURWANTO, TN	L	I-4-10-II	8410800	7084602	1326198	4676250	808767	1098633	500952
				87392200	84068872	3323328	50349000	7922835	20535241	5261796

F. KELAS 2 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacb	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
558462	SOLEKHAN, TN	L	I-4-20-III	8202000	3291550	4910450	2618000	494906	89290	89354
461687	SITI FATONAH, NY	P	I-4-10-III	12118800	8218080	3900720	5901750	919218	1087211	309901
483312	TUGIMAN, TN	L	I-4-10-III	12118800	7227214	4891586	4484250	707256	1572210	463498
				32439600	18736844	13702756	13004000	2121380	2748711	862753

G. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN RINGAN

NORM	NAMAPASIEAN	KLM	Inacbg	PAKET_CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
578712	HASAN HAMBALI, TN	L	I-4-10-I	7065400	8669381	-1603981	2628375	858210	4883708	299088
581523	DARSO, TN	L	I-4-10-I	3925200	6320489	-2395289	3944750	775743	1165179	434817
575699	HOO DJIANG LIEK, TN	L	I-4-10-I	3925200	5293617	-1368417	3324625	671613	1007546	289833
584650	DARYANTO, TN	L	I-4-10-I	3925200	4760313	-835113	3030500	713300	786939	229574
459727	IMANUEL HANDOKO, TN	L	I-4-10-I	3925200	5560501	-1635301	3164125	978300	1095939	322137
580940	AGUS BUDIANTO, TN	L	I-4-10-I	3925200	7791968	-3866768	4910000	771370	1363698	746900
578190	GIMIN, TN	L	I-4-10-I	3925200	4335826	-410626	2233750	607426	1120024	374626
567412	WIGNYO PAINO, TN	L	I-4-10-I	3925200	4577962	-652762	2322625	651166	1392165	212006
587578	PURWADI, TN	L	I-4-10-I	7065400	12069451	-5004051	5497750	796971	5019256	755474
575639	MARYONO, TN	L	I-4-10-I	3925200	5248445	-1323245	3069625	792640	1078302	307878
577026	PONIDI, TN	L	I-4-10-I	3925200	3312678	612522	1525625	634535	964111	188407
573827	GIMAN, TN	L	I-4-10-I	7065400	14195453	-7130053	6458000	684279	6343678	709496
573580	ARKA SUHARYADI SH, TN	L	I-4-10-I	7065400	13423741	-6358341	6460625	749551	5330516	883049
537497	MARGARETA YUDANI RAHAYU, NY	P	I-4-10-I	4710300	3220947	1489353	1541125	518378	1068854	92590
247953	MOCHAMAD SOLEH, TN	L	I-4-10-I	3925200	2904390	1020810	1621750	425714	580709	276217
061838	JAYADI, TN	L	I-4-20-I	4080200	2834140	1246060	2052000	508034	139471	134635
178853	FARIDA SISWANTI, NY	P	I-4-20-I	4080200	3060760	1019440	1856125	477855	276847	449933
422531	AGUSTININGSIH, NY	P	I-4-20-I	4080200	3078475	1001725	2051125	547664	202097	277589
050031	YOGA WIDIANTO, TN	L	I-4-20-I	4080200	2329943	1750257	1384125	227782	306603	411433
Total				112988480	-24443780	59076625	12390531	34125642	7395682	112988480

H. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN SEDANG

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbg	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
256298	MUTOHAR , TN	L	I-4-10-II	7009000	8442547	-1433547	5748875	508868	1450394	734410
123091	PARDI NUGROHO, TN	L	I-4-10-II	7009000	5435312	1573688	3258000	831610	1135063	210639
585849	PRAYOGO, TN	L	I-4-10-II	7009000	4002683	3006317	2126875	607419	1102611	165778
190913	KUBRO, TN	L	I-4-10-II	7009000	3969266	3039734	2124875	445569	1112895	285927
514773	MASERI, TN	L	I-4-10-II	7009000	4596222	2412778	2453875	787541	1031450	323356
462921	KAMSI AH, NY	P	I-4-10-II	7009000	8684162	-1675162	6047750	508967	1636939	490506
589702	JUMAIN, TN	L	I-4-10-II	7009000	7104670	-95670	4605625	861113	1231071	406861
396276	ARI SUPRIYADI, TN	L	I-4-10-II	7009000	5082471	1926529	2913250	622312	1146780	400129
145971	JUNARTI, NY	P	I-4-10-II	7009000	4636402	2372598	2550750	481776	1200581	403295
574116	DJASMI, NY	P	I-4-10-II	7009000	10934334	-3925334	7802875	833018	1398521	899920
587350	NGALIMIN, TN	L	I-4-10-II	7009000	8173526	-1164526	4034375	821458	2816849	500844
117218	WAHYU HANDAYANI, NY	P	I-4-20-II	4712600	3346116	1366484	2351125	384605	166372	444014
396276	ARI SUPRIYADI, TN	L	I-4-10-II	7009000	5082471	1926529	2913250	622312	1146780	400129
220551	MARYOTO, TN	L	I-4-20-II	4712600	2489750	2222850	1592375	377922	246747	272706
Total				81979932	11553268	50523875	8694490	16823053	5938514	81979932

I. KELAS 3 TINGKAT KEPARAHAN BERAT

NORM	NAMAPASIEN	KLM	Inacbg	PAKET CBG	TARIFRS	SELISIH	PMR	BMHP	OBAT	ALKES
579576	MARIYEM, NY	P	I-4-10-III	10099000	15373858	-5274858	10522625	1909175	1402851	1539207
581836	AGUS WIDODO, TN`	L	I-4-10-III	13239200	12013375	1225825	4748000	715263	6071349	478763
406436	HARYONO, TN	L	I-4-10-III	13239200	15058866	-1819666	4552000	791861	9147919	567086
587103	FADLI, TN	L	I-4-10-III	10099000	4913362	5185638	2935500	686619	1053561	237682
575606	DADANG SUARDI, TN	L	I-4-10-III	10099000	5740292	4358708	3478125	662614	1437998	161555
242831	MURYADI, TN	L	I-4-10-III	13239200	13280135	-40935	6722000	885064	5009043	664028
525329	ACHMAT FACHRUDIN, TN	L	I-4-10-III	10099000	6557907	3541093	4591000	615104	975503	376300
204284	BAMBANG YULIANTO.TN	L	I-4-10-III	10099000	5131768	4967232	3332375	533046	1096943	169404
579069	PARYATI, NY	P	I-4-10-III	13239200	10882191	2357009	5212375	731571	4436002	502243
559303	JULIA ASTUTININGSIH, NY	P	I-4-10-III	13239200	14268179	-1028979	6436625	742129	6346709	742716
587813	KEMINI, NY	P	I-4-10-III	10099000	19727750	-9628750	11440250	2961282	3521305	1804913
587497	SRI WAHYUNI, NY	P	I-4-20-III	6835000	2138135	4696865	1394250	263734	233594	246557
Total					125085818	8539182	65365125	11497462	40732777	7490454

Lampiran 9. Hasil Analisis Deskriptif Karakteristik Pasien

Jenis Kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Laki-laki	64	75.3	75.3	75.3
Perempuan	21	24.7	24.7	100.0
Total	85	100.0	100.0	

Umur

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 15-44 tahun	19	22.4	22.4	22.4
45-59 tahun	39	45.9	45.9	68.2
>60 tahun	27	31.8	31.8	100.0
Total	85	100.0	100.0	

Kelas Perawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kelas 1	15	17.6	17.6	17.6
kelas 2	25	29.4	29.4	47.1
kelas 3	45	52.9	52.9	100.0
Total	85	100.0	100.0	

Tingkat Keparahan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ringan	34	40.0	40.0	40.0
	sedang	34	40.0	40.0	80.0
	berat	17	20.0	20.0	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

LOS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-4 hari	15	17.6	17.6	17.6
	5-6 hari	38	44.7	44.7	62.4
	>7 hari	32	37.6	37.6	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Jumlah DS

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1 ds	27	31.8	31.8	31.8
	2 ds	29	34.1	34.1	65.9
	>2 ds	24	28.2	28.2	94.1
	tanpa ds	5	5.9	5.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Jumlah Prosedur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2 prosedur	12	14.1	14.1	14.1
	>2 prosedur	73	85.9	85.9	100.0
	Total	85	100.0	100.0	

Lampiran 10. Lampiran Hasil Analisis *One Sample T-Test*

1. Rata-rata biaya Riil dan tarif INA CBGs

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
PAKET	85	7519256.47	2976432.190	322839.399
RIIL	85	7911452.62	5379654.791	583505.488

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
PAKET	23.291	84	.000	7519256.471	6877254.92	8161258.02
RIIL	13.558	84	.000	7911452.624	6751087.97	9071817.28

2. Tingkat Keparahan Ringan Kelas Perawatan 1

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Riil	4	6872262.75	5033992.978	2516996.489
Paket	4	6388850.00	1501255.878	750627.939

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Riil	2.730	3	.072	6872262.750	-1137943.43	14882468.93
Paket	8.511	3	.003	6388850.000	4000016.89	8777683.11

3. Tingkat Keparahan Ringan Kelas Perawatan 2

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	11	5365745.45	1231617.227	371346.566
paket	11	7168978.91	3930691.192	1185147.987

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	14.449	10	.000	5365745.455	4538333.74	6193157.17
paket	6.049	10	.000	7168978.909	4528304.63	9809653.18

4. Tingkat Keparahan Ringan Kelas Perawatan 3

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	19	5946762.11	3668792.934	841678.823
ina_cbgs	19	4660247.37	1288632.094	295632.478

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	7.065	18	.000	5946762.105	4178460.51	7715063.70
ina_cbgs	15.764	18	.000	4660247.368	4039146.58	5281348.16

5. Tingkat Keparahan Sedang Kelas Perawatan 1

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Riil	9	9542007.33	3486754.649	1162251.550
Paket	9	10153211.11	1904374.921	634791.640

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Riil	8.210	8	.000	9542007.333	6861850.45	12222164.21
Paket	15.995	8	.000	10153211.111	8689378.96	11617043.26

6. Tingkat Keparahan Sedang Kelas Perawatan 2

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	11	7642624.73	4215811.524	1271115.001
paket	11	7944745.45	1739297.987	524418.075

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	6.013	10	.000	7642624.727	4810404.01	10474845.45
paket	15.150	10	.000	7944745.455	6776269.17	9113221.74

7. Tingkat Keparahan Sedang Kelas Perawatan 3

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	14	5855709.43	2425539.474	648252.692
ina_cbgs	14	6680942.86	833906.704	222870.941

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	9.033	13	.000	5855709.429	4455244.63	7256174.23
ina_cbgs	29.977	13	.000	6680942.857	6199459.46	7162426.25

8. Tingkat Keparahan Berat Kelas Perawatan 1

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
Riil	2	23387781.50	22030069.453	15577611.500
Paket	2	14138500.00	.000 ^a	.000

a. t cannot be computed because the standard deviation is 0.

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
Riil	1.501	1	.374	23387781.500	-174544539.52	221320102.52

9. Tingkat Keparahan Berat Kelas Perawatan 2

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	3	6245614.67	2605825.665	1504474.149
ina_cbgs	3	10813200.00	2261365.534	1305600.000

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	4.151	2	.053	6245614.667	-227615.14	12718844.47
ina_cbgs	8.282	2	.014	10813200.000	5195656.60	16430743.40

10. Tingkat Keparahan Berat Kelas Perawatan 3

One-Sample Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
riil	12	10423818.17	5411505.564	1562167.097
ina_cbgs	12	11135416.67	2068553.779	597140.041

One-Sample Test

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
riil	6.673	11	.000	10423818.167	6985511.57	13862124.76
ina_cbgs	18.648	11	.000	11135416.667	9821120.30	12449713.03

Lampiran 11. Hasil Analisis Uji Anova dan Unfariad t-test

1. Pengaruh Usia terhadap Biaya Riil

Descriptives

biaya Riil

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
15-44 tahun	19	4817366.37	2844953.754	652677.153	3446142.55	6188590.19	2119868	12069943
45-59 tahun	39	8472450.72	4025917.613	644662.755	7167399.20	9777502.24	2716561	15373858
>60 tahun	27	8885402.04	7323973.927	1409499.439	5988134.45	11782669.63	2489750	38965393
Total	85	7786604.64	5316979.087	576707.354	6639758.82	8933450.45	2119868	38965393

Test of Homogeneity of Variances

biaya Riil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
2.957	2	82	.058

Anova

biaya_Riil

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	21845475565049 6.440	2	10922737782524 8.220	4.154	.019
Within Groups	21562476395546 15.000	82	26295702921397. 742		
Total	23747023952051 11.500	84			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: biaya_Riil

LSD

(I) Umur	(J) Umur	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
15-44 tahun	45-59 tahun	-3655084.350*	1434654.369	.013	-6509068.91	-801099.79
	>60 tahun	-4068035.669*	1535545.274	.010	-7122724.38	-1013346.96
45-59 tahun	15-44 tahun	3655084.350*	1434654.369	.013	801099.79	6509068.91
	>60 tahun	-412951.319	1283808.286	.749	-2966854.97	2140952.33
>60 tahun	15-44 tahun	4068035.669*	1535545.274	.010	1013346.96	7122724.38
	45-59 tahun	412951.319	1283808.286	.749	-2140952.33	2966854.97

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

2. Pengaruh Jenis Kelamin terhadap Biaya Riil

Group Statistics

	Jenis Kelamin	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
biaya_Riil	Laki-laki	64	7645142.34	5451531.680	681441.460
	Perempuan	21	8217727.81	4986025.424	1088039.949

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
biaya_Riil	Equal variances assumed	.148	.701	-.426	83	.671	-572585.466	1343695.396	-3245141.564	2099970.633
	Equal variances not assumed			-.446	36.962	.658	-572585.466	1283819.845	-3173941.833	2028770.902

3. Pengaruh Kelas Perawatan terhadap Biaya Riil

Descriptives

biaya Riil

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
kelas 1	20	10513143.00	7671297.545	1715354.279	6922865.23	14103420.77	2906275	38965393
kelas 2	25	7266579.36	3822096.162	764419.232	5688895.61	8844263.11	2119868	14933740
kelas 3	40	6748351.25	4258967.412	673401.875	5386267.39	8110435.11	2138135	19727750
Total	85	7786604.64	5316979.087	576707.354	6639758.82	8933450.45	2119868	38965393

Test of Homogeneity of Variances

biaya_Riil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
1.258	2	82	.290

ANOVA

biaya_Riil

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	19855968994086 6.440	2	99279844970433. 220	3.741	.028
Within Groups	21761427052642 45.500	82	26538325673954. 215		
Total	23747023952051 12.000	84			

Multiple Comparisons

Dependent Variable: biaya_Riil

LSD

(I) Kelas_Perawatan	(J) Kelas_Perawatan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
kelas 1	kelas 2	3246563.640*	1545460.873	.039	172149.65	6320977.63
	kelas 3	3764791.750*	1410806.303	.009	958248.59	6571334.91
kelas 2	kelas 1	-3246563.640*	1545460.873	.039	-6320977.63	-172149.65
	kelas 3	518228.110	1313389.192	.694	-2094521.38	3130977.60
kelas 3	kelas 1	-3764791.750*	1410806.303	.009	-6571334.91	-958248.59
	kelas 2	-518228.110	1313389.192	.694	-3130977.60	2094521.38

*. The mean difference is significant at the 0.05 level.

4. Pengaruh Lama Hari Rawat terhadap Biaya Riil Rumah Sakit

Descriptives

biaya_Riil

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	19855968994086 6.440	2	99279844970433. 220	3.741	.028
Within Groups	21761427052642 45.500	82	26538325673954. 215		
Total	23747023952051 12.000	84			

5. Pengaruh Tingkat Keparahan terhadap Biaya Riil

Descriptives

biaya Riil

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
ringan	34	6451067.62	3829781.536	656802.115	5114793.67	7787341.57	2329943	14245249
sedang	34	7409613.82	3596287.195	616758.166	6154809.90	8664417.75	2119868	14933740
berat	17	11211660.29	8656579.714	2099528.972	6760857.70	15662462.89	2138135	38965393
Total	85	7786604.64	5316979.087	576707.354	6639758.82	8933450.45	2119868	38965393

Test of Homogeneity of Variances

biaya Riil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
5.122	2	82	.008

ANOVA

biaya Riil

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	26490366724312 5.060	2	13245183362156 2.530	5.148	.008
Within Groups	21097987279619 86.500	82	25729252780024. 227		
Total	23747023952051 11.500	84			

Dependent Variable: biaya_Riil

LSD

(I) Tingkat Keparahan	(J) Tingkat Keparahan	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
ringan	sedang	-958546.206	1230237.968	.438	-3405881.43	1488789.01
	berat	-4760592.676*	1506727.642	.002	-7757953.93	-1763231.42
sedang	ringan	958546.206	1230237.968	.438	-1488789.01	3405881.43
	berat	-3802046.471*	1506727.642	.014	-6799407.73	-804685.21
berat	ringan	4760592.676*	1506727.642	.002	1763231.42	7757953.93
	sedang	3802046.471*	1506727.642	.014	804685.21	6799407.73

6. Pengaruh Jumlah Diagnosis Sekunder Terhadap Biaya Riil

Descriptives

biaya Riil

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 ds	27	6119186.41	4033069.421	776164.572	4523757.28	7714615.53	2119868	14245249
2 ds	29	8568492.17	6732403.781	1250175.997	6007622.73	11129361.61	2489750	38965393
>2 ds	24	9345536.38	4487081.877	915921.753	7450807.87	11240264.88	2716561	19727750
tanpa ds	5	4772843.00	2401637.647	1074045.007	1790816.00	7754870.00	2834140	8669381
Total	85	7786604.64	5316979.087	576707.354	6639758.82	8933450.45	2119868	38965393

Test of Homogeneity of Variances

biaya Riil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
.552	3	81	.648

ANOVA

	Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	196536983290339.380	3	65512327763446.460	2.436	.071
Within Groups	2178165411914772.000	81	26890931011293.480		
Total	2374702395205111.500	84			

Multiple Comparisons

(I) Jumlah_DS	(J) Jumlah_DS	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
1 ds	2 ds	-2449305.765	1386807.085	.081	-5208616.86	310005.33
	>2 ds	-3226349.968*	1454790.661	.029	-6120927.05	-331772.89
	tanpa ds	1346343.407	2524707.233	.595	-3677032.04	6369718.86
2 ds	1 ds	2449305.765	1386807.085	.081	-310005.33	5208616.86
	>2 ds	-777044.203	1430988.799	.589	-3624263.04	2070174.64
	tanpa ds	3795649.172	2511067.439	.135	-1200587.37	8791885.71
>2 ds	1 ds	3226349.968*	1454790.661	.029	331772.89	6120927.05
	2 ds	777044.203	1430988.799	.589	-2070174.64	3624263.04
	tanpa ds	4572693.375	2549243.351	.077	-499501.26	9644888.01
atanpa ds	1 ds	-1346343.407	2524707.233	.595	-6369718.86	3677032.04
	2 ds	-3795649.172	2511067.439	.135	-8791885.71	1200587.37
	>2 ds	-4572693.375	2549243.351	.077	-9644888.01	499501.26

7. Pengaruh Prosedur Terhadap Biaya Riil

Descriptives

biaya Riil

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
2 prosedur	12	3239348.08	806169.189	232720.999	2727132.62	3751563.55	2119868	4913362
>2 prosedur	73	8534098.86	5373073.707	628870.711	7280468.01	9787729.71	2329943	38965393
Total	85	7786604.64	5316979.087	576707.354	6639758.82	8933450.45	2119868	38965393

Test of Homogeneity of Variances

biaya Riil

Levene Statistic	df1	df2	Sig.
8.698	1	83	.004

ANOVA

biaya_Riil

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	28891908208681 2.060	1	28891908208681 2.060	11.497	.001
Within Groups	20857833131183 00.000	83	25129919435160. 242		
Total	23747023952051 12.000	84			

Lampiran 12. Transkrip Hasil Wawancara

Hasil Wawancara dengan petugas klaim BPJS

Pertanyaan	Jawaban
(1)	(2)
Apakah yang dimaksud dengan <i>over cost</i> ?	<p>Informan 1 Yang dinamakan <i>over cost</i> ialah tarif grouping rumah sakit dikurangi tarif rumah sakit.</p> <p>Informan 2 Over cost ya itu mba tarif grouping dikurangi biaya dari rumah sakitnya</p>
Apakah ada selisih positif/negatif antara biaya riil rumah sakit dengan tarif INA CBGs?	<p>Informan 1 Ada, Selisih min itu bisa disebabkan karena obatnya atau mungkin karena lossnya....</p> <p>Informan 2 Ada mba, selisih min apabila tarif rumah sakit lebih banyak dari tarif groupingnya, dan sebaliknya.</p>
Apakah komponen yang paling banyak mengeluarkan biaya rumah sakit?	<p>Informan 1 Yang banyak adalah pemeriksaan... bahan medis habis pakai, terus obat, kemudian alkes Pemeriksaan itu bisa kita lihat dari ini, ekg, terus ada ronsen, kemudian ada echocard geography, ini kan mahal ni. 500 atau berapa, terus lab. labnya ini juga... ada macam-</p>

	<p>macam.</p> <p>Pemeriksaan juga bisa berupa penunjang. Penunjang bisa juga seperti ronsen, laborat, ekg apa usg, itu masuknya pemeriksaan...</p> <p>Pemeriksaan laboran yang paling mahal ini dee troponin t, untuk mengetahui gangguan jantung ada ami atau stemi itu harus dilihat troponin t.</p> <p>Troponin t nya harus positif.</p> <p>Pemeriksaanya ini ada macem-macem ini</p> <p><i>Jadi selain loss itu juga pemeriksaan ya bu yang menyebabkan biaya ?</i></p> <p>Iyya dek, jadi kan semakin banyak tindakan yang dilakukan itu juga berpotensi menambah cost, terus semakin banyak dokter yang terlibat disini, itu juga bisa jadi cost, menambah cost.</p> <p>Ini ada troponin t untuk mengetahui myocardial infark. Kalo gak salah tuh troponin t itu mahal, ami, stemi itu sama. Terus ini juga ada echo kardial graphy juga mahal. Ronsen juga lumayan berapa ratus.</p> <p><i>Kalau kaya kelas perawatan itu mempengaruhi tidak bu?</i></p> <p>Iyya jelas mempengaruhi. Ini tadi dikelas 3. Kalo itu kondisi dikelas 2</p>
--	---

	<p>itu tentunya berpengaruh terhadap costnya, kenaikan itu setiap kelas 30%. Kira-kira rata-rata 30%. ... (78.0 hiperlipid)</p> <p><i>Kalau tindakan berpengaruh tidak bu?</i></p> <p>Kalau tindakan tidak terlalu berpengaruh, kaya tindakan kecil-kecil itu tidak berpengaruh. Tapi kalo tindakan yang besar berpengaruh, contohnya operasi. Jadi yang berpengaruh tadi yang pertama los, yang kedua jatah kelas, no tiga tingkat keparahan. Tingkat keparahan itu mempengaruhi keparahannya, kalau dia keparahannya tinggi yang diperiksa banyak. Tingkat keparahan berarti mempengaruhi.</p> <p>Informan 2 Ya bisa dilihat disini mba, biaya yang paling banyak itu dari biaya pemeriksaan</p>
<p>Apakah dalam perhitungan tarif rumah sakit sudah menggunakan bantuan <i>software</i>?</p>	<p>Informan 1 Iyya sudah mbak..</p> <p>Informan 2 Sudah</p>
<p>Apakah rumah sakit telah memiliki <i>clinical pathway</i> untuk menentukan</p>	<p>Informan 1 Clinical pathway di tugu belum</p>

<p>diagnosis dan tindakan dari pasien BPJS?</p>	<p>sepenuhnya dikasih. Hanya beberapa kasus-kasus tertentu saja</p> <p>Informan 2 Sudah memiliki, tapi belum menyeluruh</p>
<p>Apa upaya yang dilakukan rumah sakit untuk menutupi selisih dari biaya riil?</p>	<p>Kalau yang dinamakan BPJS itu adalah subsidi silang, jadi kalau misalkan disini ada <i>over cost</i>, yang satunya malah ya surplus itu akan menutup biaya yang <i>over cost</i>. Nah kalo untuk mengatasinya itu mungkin efisiensi. Dilakukan efisiensi meliputi semuanya tadi. mungkin efisiensi obat, efisiensi pemeriksaan. Misalnya pada pasien jantung, ya udah yang ditangani jantungnya aja, kalo itu harus dilakukan pemeriksaan apakonsultasi bjpg raker ya itu harus dilakukan. Jadi fokus pada pemeriksaanya. Mungkin loss nya juga diturunkan. Dari semua item tadi diturunkan. Misalkan itu tadi karena lossnya tinggi jadi losnya harus diturunkan. Obat-obatan yang sekiranya gak diperlukan dipake jangan terlalu boros. Semua dari faktor-faktor tadi bisa diturunkan. Tingkat keparahan yaa tidak bisa diturunkan, karena memang sudah</p>

	parahnya gitu. Memang pada saat itu kita over cost, tapi pada saat lain kita surplus.
--	---

Pertanyaan	Jawaban
(1)	(2)
Apakah rumah sakit sudah menerakan clinical pathway dalam penentuan diagnosis dan tindakan?	<p>Informan 3</p> <p>Sudah mbak.</p> <p><i>Untuk penyakit jantung sendiri apakah sudah menggunakan CP?</i></p> <p>Kalo untuk penyakit jantung belum menggunakan, soalnya baru beberapa saja yang menggunakan.</p> <p>Informan 4</p> <p>Iyya sudah</p> <p><i>Untuk penyakit jantung sendiri apakah sudah menggunakan CP</i></p> <p>Seperinya belum mbak..</p>
Apa <i>clinical pathway</i> itu penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit atau tidak?	<p>Informan 3</p> <p>Pentingnya itu sebagai panduan kita dalam menjalankan tugas terutama bagi medis ya, dokternya biasa kita harus aa panduan untuk memberikan pelayanan terkait dengan apa-apa persiapan yang perlu dilakukan</p>

	<p>terhadap kasus-kasus atau diagnosis tertentu</p> <p>Informan 4</p> <p>Sangat sangat penting untuk saya karena itu melalui standar prosedur operation dimana kalau semua sudah sesuai dengan SPO atau clinical pathway diharapkn klien-klien kita akan mendapatkan pelayanan yang lebih baik, kemudian tentunya murah karena sudah dibuat sedemikian rupa sehingga eee dan sesuai dengan program artinya dalam dua tiga hari klien sudah bisa pulang khususnya clinical pathway</p>
<p>Siapa saja yang dapat membuat CP dan siapa yang dapat menggunakan CP?</p>	<p>Informan 3</p> <p>Dokter penanggung jawab bagian</p> <p>Informan 4</p> <p>Dokter DPJB lah, sama kita biasanya sama kita kolaboratif antara dokter sama perawat</p>

<p>Apa ada hambatan/kendala yang ditemukan pada saat pelaksanaan <i>clinical pathway</i>?</p>	<p>Informan 3</p> <p>ada permasalahannya antara lain itu belum ada yang, ya ini clinical pathway itu belum ada yang ngawal terus gitu, belum ada jadi kepala ruang pun belum begitu peduli dengan ini ya karena mungkin juga karena kesibukkan tapi nanti akan kita bentuk case manager ini lah yang nanti akan memantau terus eee apa berjalannya implementasi dari clinical pathway, rencananya seperti itu karena ini hasil branch mark dari eee beberapa hasil di rumahsakit kemaren dan hasil evaluasi akreditasi. ternyata ada panduan khusus dari case manager itu</p> <p>Informan 4</p> <p>lupa sebenarnya hambatannya harusnya lupa kalo hambatan secara pasti tidak ada artinya sesuatu tu sebenarnya mudah untuk</p>
---	---

	<p>dilaksanakan dan sudah difasilitasi oleh rumah sakit jadi kadang kadang hambatan hanya lupa saja karena kalo klien pastinyaterlalu banyak dan sebagainya</p>
--	---

Lampiran 13. Dokumentasi Penelitian



Wawancara dengan responden bagian rekam medis



Wawancara dengan responden bagian klaim Asuransi