

ANALISIS KESESUAIAN BIAYA RILL TERHADAP TARIF INA-CBGs PADA PENGOBATAN GAGAL JANTUNG KONGESTIF PASIEN JKN RAWAT INAP RSUD DR. SOEHADI PRIJONEGORO SRAGEN TAHUN 2015

Milda Rianty Lakoan¹, Tri Murti Andayani², Chairun W²

¹Jurusan Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi

²Jurusan Farmasi, Fakultas Farmasi, Universitas Gajah Mada

Jln. Letjen Sutoyo-Mojosongo Surakarta-57127 Telp. 0271-852518

E-mail : mildariantylakoan@yahoo.co.id

ABSTRAK

Gagal jantung kongestif merupakan salah satu penyakit katastropik yang menyebabkan banyak kematian dan perawatannya memerlukan biaya yang cukup tinggi. Gagal jantung kongestif pembiayaannya diatur dalam tarif INA-CBGs. Tujuan penelitian ini mengetahui kesesuaian biaya riil dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015.

Penelitian ini merupakan penelitian observasi, data diambil secara retrospektif dari berkas klaim JKN gagal jantung kongestif tahun 2015 di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Data dianalisis untuk melihat pola pengobatan pasien selama menjalani rawat inap, uji *one sample t-test* untuk mencari selisih biaya riil dengan tarif paket INA-CBGs dan uji korelasi bivariat untuk melihat faktor yang berhubungan dengan biaya riil.

Hasil penelitian menunjukkan pola pengobatan pasien gagal jantung kongestif yang paling banyak digunakan adalah Furosemid (97%), Spironolakton (95%), Captopril (72%), ISDN (39%), Digoksin (26%), dan Amlodipin (26%). Analisis biaya riil dengan tarif paket INA-CBGs terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap JKN gagal jantung kongestif pada tingkat keparahan I/II/III dan kelas perawatan 1/2/3, perbedaan ini menunjukkan selisih yang positif, dimana total biaya riil lebih rendah dibanding tarif INA-CBGs. Faktor yang berhubungan dengan biaya riil pengobatan gagal jantung kongestif adalah LOS, diagnosis sekunder, prosedur, tingkat keparahan, dan kelas perawatan.

Kata Kunci: INA-CBGs, Gagal Jantung Kongestif, Biaya Riil.

PENDAHULUAN

Jantung merupakan organ yang terpenting dalam sirkulasi darah. Jantung bekerja memompa darah keseluruh tubuh untuk memenuhi kebutuhan metabolisme tubuh setiap saat, baik saat istirahat maupun bekerja. Sebagian besar manusia akan mengalami serangan jantung terlebih dahulu, dan kemudian menderita gagal jantung (Sitompul & Sugeng, 2004).

Menurut *World Health Organization* (WHO) tahun 2012 penyakit jantung merupakan penyebab kematian manusia nomor satu di negara maju dan berkembang dengan persentase data sekitar 30% atau sekitar 17 juta kasus dari seluruh kematian di dunia. Mengingat jumlah kasus dan kematian akibat penyakit jantung cukup tinggi, maka penanganan terhadap kasus ini hendaknya dilaksanakan sesuai dengan

ilmu kedokteran terkini dan diselenggarakan secara aman, berkualitas serta mengedepankan keselamatan pasien. Oleh karena itu, peningkatan kemampuan tenaga kesehatan harus dilaksanakan secara terus-menerus dan berkesinambungan.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) tahun 2007, prevalensi penyakit jantung di masyarakat semakin meningkat, penyakit jantung menjadi salah satu penyebab utama kematian di Indonesia. Prevalensi secara nasional mencapai 7,2%. Kematian akibat penyakit jantung, hipertensi dan stroke mencapai 31,9%, sedangkan angka kematian karena penyakit kardiovaskuler di rumah sakit yaitu sekitar 6-12%. Sementara itu, data RISKESDAS tahun 2013 menunjukkan prevalensi penyakit jantung koroner dan gagal jantung terlihat meningkat seiring

peningkatan umur. Menurut menteri kesehatan angka kejadian tersebut sangat mungkin akan terus meningkat setiap tahunnya, karena tingginya faktor resiko yang mempengaruhi, antara lain: perubahan gaya hidup, pola makan, kurangnya olahraga, merokok, stress, hipertensi, diabetes, dislipidemia, dan faktor lingkungan atau polusi yang membahayakan kesehatan, serta rendahnya kondisi sosioekonomi masyarakat.

Penyakit gagal jantung kongestif menyebabkan ketidakmampuan jantung untuk memompa darah yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan jaringan akan oksigen dan nutrisi. Gagal jantung kongestif mempunyai prevalensi yang cukup tinggi pada lansia dengan prognosis yang buruk. Gagal jantung jarang terjadi pada usia dibawah 45 tahun, tapi lebih sering terjadi pada usia 75-84 tahun (Soemantri, 2012). Gagal jantung kongestif merupakan salah satu penyakit katastrofik yang menyebabkan banyak kematian dan perawatannya memerlukan biaya yang cukup tinggi. Selain itu, penggunaan obat yang tidak sesuai dengan protokol formularium nasional dapat menyebabkan biaya terapi menjadi meningkat sehingga berdampak pada total biaya pengobatan pasien di rumah sakit.

Berdasarkan penelitian dari Purnomo (2015) pola pengobatan pasien gagal jantung rawat inap di RSUD dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri periode September 2014-Februari 2015 pada 3 kelas perawatan dan 3 tingkat keparahan pemakaian obat yang persentasenya paling banyak adalah injeksi furosemide dan tablet digoxin. Pada kelas 3 pemakaiannya sebesar 19,18%; pada kelas 2 sebesar 33,33%; dan pada kelas 1 sebesar 41,67%.

Penelitian lain dari Arini (2015) juga menunjukkan pola penggunaan obat pada pasien gagal jantung secara umum meliputi jenis obat yang digunakan, dosis, rute, frekuensi pemberian dan untuk mengidentifikasi permasalahan terkait obat *Drug Related Problems*. Data pengamatan yang didapatkan bahwa diuretik merupakan obat yang paling banyak digunakan pada terapi pasien gagal jantung untuk mengatasi retensi cairan dengan jenis yang paling banyak diresepkan adalah furosemid pada 30 pasien (96,77%), kemudian diikuti oleh

spironolakton pada 22 pasien (70,97%). Sedangkan *Angiotensin Converting Enzyme Inhibitor* (ACEI) pada 22 pasien (70,97%), *Angiotensin Receptor Blocker* (ARB) pada 3 pasien (9,68%), dan β -bloker yaitu bisoprolol pada 12 pasien (38,71%).

Beragam *guideline* pengobatan gagal jantung kongestif menyebabkan beragam pula jumlah biaya yang harus dibayar oleh pasien atau pihak asuransi. Bila penanganan atau pemilihan obat tidak tepat maka dapat menyebabkan faktor lain yang juga berpengaruh terhadap biaya pengobatan seperti: lama perawatan di rumah sakit menjadi lebih lama atau mungkin juga dapat menyebabkan komplikasi penyakit yang timbul selama perawatan, yang akhirnya dapat meningkatkan biaya pengobatan. Besarnya biaya pengobatan gagal jantung kongestif selain dipengaruhi oleh jenis terapi obat yang digunakan juga dipengaruhi oleh jenis tindakan medis, tindakan medis yang cepat dan tepat dan dilakukan sesuai dengan *clinical pathway* dapat mempengaruhi biaya pengobatan pasien. Dengan implementasi *clinical pathway*, pasien mendapat pelayanan yang dibutuhkan sesuai kondisinya sehingga biaya yang dikeluarkan dapat sesuai dengan perawatan yang diterima, penanganan yang tidak tepat akan memakan waktu yang lama untuk mencapai kesembuhan dan akan berdampak pada tingginya biaya yang harus dikeluarkan.

Berdasarkan penelitian Naja (2015) faktor LOS (*length of stay*) berpengaruh terhadap biaya riil pasien gagal jantung, karena semakin lama LOS maka akan semakin banyak prosedur/tindakan medik yang dilakukan dan semakin banyak pula penggunaan obat-obatan untuk menanggulangi penyakit, sehingga berdampak dengan bertambahnya biaya akomodasi dan biaya pemeriksaan penunjang sehingga secara keseluruhan akan mempengaruhi total biaya riil.

Penelitian Sari (2014) juga menyimpulkan bahwa faktor yang berpengaruh terhadap biaya riil pengobatan pasien gagal jantung adalah diagnosa sekunder, prosedur, LOS, umur, dan jenis kelamin. Perbedaan ini terjadi karena adanya perbedaan jumlah episode perawatan pasien setiap tingkat keparahan.

Semua episode perawatan tersebut sangat bervariasi satu dengan yang lain.

Pembiayaan kesehatan yang dilakukan oleh Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS) baik dengan sistem prospektif maupun sistem retrospektif, pengendalian biaya dan mutu merupakan hal yang sangat penting dalam menjaga stabilitasnya program, namun pada kenyataannya masih ada biaya yang ditanggung oleh pasien maupun rumah sakit di luar dari cakupan program jaminan. Oleh karena itu, pemerintah di Indonesia menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS), sebagai upaya memberikan perlindungan kesehatan kepada peserta untuk memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Implementasi JKN telah dimulai sejak 1 Januari 2014 dan diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan (Depkes, 2014). Dalam implementasi JKN diatur pola pembayaran kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan adalah dengan INA-CBGs sesuai dengan Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013.

Tarif *Indonesia Case Based Groups* (INA-CBGs) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur. Tarif rawat jalan dan rawat inap di rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS diberlakukan tarif INA-CBGs berdasarkan kelas rumah sakit. Gagal jantung kongestif merupakan salah satu penyakit katastropik yang pembiayaannya diatur dalam tarif INA-CBGs. Adapun kode INA-CBGs untuk gagal jantung kongestif rawat inap adalah I-4-12 (Depkes, 2014).

Menurut Permenkes Nomor 27 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs, RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen termasuk rumah sakit tipe B dan masuk regional 1 yang mana merupakan salah satu rumah sakit di propinsi Jawa Tengah yang telah menggunakan sistem pembayaran INA-CBGs sejak diberlakukan Januari 2014. Berdasarkan profil, RSUD ini menjadi rumah sakit pilihan dan telah memiliki pasien dari berbagai daerah

sekitar. Selain itu, belum pernah dilakukan penelitian sejenis di rumah sakit ini karena sampel yang digunakan dalam penelitian adalah pasien JKN yang merupakan program baru dari pemerintah Indonesia di tahun 2014, oleh karena itu peneliti tertarik untuk mengetahui pola pengobatan rumah sakit dan menganalisis model sistem INA-CBGs pada pasien JKN rawat inap penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen serta mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi biaya rill.

Permasalahan yang dikaji dalam penelitian ini antara lain (1) Bagaimana pola pengobatan pada pasien gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015?; (2) Apakah terdapat perbedaan antara biaya rill dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015?; dan (3) Apakah faktor pasien: umur, jenis kelamin, LOS (*Length of Stay*), diagnosis sekunder, prosedur, tingkat keparahan berdasarkan kelas INA CBGs, dan kelas perawatan berhubungan dengan biaya rill pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015?

Sedangkan tujuan penelitian ini adalah (1) Untuk mengetahui pola pengobatan penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015; (2) Untuk mengetahui kesesuaian biaya rill dengan tarif INA-CBGs, dengan melihat perbedaan biaya rill dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015; dan (3) Untuk mengetahui faktor pasien: umur, jenis kelamin, LOS (*Length of Stay*), diagnosis sekunder, prosedur, tingkat keparahan berdasarkan kelas INA CBGs, dan kelas perawatan berhubungan dengan biaya rill pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilakukan dengan cara observasi. Data yang diambil secara retrospektif dari rekam medik pasien rawat inap gagal jantung kongestif dan data pengobatan pasien di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015. Penelitian

ini bersifat kuantitatif komparatif, yaitu penelitian yang bertujuan untuk membandingkan besarnya biaya rill dengan tarif INA-CBGs pasien rawat inap peserta BPJS gagal jantung kongestif.

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015 yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

Sampel dalam penelitian ini meliputi 2 kriteria yaitu: (1) kriteria inklusi meliputi: berkas klaim pasien BPJS rawat inap gagal jantung kongestif berdasarkan kelas 1, 2, dan 3 dengan kode INA-CBGs I-4-12-I, I-4-12-II, I-4-12-III dengan atau tanpa penyakit penyerta. (2) kriteria eksklusi meliputi: pasien gagal jantung kongestif yang memiliki data rekam medik yang tidak lengkap dan pasien meninggal dunia.

Alat yang digunakan dalam penelitian ini adalah Form observasi data pasien, Form rincian biaya pasien yang dirancang sesuai dengan kebutuhan penelitian, alat tulis untuk pencatatan dan alat hitung.

Bahan yang digunakan adalah seluruh berkas klaim pelayanan rawat inap pasien gagal jantung dengan kongestif dengan kode INA-CBGs I-4-12-I, I-4-12-II dan I-4-12-III, dan rekam medik (*medical record*) pasien JKN rawat inap di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015. Data yang dicatat dalam Lembar Pengumpulan Data (LPD) yang terdiri dari Form observasi data

pasien dan Form rincian biaya. Form observasi data pasien meliputi: nomor rekam medik, identitas pasien (nama, umur dan jenis kelamin), diagnosis Masuk Rumah Sakit/MRS (diagnosis utama, diagnosis sekunder, prosedur, data laboratorium, kelas perawatan, tingkat keparahan, tanggal MRS, tanggal Keluar Rumah Sakit (KRS), kondisi pada saat pasien keluar rumah sakit) serta terapi obat yang digunakan pasien selama di rumah sakit. Form rincian biaya pasien meliputi: seluruh biaya pengobatan pasien selama berada di rumah sakit.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik Demografi Pasien

Dari hasil penelitian diperoleh pasien yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 100 pasien yang menunjukkan distribusi jenis kelamin laki-laki 56% dan perempuan 44%.

Hasil penelitian juga menunjukkan bahwa dari seluruh pasien yang memenuhi kriteria inklusi distribusi umur > 65 tahun lebih besar daripada < 65 tahun pada penderita gagal jantung kongestif

Karakteristik Episode Perawatan Pasien

Karakteristik Perawatan gagal jantung kongestif berdasarkan kelas perawatan, tingkat keparahan, diagnosis sekunder, dan prosedur yang dialami pasien dapat dilihat dalam tabel 1.

Tabel 1. Karakteristik episode perawatan pasien dengan Kode INA-CBGs I-4-12-I/II/III RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015

Karakteristik	Kelompok	Jumlah	Persentase (%)
Kelas Perawatan	Kelas 1	23	23
	Kelas 2	13	13
	Kelas 3	64	64
	Total	100	100
Tingkat Keparahan	I-4-12-I	60	60
	I-4-12-II	21	21
	I-4-12-III	19	19
	Total	100	100
Jumlah Diagnosa Sekunder	Tanpa Diagnosa Sekunder	43	43
	1 Diagnosa Sekunder	42	42
	>1 Diagnosa Sekunder	15	15
	Total	100	100
Prosedur	Tanpa Prosedur	45	45
	1 Prosedur	21	21

2 Prosedur	25	25
>2 Prosedur	9	9
Total	100	100

Distribusi Kelas Perawatan

Kelas perawatan pasien gagal jantung kongestif dibagi menjadi 3 kelas perawatan yaitu kelas 1, kelas 2, dan kelas 3. Distribusi kelas perawatan pada tabel 1 menunjukkan bahwa insidensi gagal jantung terbanyak yang menjalani perawatan di kelas 3, hal ini disebabkan karena pasien di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen sebagian besar merupakan pasien BPJS ASKES Wajib dan BPJS Umum.

Distribusi Tingkat Keparahan

Berdasarkan tabel 1 diketahui pasien dengan tingkat keparahan I lebih banyak dibandingkan dengan tingkat keparahan II dan III, hal tersebut dikarenakan RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen merupakan rumah sakit rujukan dari puskesmas di seluruh kabupaten sragen, oleh karena itu pasien yang datang ke rumah sakit populasinya sangat banyak dengan tingkat keparahan ringan, untuk pasien gagal jantung kongestif dengan tingkat keparahan sedang dan berat yang tidak mampu ditangani langsung akan diberikan rujukan ke rumah sakit tingkat lanjutan yang memiliki pelayanan lebih terpadu.

Distribusi Diagnosa Sekunder

Bila dilihat dari karakteristik diagnosis sekunder, jumlah yang paling banyak dialami pasien yakni tanpa diagnosis sekunder, hal ini karena distribusi pasien di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen lebih banyak pada tingkat keparahan ringan, dimana pasien dengan tingkat keparahan ringan tidak memiliki penyakit penyerta. Umumnya pasien gagal jantung disertai dengan bermacam-macam diagnosis sekunder yang memegang peranan penting dalam progresivitas penyakit dan respon terhadap terapi, jenis diagnosis sekunder dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis karena banyaknya variasi jenis penyakit penyerta yang dialami pasien gagal jantung.

Tabel 2. Lima jenis diagnosa sekunder yang banyak dialami pasien

Diagnosa sekunder	Diagnose sekunder (n=100)	Persentase (%)
J81	12	12
J449	6	6
1259	6	6
I64	5	5
D649	5	5

J81 (*Pulmonary edema*); J449 (*Disease, diseased airway, obstructive, chronic*); 1259 (*Chronic ischemic heart disease, unspecified*); I64 (*Stroke non hemorrhagic*); D649 (*Anemia*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa jenis diagnosis sekunder yang sering dijumpai pada pasien gagal jantung adalah *Pulmonary edema* (12%), *Disease, diseased airway, obstructive, chronic* (6%), *Chronic ischemic heart disease, unspecified* (6%), *Stroke non hemorrhagic* (5%), dan *Anemia* (5%).

Distribusi Prosedur/Tindakan

Bila dilihat dari jumlah prosedur/tindakan yang banyak dialami pasien adalah lebih dari 2 prosedur. Umumnya pasien gagal jantung disertai dengan bermacam-macam prosedur yang memegang peranan penting dalam progresivitas penyakit dan respon terhadap terapi. Berdasarkan penelitian, jenis prosedur dapat dikelompokkan menjadi beberapa jenis karena banyaknya variasi prosedur/tindakan yang dialami pasien gagal jantung.

Tabel 3. Lima jenis prosedur/tindakan yang banyak dialami pasien

Prosedur	Diagnosa sekunder (n=100)	Persentase (%)
8952	43	43
8872	22	22
9059	15	15
9903	6	6
8744	3	3

8952 (*Electrocardiogram (EKG)*; 8872 (*Ultrasonography heart*); 9059 (*Other microscopic examination of blood*); 9903 (*Other transfusion of whole blood*); 8744 (*Chest (routine)*)

Hasil penelitian menunjukkan bahwa prosedur/tindakan yang sering dijumpai pada pasien gagal jantung adalah *Electrocardiogram (ECG)* (43%), dalam penatalaksanaan gagal jantung sangat diperlukan melakukan monitoring ECG, karena pemeriksaan ECG berfungsi untuk menilai irama jantung, menentukan keberadaan hipertrofi ventrikel kiri atau riwayat infark miokard (ada tidaknya Q wave).

Distribusi LOS (*Length of Stay*)/Lama rawat inap di rumah sakit

LOS (*Length of Stay*) dalam penelitian ini merupakan jumlah hari perawatan dalam

diagnosis sekunder yang menyertai diagnosis utama seperti udema paru, PPOK, penyakit jantung iskemik, stroke non hemoragik, dan anemia.

Pola Pengobatan Pasien Gagal Jantung Kongestif

Berdasarkan penelitian obat yang paling sering digunakan dalam pengobatan gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah Furosemid, Spirironolakton, Captopril, ISDN, Digoksin, dan Amlodipin, obat-obat ini masuk dalam Formularium Nasional kelas terapi Kardiovaskuler.

Komponen Biaya Rawat Inap Pasien Gagal Jantung

Berdasarkan penelitian diketahui jenis komponen biaya yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan pasien gagal jantung, biaya rawat inap,

Tabel 4. Selisih antara rata-rata biaya riil berdasarkan tingkat keparahan I/II/III kelas 1/3 RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015 dengan tarif INA-CBGs.

Tingkat Keparahan	Kelas Perawatan	Kategori	Rerata (Rp)	Selisih (Rp)	
I-4-12-I	Kelas 1	Biaya Riil	3.315.185	2.069.515	
		Biaya INA-CBGs	5.384.700		
	Kelas 2	Biaya Riil	3.111.950	1.503.250	
		Biaya INA-CBGs	4.615.200		
	Kelas 3	Biaya Riil	2.021.778	2.465.322	
		Biaya INA-CBGs	4.487.100		
I-4-12-II	Kelas 1	Biaya Riil	4.190.704	5.035.596	
		Biaya INA-CBGs	9.226.300		
	Kelas 3	Biaya Riil	3.459.774	4.228.526	
		Biaya INA-CBGs	7.688.300		
	I-4-12-III	Kelas 1	Biaya Riil	4.860.108	6.252.992
			Biaya INA-CBGs	11.113.100	
Kelas 2		Biaya Riil	3.940.857	5.584.143	
		Biaya INA-CBGs	9.525.000		
Kelas 3		Biaya Riil	3.640.918	5.619.582	
		Biaya INA-CBGs	9.260.500		

satu periode rawat inap pada pasien gagal jantung. Variasi kelompok distribusi LOS dalam penelitian ini dibagi menurut tingkat keparahan dan kelas perawatan berdasarkan episode perawatan pasien.

Hasil penelitian menunjukkan LOS (*Length of Stay*) rata-rata berada di atas 7 hari, hal ini dikarenakan rata-rata pasien yang menjalani perawatan adalah pasien dengan usia lanjut serta banyaknya

biaya tindakan medis, biaya penunjang, dan biaya pengobatan.

Kesesuaian Biaya Riil dengan Tarif INA-CBGs

Tabel 4 menggambarkan selisih antara rata-rata biaya riil pada masing-masing tingkat keparahan dan kelas perawatan di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen dengan tarif INA-CBGs pasien rawat inap

JKN gagal jantung kongestif tahun 2015. Besarnya selisih biaya diperoleh dari pengurangan tarif INA-CBGs dengan total biaya riil pasien. Selisih dari total tarif INA-CBGs dan total biaya riil digambarkan pada tabel 4.

Berdasarkan hasil yang diperoleh pada tabel 4 menunjukkan bahwa terdapat selisih antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs, adapun selisih yang diperoleh pada setiap tingkat keparahan I, II, dan III, dengan kelas perawatan 1 dan 3 adalah bernilai positif, dimana tarif INA-CBGs lebih besar dari pada biaya riil.

Faktor yang Mempengaruhi Biaya Riil

Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya riil meliputi umur, jenis kelamin, LOS (*Length of Stay*), diagnosa sekunder, tingkat keparahan, dan kelas perawatan. Hubungan antar faktor yang mempengaruhi biaya riil pasien rawat inap gagal jantung kongestif menggunakan analisis bivariat. Hasil analisis korelasi bivariat (*Bivariate correlation*) digunakan untuk mengetahui keeratan hubungan antara dua variabel dan untuk mengetahui arah hubungan yang terjadi. Koefisien korelasi bivariat menunjukkan seberapa besar hubungan yang terjadi antara dua variabel. Analisis korelasi bivariat terhadap faktor yang berhubungan dengan biaya riil dapat dilihat pada tabel 5.

Tabel 5. Hasil analisis korelasi Bivariat faktor yang mempengaruhi biaya riil pengobatan pasien

Faktor	n	p
Umur		0,268
Jenis Kelamin		0,899
LOS (<i>Length of Stay</i>)		0,000
Diagnosa Sekunder	100	0,000
Prosedur		0,030
Tingkat Keparahan		0,000
Kelas Perawatan		0,001

Keterangan : p (signifikansi)

Berdasarkan tabel 5 diketahui faktor yang mempengaruhi biaya riil adalah LOS (*Length of stay*) ($p=0,000$), diagnosa sekunder ($p=0,000$), prosedur ($p=0,030$), tingkat keparahan ($p=0,000$) dan kelas perawatan ($p=0,001$), karena memiliki nilai $p<0,05$, yang artinya ada korelasi bermakna

antara faktor LOS, diagnosa sekunder, prosedur, tingkat keparahan dan kelas perawatan terhadap biaya riil. Faktor yang tidak mempengaruhi biaya riil adalah umur ($p=0,268$) dan jenis kelamin ($p=0,899$) memiliki nilai $p>0,05$, yang artinya usia dan jenis kelamin tidak berkorelasi secara signifikan terhadap biaya riil.

Faktor pertama yang berpengaruh terhadap biaya riil adalah LOS (*Length of Stay*), karena semakin lama LOS maka akan semakin banyak prosedur/tindakan medik yang dilakukan, semakin banyak obat-obatan yang dibutuhkan untuk menanggulangi penyakit sehingga meningkatkan biaya pemeriksaan penunjang, biaya obat, dan biaya akomodasi oleh karena itu secara keseluruhan akan mempengaruhi total biaya riil. Faktor kedua yang berpengaruh terhadap biaya riil adalah diagnosa sekunder, karena semakin banyak diagnosa sekunder yang diderita pasien maka akan memperlambat kesembuhan pasien, LOS pasien menjadi lebih lama, pemeriksaan penunjang bertambah, serta biaya pengobatan yang semakin meningkat, sehingga meningkatkan biaya riil. Faktor ketiga yang berpengaruh terhadap biaya riil adalah prosedur, karena semakin banyak prosedur yang dilakukan, maka akan semakin meningkatkan biaya pemeriksaan penunjang, sehingga berpengaruh terhadap total biaya riil.

Tingkat keparahan juga sangat mempengaruhi biaya riil, hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat keparahan pasien, maka akan semakin tinggi biaya riil pasien, hal ini terkait dengan proses kesembuhan pasien yang memerlukan waktu yang cukup lama untuk berada di rumah sakit, sedangkan untuk kelas perawatan berkebalikan dengan tingkat keparahan, semakin rendah kelas perawatan pasien maka biaya riil akan semakin tinggi, hal ini dikarenakan setiap kelas perawatan memiliki tarif yang khusus karena disesuaikan dengan fasilitas dan tindakan yang diterima oleh pasien.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian tentang analisis biaya riil pengobatan penyakit gagal jantung kongestif dengan penetapan INA-CBGs terhadap pelaksanaan JKN di RSUD

dr. Soehadi Prijonegoro Sragen maka dapat ditarik kesimpulan bahwa:

1. Pola pengobatan pasien rawat inap JKN gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen tahun 2015 yang paling banyak digunakan adalah Furosemid (97%), Spironolakton (95%), Captopril (72%), ISDN (39%), Digoksin (26%), dan Amlodipin (26%).
2. Terdapat perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap JKN gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen, yaitu pada tingkat keparahan I, kelas 1 sebesar Rp.2.069.515,-, kelas 2 sebesar Rp.1.503.250,-, kelas 3 sebesar Rp.2.465.322,-, tingkat keparahan II, kelas 1 sebesar Rp.5.035.596,-, kelas 3 sebesar Rp.4.228.526,-, dan tingkat keparahan III, kelas 1 sebesar Rp.6.252.992,-, kelas 2 sebesar Rp.5.584.143,-, kelas 3 sebesar Rp.5.619.582,-. Perbedaan ini menunjukkan selisih yang positif, dimana total biaya riil lebih rendah dibanding tarif INA-CBGs.
3. Faktor yang berhubungan dengan biaya riil pada pasien rawat inap JKN gagal jantung kongestif di RSUD dr. Soehadi Prijonegoro Sragen adalah LOS, diagnosa sekunder, prosedur, tingkat keparahan dan kelas perawatan. Semakin banyak LOS, diagnosa sekunder, prosedur dan semakin tinggi tingkat keparahan, serta semakin rendah kelas perawatan yang diterima pasien dapat meningkatkan biaya riil pasien.

Kesehatan. Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.

Naja KR. 2015. Analisis Biaya Riil Pengobatan Penyakit Gagal Jantung dengan Penetapan INA-CBGs terhadap Pelaksanaan JKN di RSUD Prof. Dr. W. Z. Johannes. [Tesis]. Surakarta : Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.

Purnomo H. 2015. Analisis Kesesuaian Biaya Riil Terhadap Tarif INA-CBGs pada Penyakit Gagal Jantung Pasien JKN Rawat Inap RSUD Dr. Soediran Mangun Sumarso Wonogiri tahun 2014. [Tesis]. Surakarta: Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.

Sari GA. 2014. Analisis Biaya Pasien Gagal Jantung Rawat Inap JAMKESMAS di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta [Tesis]. Surakarta: Fakultas Farmasi, Universitas Setia Budi.

Sitompul B, Sugeng IJ. 2004, Gagal Jantung [dalam] Rilantoro L], Baraas F, Karo SK, Roebiono PS. *Buku Ajar Kardiologi*, Ed ke-1, 115-126, Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia

Soemantri S. 2012. *Panduan Lengkap Mencegah Dan Mengobati Serangan Jantung, Stroke & Gagal Ginjal*. Yogyakarta

WHO (World Health Organization). 2012. *World Health Statistic Annual*: dari <http://www.whs.int/linkfiles/cdv> [19 maret 2012]

DAFTAR PUSTAKA

- Arini NP. 2015. Studi Penggunaan Obat Pada Pasien Gagal Jantung yang Rawat Inap Di RSUD Dr. Soetomo Surabaya [Skripsi]. Fakultas Farmasi Universitas Katolik Widya Mandala. Surabaya
- Depkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 27 Tahun 2014 Tentang Petunjuk Teknis Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)*. Menteri Kesehatan Republik Indonesia. Jakarta.
- Depkes. 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 28 Tahun 2014 Tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan*