

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Karakteristik Pasien *Invasive Diseases*

Penelitian ini merupakan analisis farmakoekonomi dengan menggunakan metode *cost analysis* terutama pada *cost of illness* (biaya beban penyakit). Perhitungan biaya yang dimaksud meliputi pada *direct medical cost* (biaya medis langsung), *direct nonmedical cost* (biaya non medis langsung) dan *indirect cost* (biaya tidak langsung). Pada penelitian ini juga dilakukan perbandingan antara *direct medical cost* dengan tarif INA-CBG's. Pengambilan data dilakukan di RSUD Sleman dengan rentang waktu dari bulan September 2017 sampai Maret 2018. Subyek penelitian yang digunakan adalah seluruh pasien *invasive diseases* (pneumonia, meningitis dan sepsis) anak yang berusia ≤ 14 tahun baik laki-laki maupun perempuan yang merupakan peserta JKN maupun non JKN di semua kelas perawatan. Pasien *invasive diseases* di RSUD Sleman yaitu pneumonia dan sepsis, tidak ditemukan pasien meningitis selama periode penelitian. Populasi awal yang diperoleh yaitu 65 pasien, disesuaikan dengan kriteria inklusi dan eksklusi menjadi 60 pasien. Hal ini disebabkan 4 pasien mengalami perubahan diagnosis dari pneumonia menjadi bronchiolitis, laringotrakeobronkitis, dan ensefalopati sedangkan 1 pasien merupakan pasien yang dirujuk. Data yang diperoleh akan dilakukan analisis berkaitan dengan karakteristik pasien *invasive diseases* meliputi jenis pembayaran (JKN maupun non JKN), jenis

kelamin, usia, LOS (*Length Of Stay*), kelas perawatan dan diagnosa penyerta seperti yang tertera pada tabel 2.

Tabel 2. Karakteristik Pasien *Invasive Diseases* Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Sleman Periode September 2017-Maret 2018

Karakteristik	Jenis Penyakit	Kategori	Jumlah Episode (n=60)	Persentase (%)
<i>Invasive Diseases</i>	Pneumonia	-	59	98,33
	Meningitis	-	0	0,00
	Sepsis	-	1	1,67
Jenis Pembayaran	Pneumonia (n=59)	JKN	40	67,80
		Non JKN	19	32,20
	Sepsis (n=1)	JKN	0	0,00
		Non JKN	1	100,00
Jenis Kelamin	Pneumonia (n=59)	Laki-Laki	37	62,71
		Perempuan	22	37,29
	Sepsis (n=1)	Laki-Laki	1	100,00
		Perempuan	0	0,00
Usia	Pneumonia (n=59)	≤ 5 tahun	53	89,83
		> 5 tahun	6	10,17
	Sepsis (n=1)	≤ 5 tahun	1	100,00
		> 5 tahun	0	0,00
LOS	Pneumonia (n=59)	≤ 5 hari	24	40,68
		> 5 hari	35	59,32
	Sepsis (n=1)	≤ 7 hari	0	0,00
		> 7 hari	1	100,00
Kelas Perawatan	Pneumonia (n=59)	3	36	61,01
		2	19	32,20
		1	4	6,79
	Sepsis (n=1)	3	1	100,00
		2	0	0,00
		1	0	0,00
Diagnosis Penyerta	Pneumonia (n=59)	Tanpa Penyerta	16	27,11
		≤2 penyerta	39	66,10
		>2 penyerta	4	6,79
	Sepsis (n=1)	Tanpa Penyerta	0	0,00
		≤2 penyerta	1	100,00
		>2 penyerta	0	0,00

Berdasarkan pada tabel 2, dapat diketahui distribusi pasien *invasive diseases* yang digolongkan menjadi beberapa kelompok dibawah ini :

1. Distribusi pasien berdasarkan jenis penyakit

Berdasarkan hasil analisis tersebut, diketahui bahwa jumlah pasien untuk penyakit pneumonia adalah 59 pasien dengan persentase sebesar 98,3%, meningitis 0 pasien dan sepsis 1 (1,67%). Pasien *invasive diseases* anak di RSUD Sleman lebih banyak terdistribusi pada penyakit pneumonia dibandingkan dengan penyakit meningitis dan sepsis. Pasien pneumonia yang berjumlah 59 pasien terdiri dari 56 pasien dengan diagnosa utama adalah pneumonia sedangkan 3 pasien dengan diagnosa sekunder adalah pneumonia. Selama periode penelitian yaitu ≤ 6 bulan diperoleh persentase pasien pneumonia dan sepsis dibandingkan dengan seluruh pasien anak rawat inap adalah sebesar 11,75% dan 0,19% dari total 502 pasien. Hasil tersebut menunjukkan angka kejadian *invasive diseases* pada pasien anak di RSUD Sleman relatif rendah.

2. Distribusi pasien berdasarkan jenis pembayaran

Karakteristik pasien berdasarkan jenis pembayaran dibagi menjadi 2 kelompok yaitu pasien JKN (Jaminan Kesehatan Nasional) dan pasien non JKN. Jumlah pasien pneumonia dengan JKN adalah 40 pasien dan diperoleh persentase sebesar 67,80% sedangkan untuk pasien non JKN sebanyak 19 pasien dengan persentase sebesar 32,20%. Jumlah 40 pasien JKN terdiri dari 1 pasien di kelas perawatan I, 17 pasien di kelas II dan 22 pasien di kelas III. Pasien non JKN terdiri dari 1 pasien di kelas I, 2 pasien

di kelas II, dan 14 pasien di kelas III. Pasien sepsis dengan JKN diperoleh persentase sebesar 100% (1 pasien) pada kelas perawatan III.

3. Distribusi pasien berdasarkan jenis kelamin

Berdasarkan analisis tersebut diketahui bahwa persentase pasien laki-laki pada pneumonia sebesar 62,71% (32 pasien) sedangkan pasien perempuan sebesar 37,29% (22 pasien). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Kurniawan (2012) di Rumah Sakit Umum Provinsi Nusa Tenggara Barat yang melaporkan bahwa lebih banyak pasien pneumonia anak dengan jenis kelamin laki-laki yaitu sebanyak 130 pasien dibandingkan dengan perempuan 115 pasien. Hasil penelitian lain melaporkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin balita dengan kejadian pneumonia (Hartati, 2011). Untuk pasien sepsis 1 pasien diperoleh persentase sebesar 100% dengan jenis kelamin laki-laki. Penelitian yang dilakukan oleh Hasanah, dkk (2016) di Rumah Sakit Bahteramas Provinsi Sulawesi Tenggara yang menyatakan bahwa neonatus berjenis kelamin laki-laki mempunyai resiko mengalami sepsis 3,525 kali lebih besar dibandingkan dengan neonatus yang berjenis kelamin perempuan.

4. Distribusi pasien berdasarkan usia

Pengelompokkan pasien berdasarkan usia dibagi menjadi 2 kelompok yaitu pasien dengan umur ≤ 5 tahun dan pasien dengan umur > 5 tahun. Berdasarkan hasil analisis diketahui bahwa persentase pasien balita (≤ 5 tahun) pada pneumonia sebesar 89,83% sebanyak 53 pasien

sedangkan pasien anak dengan umur (>5 tahun) sebesar 10,17% sebanyak 6 pasien. Hal tersebut memberikan gambaran bahwa lebih banyak pasien balita yang mengalami pneumonia dibandingkan pasien anak. Hal ini sejalan dengan penelitian Monita, dkk (2015) di RSUP Dr.M.Djamil Padang Sumatera Barat melaporkan bahwa sebesar 43,8% (78 pasien) dengan rentang umur 2 – <12 bulan sedangkan pada umur 12-60 bulan sebesar 35,4% (63 pasien) dan lebih dari 60 bulan sebesar 9% (16 pasien). Bayi dan anak kecil rentan terhadap penyakit pneumonia dikarenakan respon imunitas pada bayi dan anak kecil masih belum berkembang dengan baik (Price dan Wilson, 2006).

Penelitian ini hanya memperoleh satu pasien sepsis dengan umur 5 bulan. Penelitian sebelumnya menyebutkan bahwa angka kejadian sepsis lebih tinggi pada neonatus dan bayi <1 tahun dibandingkan dengan usia 1-18 tahun (9,7 : 0,23 kasus per 1000 anak) (Weiss SL, Fitzgerald JC, Maffei FA, dkk 2015).

5. Distribusi pasien berdasarkan LOS (*Length of Stay*)

Pasien pneumonia dengan LOS ≤ 5 hari diperoleh hasil sebesar 40,68% (24 pasien) sedangkan pasien dengan LOS >5 hari diperoleh hasil sebesar 59,32% (35 pasien) dari total 59 pasien. Dari hasil analisis tersebut diketahui bahwa lebih banyak pasien dengan LOS >5 hari. Hal tersebut sejalan dengan penelitian sebelumnya yaitu oleh Monita, dkk (2015) di RSUP Dr.M.Djamil Padang Sumatera Barat yang menyatakan bahwa LOS pasien pneumonia anak adalah 5-10 hari. LOS dipengaruhi oleh beberapa

faktor yaitu tingkat keparahan penyakit dan ada tidaknya diagnosa penyerta. Semakin tinggi tingkat keparahan penyakit dan banyaknya diagnosa penyerta maka akan memperlama LOS di rumah sakit.

Pada penelitian ini lama perawatan pasien sepsis adalah 17 hari dengan diagnosa penyerta pneumonia. Hal ini tidak sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Lestari, dkk (2012) di RSUD Dr.Pirngadi Medan diperoleh hasil yaitu rata-rata lama perawatan pasien sepsis neonatorum adalah 7 hari. LOS pasien dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit dan juga diagnosa penyerta.

6. Distribusi pasien berdasarkan kelas perawatan

Berdasarkan tabel 2 dapat diketahui bahwa sebanyak 59 pasien pneumonia terdiri dari 4 pasien di kelas perawatan I dengan persentase sebesar 6,79%, 19 pasien di kelas perawatan II dengan persentase sebesar 32,20% dan 36 pasien di kelas perawatan III dengan persentase sebesar 61,01%. Untuk pasien sepsis (1 pasien) pada kelas perawatan III (100%).

7. Distribusi pasien berdasarkan diagnosa penyerta

Pengelompokkan pasien berdasarkan diagnosa penyerta dibagi menjadi 3 kelompok yaitu pasien dengan tanpa penyerta, pasien ≤ 2 penyerta, dan pasien dengan >2 penyerta. Pembagian tersebut berdasarkan diagnosa penyerta pada setiap pasien dengan maksimal adalah 4 penyerta. Pada sepsis (1 pasien) diperoleh persentase sebesar 100% dengan diagnosa penyerta adalah pneumonia. Pasien pneumonia dengan tanpa penyerta sebanyak 16 pasien diperoleh persentase sebesar 27,11%, pasien dengan

≤ 2 penyerta sebanyak 39 pasien (66,10%), pasien dengan >2 penyerta sebanyak 4 pasien (6,79%). Terdapat 5 diagnosa penyerta yang paling banyak dialami oleh pasien sesuai pada tabel 3

Tabel 3. Diagnosa Penyerta Pasien Pneumonia Anak Rawat Inap

Diagnosa Penyerta	Jumlah Pasien	Persentase(%)
Gizi kurang	15	32,61
DCA (Diare Cair Akut)	13	28,26
Anemia	11	23,91
Asma	5	10,87
Dehidrasi	2	4,35
Total	46	100

Pada tabel 3 diketahui bahwa diagnosa penyerta tertinggi adalah gizi kurang dengan persentase 32,61% sedangkan dehidrasi mempunyai persentase yang rendah yaitu 4,35%. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian sebelumnya oleh Rahman, dkk (2014) yang menyimpulkan bahwa terdapat hubungan antara status gizi dengan kejadian pneumonia dan diare terutama pada anak usia antara 13-24 bulan sebesar 45,45%. Pada penelitian lain yaitu oleh Hartati (2011) menyatakan bahwa terdapat hubungan yang bermakna atau signifikan antara status gizi kurang pada balita dengan kejadian pneumonia. Pasien dengan gizi kurang lebih beresiko untuk terjadinya pneumonia 6,52 kali dibandingkan pasien dengan status gizi baik.

B. Total Cost Of Illness pada Pasien *Invasive Diseases* Anak

Cost of illness merupakan analisis biaya dengan memperkirakan besarnya biaya pengobatan dari suatu penyakit tertentu. Total *Cost of Illness* pasien *invasive diseases* anak adalah keseluruhan biaya pengobatan yang dikeluarkan pasien terhadap penyakit *invasive diseases*. Pada penelitian ini diperoleh total *cost of illness* di seluruh kelas perawatan sebesar Rp187.024.979 dengan rata-rata biaya pada setiap pasien sebesar Rp3.117.083. *Cost of illness* terdiri dari beberapa komponen biaya yaitu biaya medis langsung (*direct medical cost*), biaya medis langsung tambahan (*direct medical cost tambahan*), biaya non medik langsung (*direct non medical cost*) dan biaya tidak langsung (*indirect cost*). Berdasarkan hasil analisis, diperoleh persentase pada komponen *direct medical cost* adalah 82,76%, *direct medical cost* tambahan sebesar 3,74%, *direct nonmedical cost* sebesar 10,13% dan pada *indirect cost* sebesar 3,36%. Hasil persentase tersebut menunjukkan bahwa komponen penyusun *cost of illness* terbesar adalah *direct medical cost* sedangkan *indirect cost* merupakan komponen terkecil. *Direct medical cost* berhubungan langsung dengan biaya pengobatan pasien selama episode perawatan di rumah sakit sedangkan pada *indirect cost* biaya yang digunakan tidak berkaitan langsung dengan pengobatan pasien melainkan hanya berupa biaya pengurangan produktivitas orang tua. Besarnya total *cost of illness* pasien *invasive diseases* anak rawat inap dapat dilihat pada tabel 4

Tabel 4. *Cost Of Illness* Pasien *Invasive Diseases* Anak Rawat Inap

Jenis penyakit	Kelas	n	Total DMC (Rp)	Total DMC tambahan (Rp)	Total DnMC (Rp)	Total IC (Rp)	Total COI (Rp)	Rata-rata (Rp)
	I	4	15.013.560	668.000	1.153.000	90.000	16.924.560	4.231.140±7.201.401
Pneumonia	II	19	47.628.256	1.263.000	6.309.500	1.642.000	56.842.756	2.991.724±22.396.258
	III	36	85.807.238	4.774.000	11.025.500	4.507.000	106.113.738	2.947.604±39.633.809
Sub Total Pneumonia		59	148.449.054	6.705.000	18.488.000	6.239.000	179.881.054	3.048.831±69.218.282
Sepsis	III	1	6.349.425	282.500	462.000	50.000	7.143.925	7.143.925±3.046.967
Sub Total Sepsis		1	6.349.425	282.500	462.000	50.000	7.143.925	7.143.925±3.046.967
Total <i>Invasive Diseases</i>		60	154.798.479	6.987.500	18.950.000	6.289.000	187.024.979	3.117.083±72.262.168

Keterangan :

n : Jumlah Episode Perawatan

DMC : *Direct Medical Cost*

DMC Tambahan : *Direct Medical Cost Tambahan*

DnMC : *Direct nonMedical Cost*

IC : *Indirect Cost*

COI : *Cost Of Illness*

Berdasarkan tabel 4 diketahui bahwa total *cost of illness* pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp16.924.560, sedangkan pada kelas perawatan II sebesar Rp56.842.756 dan pada kelas perawatan III sebesar Rp106.113.738. Rata-rata biaya seluruh pasien pneumonia (59 pasien) adalah Rp3.048.831. Pada kelas perawatan III memiliki jumlah episode perawatan terbanyak yaitu 59 episode, kelas perawatan II sebanyak 19 episode, dan kelas perawatan I sebanyak 4 episode. Semakin besar jumlah episode perawatan maka total *cost of illness* juga semakin besar. Total *cost of illness* pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp7.143.925 dengan rata-rata biaya sama yaitu sebesar Rp7.143.925. Besarnya *cost of illness* yang diperoleh memiliki jumlah yang berbeda-beda pada setiap komponen biaya, yang terdiri dari :

1. Total Biaya Medis Langsung (*Direct Medical Cost*)

Total biaya medis langsung (*direct medical cost*) adalah seluruh biaya yang digunakan untuk pelayanan jasa medis dalam pengobatan suatu penyakit selama episode perawatan di rumah sakit. Berdasarkan tabel 4, didapatkan persentase total *direct medical cost* sebesar 82,76% dari total *cost of illness*. Hal ini menandakan komponen *direct medical cost* memiliki jumlah terbesar dibandingkan komponen yang lain dalam *cost of illness*. Pada penelitian ini total *direct medical cost* pasien *invasive diseases* anak di RSUD Sleman sebesar Rp154.798.479. Total *direct medical cost* pada pasien pneumonia berdasarkan pada kelas perawatan yaitu untuk kelas perawatan I sebesar Rp15.013.560, kelas perawatan II

sebesar Rp47.628.256 dan pada kelas perawatan III sebesar Rp85.807.238. Jumlah episode pada kelas perawatan III (36 episode) lebih besar dibandingkan pada kelas perawatan I (4 episode) dan II (19 episode). Hal ini menyebabkan total *direct medical cost* pada kelas perawatan III menjadi lebih besar. Pada pasien sepsis *direct medical cost* yaitu sebesar Rp6.349.425. Rata-rata *direct medical cost* pasien pneumonia kelas I adalah Rp3.753.390±1.122.773, kelas II sebesar Rp2.506.750±512.809 dan kelas III sebesar Rp2.383.534±738.727. Dilakukan uji statistik untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan pada rata-rata biaya tersebut. Pada uji normalitas diperoleh *p value* <0,05 yang menandakan data tersebut tidak terdistribusi normal sehingga menggunakan metode Kruskal-Wallis. Hasil yang diperoleh adalah *p value* <0,05 yang menunjukkan bahwa terdapat perbedaan yang bermakna atau signifikan pada *direct medical cost* tiap kelas perawatan. Besarnya *direct medical cost* dipengaruhi oleh perbedaan kelas perawatan, lama perawatan (*length of stay*) dan juga tingkat keparahan penyakit.

Berdasarkan cara pembayarannya dibagi menjadi 2 kelompok yaitu pasien JKN dan pasien non JKN. Jika pasien menggunakan JKN maka *direct medical cost* dibayarkan oleh pihak asuransi atau penjamin sedangkan pasien non JKN tagihan dibayarkan oleh pasien menggunakan dana pribadi. Besarnya *direct medical cost* yang terdiri dari beberapa komponen biaya akan dijelaskan pada tabel 5 sesuai dengan kelas perawatan sebagai berikut :

Tabel 5. Komponen *Direct Medical Cost* Pasien *Invasive Diseases* Anak Rawat Inap di RSUD Sleman

Komponen <i>Direct Medical Cost</i>	Rata-Rata Kelas I			Rata-Rata Kelas II			Rata-Rata Kelas III			Rata-Rata Kelas III		
	n	(Rp)	%	Pneumonia			n	(Rp)	%	Sepsis		
				n	(Rp)	%				n	(Rp)	%
Visite	4	275.000±64.550	7,33	19	190.158±49.614	7,59	36	150.472±34.064	6,31	1	414.000	6,52
Laboratorium	4	112.875±76.156	3	18	101.306±68.110	3,83	34	98.309±83.057	3,9	1	479.500	7,56
Keperawatan	4	607.500±76.431	16,19	19	481.421±163.325	19,2	36	530.042±205.273	22,24	1	1.423.000	22,41
Obat dan Alkes	4	1.605.515±699.336	42,78	19	969.698±340.001	38,68	36	994.007±439.931	41,7	1	2.733.425	43,05
Gizi	3	23.000±0	0,46	17	24.353±5.578	0,87	28	27.929±14.072	0,88	1	46.000	0,72
Kamar	4	945.000±172.337	25,18	19	455.526±141.086	18,17	36	352.986±74.215	14,81	1	977.500	15,39
Administrasi	4	24.000±2.000	0,64	19	21.211±918	0,85	36	21.000±0	0,88	1	21.000	0,33
Sewa Alat	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Radiologi	3	65.667±2.201	1,31	18	75.111±40.636	2,84	34	63.485±5.917	2,52	1	64.500	1,02
UGD	2	200.500±707	2,67	18	183.000±51.478	6,92	29	164.224±102.517	5,55	1	157.000	2,47
Fisioterapi	1	67.000	0,44	8	62.813±21.469	1,05	11	94.409±13.551	1,21	1	33.500	0,53
Ambulance	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
PICU	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rukti Jenazah	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Rata-rata <i>direct medical cost</i> setiap pasien	4	3.753.390±1.122.773	100	19	2.506.750±512.809	100	36	2.383.534±738.727	100	1	6.349.425	100
Total seluruh pasien	4	15.013.560	100	19	47.628.256	100	36	85.807.238	100	1	6.349.425	100

a. Visite (jasa dokter)

Visite (jasa dokter) adalah suatu pelayanan medis yang diberikan oleh seorang dokter kepada pasien selama rawap inap di rumah sakit. Berdasarkan pada tabel 5, diketahui persentase visite dokter dalam *direct medical cost* adalah sebesar 6-7%. Rata-rata biaya visite dokter pada pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp275.000±64.550, kelas perawatan II sebesar Rp190.158±49.614, dan pada kelas perawatan III sebesar Rp150.472±34.064. Biaya visite dokter pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp414.000. Hal tersebut menunjukkan adanya perbedaan biaya pada setiap kelas perawatan. Pada kelas perawatan I biaya visite dokter sebesar Rp50.000, pada kelas perawatan II sebesar Rp30.000 dan kelas perawatan III sebesar Rp23.000, akumulasi biaya visite dokter berdasarkan lama perawatan pasien.

b. Laboratorium

Hasil pemeriksaan laboratorium merupakan pemeriksaan penunjang untuk membantu menegakkan diagnosa pasien. Terdapat satu pasien di kelas perawatan II dan dua pasien di kelas perawatan III yang tidak melakukan pemeriksaan laboratorium di RSUD Sleman. Hal ini disebabkan pasien tersebut sudah melakukan pemeriksaan laboratorium di instalasi kesehatan lainnya. Pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan pada pasien *invasive diseases* adalah pemeriksaan darah rutin. Pada pasien sepsis dilakukan pemeriksaan

kultur darah dan C-reactive protein. Pemeriksaan feces dilakukan pada pasien dengan diagnosa penyerta diare.

Pada penelitian ini, diperoleh hasil yaitu rata-rata biaya laboratorium pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp112.875±76.156 (3%), kelas perawatan II sebesar Rp101.306±68.110 (3,83%), dan pada kelas perawatan III sebesar Rp98.309±83.057(3,9%). Pasien sepsis di kelas perawatan III diperoleh biaya sebesar Rp479.500 (7,56%). Perbedaan biaya tidak berdasarkan pada kelas perawatan tetapi terletak pada komponen pemeriksaan laboratorium pada setiap pasien.

c. Keperawatan

Asuhan keperawatan merupakan serangkaian kegiatan praktik keperawatan langsung kepada pasien sebagai tatanan pelayanan kesehatan berdasarkan kaidah profesi keperawatan (Ali, 2009). Praktik keperawatan yang dimaksud adalah memasang dan melepas infus, dressing infus, melakukan injeksi intravena dan skin test. Berdasarkan hasil analisis diperoleh persentase biaya keperawatan sebesar 16-22%. Rata-rata biaya keperawatan pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp607.500±76.431, kelas perawatan II sebesar Rp481.421±163.325, kelas perawatan III sebesar Rp530.042±205.273. Pada pasien sepsis di kelas perawatan III diperoleh biaya sebesar Rp1.423.000. Perbedaan biaya terletak pada jumlah frekuensi tindakan keperawatan dan juga pada kelas perawatannya. Biaya asuhan keperawatan pada kelas perawatan I sebesar Rp10.000, kelas perawatan

II sebesar Rp7.000, dan pada kelas perawatan III sebesar Rp6000, besarnya biaya keperawatan berdasarkan lama perawatan pasien.

d. Obat dan Alkes

Pada penelitian ini diperoleh persentase penggunaan obat dan alat kesehatan (alkes) sebesar 38-43%. Hasil tersebut memberikan gambaran bahwa biaya obat dan alkes merupakan komponen biaya utama yang cukup besar dibandingkan komponen *direct medical cost* yang lainnya. Penggunaan obat terutama antibiotik yang paling sering diberikan kepada pasien adalah golongan sefalosporin generasi ke-tiga dan aminoglikosida yaitu cefotaxim dan gentamisin. Alat kesehatan yang digunakan yaitu nebulizer berisi ventolin, NaCl 0,9%, atau NaCl 3%. Rata-rata biaya obat dan alkes pada pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah sebesar Rp1.605.515±699.336, kelas perawatan II sebesar Rp969.698±340.001, kelas perawatan III sebesar Rp994.007±439.931, sedangkan pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp1.423.000. Perbedaan biaya obat dan alkes dipengaruhi oleh tingkat keparahan penyakit dan banyaknya diagnosa penyerta pada masing-masing pasien.

e. Biaya Gizi

Biaya gizi adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien berkaitan dengan konsultasi status gizi pada pasien. Berdasarkan tabel 5, diperoleh persentase biaya gizi sebesar 0,4-0,7%. Terdapat 11 pasien yang tidak melakukan konsultasi gizi. Rata-rata biaya gizi pada pasien

pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp23.000±0, kelas perawatan II sebesar Rp24.353±5.578, kelas perawatan III sebesar Rp27.929±14.072, sedangkan pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp46.000. Perbedaan biaya gizi tidak dipengaruhi oleh kelas perawatan melainkan jumlah frekuensi konsultasi.

f. Biaya Kamar

Biaya kamar adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien berkaitan dengan fasilitas ruangan rawat inap. Rata-rata biaya kamar pada pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah sebesar Rp945.000±172.337 (25,18%), kelas perawatan II sebesar Rp455.526±141.086 (18,17%), kelas perawatan III sebesar Rp352.986±74.215 (18,17%), sedangkan pada pasien sepsis sebesar Rp977.500 (15,39%). Besarnya biaya kamar dipengaruhi oleh lama perawatan (*length of stay*) dan kelas perawatan. Semakin lama LOS di rumah sakit, maka biaya kamar juga akan semakin besar. Pada kelas perawatan I diperoleh biaya kamar sebesar Rp180.000, kelas perawatan II adalah sebesar Rp75.000 sedangkan untuk kelas perawatan III sebesar Rp57.500. Biaya tersebut akan diakumulasikan berdasarkan LOS setiap pasien.

g. Biaya Administrasi

Biaya administrasi adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk administrasi rawat inap. Rata-rata biaya administrasi pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp24.000±2.000 (0,64%), kelas perawatan II sebesar Rp21.211±918 (0,85%), kelas perawatan III

sebesar Rp21.000±0 (0,88%), sedangkan pada pasien sepsis sebesar Rp21.000 (0,33%). Perbedaan biaya administrasi terletak pada kelas perawatan I yang mana jika pasien non JKN maka biaya administrasinya sebesar Rp25.000, pasien JKN biaya administrasinya sebesar Rp21.000.

h. Biaya Sewa Alat

Pada penelitian ini, tidak terdapat pasien *invasive diseases* anak yang menyewa alat kesehatan dalam proses pengobatan selama rawat inap di rumah sakit. Sewa alat yang dimaksud adalah *bed site monitor*, kursi roda, alat bantu pernafasan dan lain sebagainya.

i. Biaya Radiologi

Biaya radiologi adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien berkaitan dengan pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan radiologi meliputi pemeriksaan rontgen dada dan USG dopler. Pada pasien pneumonia pemeriksaan rontgen dada digunakan sebagai penunjang diagnostik dokter. Rata-rata biaya radiologi pada pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah sebesar Rp65.667±2.201 (1,31%), kelas perawatan II sebesar Rp75.111±40.636 (2,84%), kelas perawatan III sebesar Rp63.485±5.917 (2,52%), dan pada pasien sepsis sebesar Rp64.500 (1,02%). Biaya radiologi pada setiap kelas perawatan sebesar Rp64.500, namun biaya rata-rata pada kelas perawatan II menjadi lebih besar disebabkan satu pasien melakukan pemeriksaan USG dopler sebesar Rp172.500. Terdapat dua pasien dengan biaya radiologi

berbeda yaitu pada pasien kelas perawatan III hanya melakukan konsultasi dengan biaya sebesar Rp30.000, sedangkan pada pasien kelas perawatan I biaya rontgen dada sebesar Rp68.000.

j. Biaya UGD

Biaya UGD adalah biaya yang dikeluarkan saat pasien menerima seluruh tindakan pengobatan di unit gawat darurat. Rata-rata biaya ugd pada pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp200.500±707 (2,67%), kelas perawatan II sebesar Rp183.000±51.478 (6,92%), kelas perawatan III sebesar Rp164.224±102.517(5,55%), dan pada pasien sepsis sebesar Rp157.000 (2,47%). Perbedaan biaya tersebut tidak disebabkan oleh kelas perawatan melainkan terletak pada tindakan apa saja yang diterima saat berada di unit gawat darurat. Setiap pasien akan diberikan tindakan pengobatan yang berbeda-beda tergantung pada kondisi pasien dan tingkat keparahan penyakit. .

k. Biaya Fisioterapi

Biaya fisioterapi adalah biaya yang digunakan oleh pasien untuk melakukan fisioterapi selama rawat inap di rumah sakit. Pada penelitian ini tidak semua pasien *invasive diseases* melakukan fisioterapi. Rata-rata biaya fisioterapi pada pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah Rp67.000 (0,44%), pada kelas perawatan II sebesar Rp62.813±21.469 (1,05%), kelas perawatan III sebesar Rp94.409±13.551 (1,21%), sedangkan pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp33.500 (0,53%). Pasien pneumonia di kelas

perawatan III memperoleh persentase tinggi, dikarenakan banyaknya pasien yang melakukan fisioterapi. Perbedaan biaya fisioterapi tergantung pada kondisi dari masing-masing pasien.

l. Biaya *Ambulance*

Biaya ambulance adalah biaya yang digunakan oleh pasien untuk menyewa *ambulance* sebagai sarana transportasi menuju rumah sakit rujukan. Pada penelitian ini, terdapat satu pasien yang menggunakan fasilitas *ambulance* dari RSUD Sleman menuju RSUP Sardjito. Pasien yang dirujuk merupakan kriteria eksklusi. Hal ini disebabkan pasien tersebut melanjutkan pengobatan di rumah sakit yang berbeda dengan maksud untuk mendapatkan sarana dan prasarana yang lebih memadai.

m. Biaya PICU

Biaya PICU adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien selama rawat inap di *Pediatric Intensive Care Unit*. Ruangan PICU letaknya terpisah dengan bangsal anak yaitu berada di lantai dua sedangkan bangsal anak berada di lantai satu. Pada penelitian ini tidak diperoleh satu pasien yang menjalani rawat inap di PICU. Seluruh pasien *invasive diseases* anak di RSUD Sleman menempati ruang perawatan pada bangsal anak.

n. Biaya Rukti Jenazah

Biaya Rukti Jenazah adalah biaya yang digunakan apabila pasien meninggal dunia setelah menjalani di rawat inap di rumah sakit. Pada penelitian ini, tidak terdapat satu pasien *invasie diseases* anak yang

meninggal dunia. Seluruh pasien diperbolehkan pulang oleh dokter dengan *outcome* hidup dan kondisi membaik dari sebelumnya.

2. Total Biaya Medis Langsung Tambahan (*Direct Medical Cost Tambahan*)

Biaya medis langsung tambahan (*direct medical cost tambahan*) adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk pelayanan jasa medis sebagai upaya pengobatan suatu penyakit. *Direct medical cost tambahan* memperhitungkan pada seluruh biaya yang digunakan untuk melakukan pengobatan di luar episode perawatan pasien, sedangkan pada *direct medical cost* hanya memperhitungkan pada biaya episode perawatan di rumah sakit. Total biaya medis langsung tambahan (*direct medical cost tambahan*) pada pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah sebesar Rp668.000, kelas perawatan II sebesar Rp1.263.000, kelas perawatan III sebesar Rp4.774.000, dan pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp282.500. Dilakukan uji statistik menggunakan metode Kruskal-Wallis dengan data tidak terdistribusi normal (p value $<0,05$) untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan *direct medical cost* tambahan pasien pneumonia pada setiap kelas perawatan tersebut. Hasil yang diperoleh adalah p value $>0,05$ yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan *direct medical cost* tambahan pada tiap kelas perawatan. Komponen *direct medical cost* tambahan meliputi biaya rawat inap pada periode sebelumnya, biaya rawat jalan sebelum menjalani rawat inap, dan biaya kontrol kesehatan paska rawat inap dapat dilihat pada tabel 6

Tabel 6. Komponen *Direct Medical Cost* tambahan Pasien *Invasive Diseases* Anak Rawat Inap

Komponen <i>Direct Medical Cost</i> tambahan	Rata-Rata Kelas I			Rata-Rata Kelas II Pneumonia			Rata-Rata Kelas III			Rata-Rata Kelas III Sepsis		
	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%
Biaya Rawat Inap pada periode sebelumnya	1	376.000	56,29	0	0	0	2	374.250±50.558	15,68	0	0	0
Biaya Rawat Jalan sebelum menjalani Rawat Inap	1	48.500	7,26	14	46.571±50.396	51,62	32	60.641±122.506	40,65	1	273.500	96,81
Biaya Kontrol Kesehatan setelah selesai Rawat Inap	3	81.167±48.868	36,45	16	38.188±58.690	48,38	32	65.156±73.323	43,67	1	9.000	3,19
Total <i>direct medical cost</i> tambahan		668.000	100		1.263.000	100		4.774.000	100		282.500	100

Besarnya nilai *direct medical cost tambahan*, memiliki nilai yang berbeda pada setiap komponen biaya yaitu :

a. Biaya rawat inap pada periode sebelumnya

Biaya rawat inap pada periode sebelumnya adalah biaya pengobatan selama rawat inap di rumah sakit pada periode sebelumnya. Berdasarkan hasil analisis, tidak semua pasien *invasive diseases* anak menjalani rawat inap pada periode sebelumnya. Pada pasien pneumonia di kelas perawatan I terdapat satu pasien dengan biaya sebesar Rp376.000 (56,29%) jenis pembayaran menggunakan asuransi, kelas perawatan II diperoleh persentase 0% yang artinya tidak ada pasien yang menjalani rawat inap pada periode sebelumnya, kelas perawatan III terdapat 2 pasien dengan rata-rata biaya adalah sebesar Rp374.250±50.558 (15,68%).

b. Biaya rawat jalan sebelum menjalani rawat inap

Biaya rawat jalan adalah biaya yang dikeluarkan oleh pasien untuk pelayanan jasa medis di beberapa instalasi kesehatan seperti klinik dokter, bidan, dan puskesmas. Pada penelitian ini, terdapat 11 pasien yang tidak melakukan rawat jalan. Rata-rata biaya rawat jalan pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp48.500 (7,26%), kelas perawatan II sebesar Rp46.571±50.396 (51,62%), kelas perawatan III sebesar Rp60.64±122.506 (40,65%), sedangkan pada pasien sepsis sebesar Rp273.500 (96,81%).

c. Biaya kontrol kesehatan setelah rawat inap

Biaya kontrol kesehatan adalah biaya yang digunakan untuk pemeriksaan kesehatan kembali setelah rawat inap di rumah sakit. Berdasarkan pada tabel 6, diperoleh hasil yaitu rata-rata biaya kontrol pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp81.167±48.868 (36,45%), kelas perawatan II sebesar Rp38.188±58.690 (48,38%), kelas perawatan III sebesar Rp65.156±73.323 (43,67%), sedangkan pada pasien sepsis diperoleh sebesar Rp9.000 (3,19%).

3. Total Biaya Nonmedis Langsung (*direct nonmedical cost*)

Biaya nonmedis langsung adalah seluruh biaya yang dikeluarkan oleh pasien yang tidak berkaitan langsung dengan pelayanan medis di rumah sakit (Vogenberg, 2001). *Direct nonmedical cost* meliputi pada biaya transportasi dan biaya pengeluaran tambahan dalam rumah tangga. Total *direct nonmedical cost* pada pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp1.153.000, pada kelas perawatan II sebesar Rp6.309.500, kelas perawatan III sebesar Rp11.025.500, sedangkan pada pasien sepsis sebesar Rp462.000. Dilakukan uji statistik dengan metode ANOVA dengan data terdistribusi normal (*p value* >0,05) untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan *direct nonmedical cost* pasien pneumonia pada setiap kelas perawatan tersebut. Hasil yang diperoleh adalah *p value* >0,05 yang menunjukkan tidak terdapat perbedaan *direct nonmedical cost* pada tiap kelas perawatan. Pada tabel 7 akan dijelaskan secara rinci mengenai komponen *direct nonmedical cost* sebagai berikut:

Tabel 7. Komponen *Direct Nonmedical Cost* Pasien *Invasive Diseases* Anak Rawat Inap

Komponen <i>Direct Non Medical Cost</i>	Rata-Rata Kelas I			Rata-Rata Kelas II			Rata-Rata Kelas III			Rata-Rata Kelas III		
				Pneumonia						Sepsis		
	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%	n	(Rp)	%
Biaya Transportasi	4	15.000±7.314	5,2	19	13.395±11.021	4,03	36	15.042±22.605	4,91	1	12.000	2,6
Biaya Pengeluaran Tambahannya dalam Rumah Tangga	4	273.250±30.071	94,8	19	318.684±106.799	95,97	36	291.222±77.710	95,09	1	450.000	97,4
Rata-rata setiap pasien	4	288.250±23.504	100	19	332.079±106.416	100	36	306.264±82.891	100	1	462.000	100
Total <i>direct nonmedical cost</i> seluruh pasien	4	1.153.000	100	19	6.309.500	100	36	11.025.500	100	1	462.000	100

Besarnya *direct nonmedical cost* pada setiap komponen adalah :

a. Biaya Transportasi

Biaya transportasi adalah biaya yang berkaitan dengan transportasi pasien dari rumah menuju ke rumah sakit dan kembali lagi ke rumah. Rata-rata biaya transportasi pasien pneumonia di kelas perawatan I adalah Rp15.000±7.314 (5,2%), pada kelas perawatan II sebesar Rp13.395±11.021 (4,03%), kelas perawatan III sebesar Rp15.042±22.605 (4,91%). Pada pasien sepsis di kelas perawatan III sebesar Rp12.000 (2,6%). Berdasarkan hasil analisis tersebut, diketahui persentase biaya transportasi mempunyai nilai yang rendah dalam *direct nonmedical cost*. Perbedaan biaya tersebut dipengaruhi oleh faktor yaitu jarak tempat tinggal pasien dan jenis kendaraan yang digunakan. Semakin jauh jarak tempat tinggal pasien menuju rumah sakit, semakin besar biaya transportasinya. Jenis kendaraan yang biasa digunakan pasien untuk transportasi adalah montor dan mobil. Kebanyakan pasien menggunakan montor dikarenakan jarak rumah yang dekat dengan rumah sakit. Terdapat 3 pasien yang menggunakan transportasi *ambulance* pada saat rawat jalan dari puskesmas atau rumah sakit menuju ke RSUD Sleman.

b. Biaya pengeluaran tambahan dalam rumah tangga

Biaya pengeluaran tambahan dalam rumah tangga merupakan biaya yang dikeluarkan oleh keluarga ketika salah satu anggota keluarga menjalani rawat inap di rumah sakit. Biaya yang dimaksud

adalah biaya transportasi anggota keluarga dan biaya makan selama di rumah sakit. Rata-rata biaya pengeluaran tambahan pada pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp273.250±30.071 (94,8%), kelas perawatan II sebesar Rp318.684±106.799 (95,97%), kelas perawatan III sebesar Rp291.222±77.710 (95,09%), dan pada pasien sepsis sebesar Rp450.000 (97,4%). Berdasarkan hasil tersebut diketahui bahwa persentase biaya pengeluaran tambahan memiliki kontribusi yang cukup besar dalam *direct nonmedical cost*. Besarnya biaya pengeluaran tambahan dipengaruhi oleh LOS pasien di rumah sakit dan tingkat kebutuhan pada masing-masing anggota keluarga. Pada pasien sepsis dengan LOS yaitu 17 hari biaya tambahan yang dikeluarkan oleh keluarga sebesar Rp450.000, biaya ini 1,5x lebih besar dibanding pada biaya pengeluaran tambahan pasien pneumonia dengan LOS ≤ 9 hari.

4. Biaya Tidak Langsung (*Indirect Cost*)

Biaya tidak langsung (*indirect cost*) adalah biaya penurunan produktivitas orangtua disebabkan adanya anggota keluarga yang menjalani rawat inap di rumah sakit. *Indirect cost* terdiri dari biaya pemotongan penghasilan/gaji dan cuti kerja. Berdasarkan tabel *cost of illness* diperoleh persentase *indirect cost* sebesar 3,36%, nilai tersebut relatif rendah dalam komponen *cost of illness*. Hal ini menandakan bahwa tidak semua orang tua pasien mengalami penurunan produktivitas. Pada penelitian ini, hanya terdapat 21 pasien *invasive diseases* yang mengalami penurunan produktivitas. Hal ini berkaitan dengan pekerjaan dari masing-

masing orangtua. Sebagian besar pekerjaan orangtua pasien adalah buruh paruh waktu dengan upah yang diperoleh dihitung setiap hari bekerja. Apabila absen untuk bekerja maka penghasilan yang didapatkan juga menurun. Pada tabel 8 akan dijelaskan mengenai *indirect cost* pada setiap kelas perawatan :

Tabel 8. Komponen *Indirect Cost* Pasien *Invasive Diseases* Anak Rawat Inap

Komponen <i>Indirect Cost</i>	Rata-Rata Kelas I		Rata-Rata Kelas II		Rata-Rata Kelas III		Rata-Rata Kelas III	
	n	(Rp)	n	(Rp)	n	(Rp)	n	(Rp)
	Pneumonia				Sepsis			
Biaya Penurunan Produktivitas Orang-tua	1	90.000	6	273.667±289.802	13	346.692±151.720	1	50.000
Rata-rata setiap pasien	1	90.000	6	273.667±289.802	13	346.692±151.720	1	50.000
Total <i>indirect cost</i> seluruh pasien	1	90.000	6	1.642.000	13	4.507.000	1	50.000

Berdasarkan tabel tersebut, diperoleh hasil yaitu rata-rata *indirect cost* pada pasien pneumonia di kelas perawatan I sebesar Rp90.000, pada kelas perawatan II sebesar Rp273.667±289.802, kelas perawatan III sebesar Rp346.692±151.720, dan pada pasien sepsis diperoleh sebesar Rp50.000, dengan persentase pada seluruh kelas perawatan adalah 100%. Dilakukan uji statistik dengan metode ANOVA dengan data terdistribusi normal (*p value* >0,05) untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan *indirect cost* pasien pneumonia pada setiap kelas perawatan. Hasil yang diperoleh adalah *p value* >0,05 yang menunjukkan tidak terdapat

perbedaan *indirect cost* pada tiap kelas perawatan. Besarnya penurunan produktivitas pada orangtua dipengaruhi oleh seberapa lama absen untuk bekerja dan jumlah pemotongan penghasilan per harinya. *Indirect cost* tidak berkaitan secara langsung kepada pasien, namun biaya tersebut berpengaruh pada biaya beban penyakit (*Cost of illness*).

C. Analisis Perbandingan Biaya Medis Langsung (*Direct Medical cost*) dengan Tarif INA-CBG's Pasien anak *Invasive Diseases* Rawap Inap

Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dibentuk oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan pada tahun 2014. Program jaminan kesehatan memberikan fasilitas kepada masyarakat berupa sistem asuransi. Hal ini bertujuan untuk mensejahterakan kesehatan masyarakat. Sistem pembayaran dalam jaminan kesehatan nasional ini menggunakan paket pembayaran sesuai dengan tarif INA-CBG's yang diatur dalam Permenkes Nomor 64 Tahun 2016. Tarif INA-CBG's (*Indonesian Case Base Group's*) adalah bentuk pembayaran yang dilakukan atas pelayanan kesehatan yang besarnya didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit. Pengelompokan diagnosis penyakit didapat dari proses kodifikasi. Kodifikasi menurut Depkes RI (1997) adalah membuat kode atas diagnosis yang bertujuan untuk mempermudah pengelompokkan penyakit yang dapat dituangkan dalam bentuk angka. Dalam pembayaran menggunakan INA-CBG's baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dari kode INA-CBG's.

Analisis biaya berdasarkan tarif INA CBG's bertujuan untuk memberikan gambaran mengenai biaya pengobatan pasien JKN dengan sistem gruping dibandingkan dengan biaya riil yang dikeluarkan dari pihak rumah sakit. Pada penelitian ini, analisis perbandingan biaya terapi *invasive diseases* pada pasien anak rawat inap dengan tarif INA-CBG's menggunakan metode statistik *t-test* untuk data terdistribusi normal dan untuk data tidak terdistribusi normal menggunakan metode statistik Mann-Whitney. Pasien *invasive diseases* anak yang menggunakan program JKN adalah 36 pasien. Tabel berikut ini akan menjelaskan mengenai perbandingan biaya riil dengan tarif INA-CBG's.

Tabel 9.Perbandingan Biaya Riil Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's *Invasive Diseases* pada Pasien JKN.

Kode INA-CBG's	Kelas	n	Total biaya riil (Rp)	Tarif INA CBG's (Rp)	P value
J-4-16-I	II	13	34.074.929	54.724.800	0
	III	16	33.166.170	56.128.000	0
J-4-16-II	I	1	5.009.424	6.901.500	–
	II	2	5.404.276	11.830.000	–
	III	1	2.738.100	4.929.600	–
J-4-16-III	III	2	6.129.483	12.465.600	–
A-4-10-III	III	1	6.349.425	5.668.600	–

Berdasarkan tabel tersebut, kode INA-CBG's pada pasien *invasive diseases* anak dengan diagnosa utama pneumonia adalah J-4-16 (*Simple Pneumonia and whooping cough*), dan pada pasien sepsis adalah A-4-10 (Septikemia). Kode INA CBG's dapat juga dibedakan berdasarkan tingkat keparahan penyakit yaitu I (ringan), II (sedang) dan III (berat). Pembagian

tingkat keparahan dan kelas perawatan akan mempengaruhi pada besar kecilnya tarif INA-CBG's, semakin tinggi tingkat keparahan dan kelas perawatannya maka akan semakin tinggi juga biaya yang ditanggung oleh pihak penyelenggara asuransi.

Pasien pneumonia ringan dengan kode J-4-16-I pada kelas perawatan II yaitu berjumlah 13 pasien dengan total biaya riil sebesar Rp34.074.929 dibandingkan dengan total tarif INA-CBG's sebesar Rp54.724.800. Menggunakan metode statistik t-test dengan data terdistribusi normal, diperoleh *p value* yaitu 0,000. Hasil tersebut secara statistik menunjukkan ada perbedaan bermakna atau signifikan antara biaya riil di kelas perawatan II dengan tarif INA-CBG's. Pada pasien pneumonia dengan kode J-4-16-I berjumlah 16 pasien di kelas perawatan III dengan total biaya riil sebesar Rp33.166.170 dibandingkan dengan total tarif INA-CBG's sebesar Rp56.128.000. Menggunakan metode statistik Mann-Whitney dengan data tidak terdistribusi normal, diperoleh *p value* yaitu 0,000. Hal ini menunjukkan bahwa secara statistik ada perbedaan yang bermakna atau signifikan antara biaya riil di kelas perawatan III dengan tarif INA-CBG's.

Pada pasien pneumonia sedang dengan kode J-4-16-II tidak dilakukan pengujian secara statistik dikarenakan hanya terdiri dari satu dan dua pasien sehingga tidak diperoleh nilai *p value*. Pada pasien pneumonia di kelas perawatan I diperoleh biaya riil sebesar Rp5.009.424 dan tarif INA-CBG's sebesar Rp6.901.500. Pada kelas perawatan II (2 pasien) diperoleh total biaya riil sebesar Rp5.404.276 dan total tarif INA-CBG's sebesar

Rp11.830.000. Pasien di kelas perawatan III (1 pasien) diperoleh biaya riil sebesar Rp2.738.100 dan tarif INA CBG's sebesar Rp4.929.600. Pasien pneumonia berat dengan kode J-4-16-III berjumlah 2 pasien di kelas perawatan III dengan total biaya riil sebesar Rp6.129.483 dan tarif INA-CBG's sebesar Rp12.465.600. Data tersebut tidak dilakukan pengujian secara statistik dikarenakan hanya terdapat ≤ 2 pasien sehingga tidak diperoleh data *p value*. Tarif INA-CBG's yang digunakan pada pasien dengan kode J-4-16-II dan J-4-16-III lebih besar daripada biaya riil pada pasien pneumonia di RSUD Sleman. Hal ini menandakan bahwa tarif INA-CBG's pasien pneumonia sudah mencukupi untuk biaya perawatan selama di rumah sakit. Pasien sepsis berat (1 pasien) dengan kode A-4-10-III di kelas perawatan III diperoleh biaya riil sebesar Rp6.349.425 dan pada tarif INA CBG's sebesar Rp5.668.600. Data tersebut tidak dilakukan analisis secara statistik disebabkan hanya terdapat satu pasien sehingga tidak diperoleh *p value*. Tarif INA-CBG's yang digunakan pada pasien sepsis lebih kecil daripada biaya riil dalam pembiayaan perawatan selama di rumah sakit. Pada penelitian ini, biaya tarif INA-CBG's pasien sepsis berat belum mencukupi untuk biaya pengobatan sepsis selama di rumah sakit. Hal ini disebabkan pasien sepsis tersebut memiliki LOS yang sangat tinggi yaitu 17 hari. Dengan LOS yang tinggi menyebabkan biaya riil pasien tersebut juga semakin tinggi.

Berdasarkan hasil perbandingan biaya riil terhadap tarif INA-CBG's pada pasien dapat diketahui selisih biaya pada masing-masing kelas perawatan sesuai pada tabel 10

Tabel 10. Selisih Biaya Riil Pasien Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBG's

Kode INA-CBG's	Kelas	n	Total biaya riil (Rp)	Tarif INA CBG's (Rp)	Selisih (Rp)
J-4-16-I	II	13	34.074.929	54.724.800	20.649.871
	III	16	33.166.170	56.128.000	22.961.830
J-4-16-II	I	1	5.009.424	6.901.500	1.892.076
	II	2	5.404.276	11.830.000	6.425.724
	III	1	2.738.100	4.929.600	2.191.500
J-4-16-III	III	2	6.129.483	12.465.600	6.336.117
Sub total pneumonia		35	86.522.382	146.979.500	60.457.118
Sepsis A-4-10-III	III	1	6.349.425	5.668.600	-680.825
Sub total sepsis		1	6.349.425	5.668.600	-680.825
J-4-15-I	II	1	2.687.311	5.052.200	2.364.889
J-4-21-I	III	1	2.103.225	2.717.000	613.775
Z-4-12-II	III	1	1.570.209	3.823.300	2.253.091
J-4-18-I	III	1	2.615.803	2.161.100	-454.703
K-4-17-III	II	1	1.937.216	2.957.800	1.020.584
Sub total pasien dengan kode lain		5	10.913.764	16.711.400	5.797.636
Total keuntungan		41	103.785.571	169.359.500	65.573.929

Berdasarkan tabel tersebut, dapat diketahui selisih biaya riil dengan tarif INA CBG's, selain kode untuk penyakit *invasive diseases* terdapat juga kode untuk penyakit lain. Terdapat 5 pasien pneumonia dengan kode selain J-4-16. Hal ini disebabkan BPJS selaku penyelenggara program JKN memilih untuk diagnosa sekunder pasien sebagai penentuan tarif INA CBG's. Seluruh pasien pneumonia dengan kode J-4-16 di seluruh kelas perawatan yaitu berjumlah 35 pasien dengan total biaya riil sebesar Rp.86.522.382 dan total tarif INA-CBG's sebesar Rp.146.979.500 diperoleh selisih sebesar Rp.60.457.118. Hasil selisih tersebut bernilai positif yang menandakan keuntungan bagi rumah sakit. Pada pasien sepsis dengan kode A-4-10-III biaya riil sebesar Rp.6.349.425 dan tarif INA CBG's sebesar Rp.5.668.600 diperoleh selisih sebesar Rp.-680.825. Hasil selisih bernilai negatif yang menandakan kerugian bagi pihak rumah sakit. Biaya kekurangan tersebut akan ditanggung oleh pihak rumah sakit. Hal ini telah sesuai dengan Kemenkes RI (2013) yang menyatakan bahwa selisih biaya peserta BPJS kesehatan rawat inap dan rawat jalan pada kelas perawatan I,II,dan III menjadi tanggungjawab rumah sakit selaku provider atau penyedia layanan kesehatan. Total pasien *invasive diseases* berjumlah 36 pasien dengan total biaya riil sebesar Rp92.871.807 dan total tarif INA CBG's sebesar Rp152.648.100 diperoleh selisih sebesar Rp59.776.293. Hasil selisih tersebut positif yang menandakan keuntungan bagi rumah sakit dari penyakit *invasive diseases* anak rawap inap. Pada kode INA CBG's J-4-15-I di kelas perawatan II dengan deskripsi adalah peradangan dan infeksi pernafasan ringan. Biaya riil pasien tersebut sebesar Rp2.687.311 dengan tarif INA-CBG's sebesar Rp5.052.200 diperoleh selisih sebesar Rp.2.364.889

yang merupakan keuntungan bagi pihak rumah sakit. Kode INA-CBG's J-4-21-I di kelas perawatan III dengan deskripsi gejala, tanda dan diagnosis sistem pernafasan ringan. Biaya riil pasien adalah sebesar Rp2.103.225 dengan tarif INA-CBG's sebesar Rp2.717.000 diperoleh selisih sebesar Rp613.775, yang mana merupakan keuntungan bagi rumah sakit. Pada kode Z-4-12-II di kelas perawatan III dengan deskripsi adalah faktor-faktor yang mempengaruhi status kesehatan lain-lain (sedang) dengan biaya riil sebesar Rp1.570.209 dan tarif INA-CBG's sebesar Rp3.823.300 diperoleh selisih sebesar Rp2.253.091 yang merupakan keuntungan bagi rumah sakit. Pada kode pasien yaitu J-4-18-I di kelas perawatan III dengan deskripsi yaitu asma dan bronkiolitis (ringan) dengan biaya riil sebesar Rp2.615.803 dan tarif INA-CBG's sebesar Rp2.161.100 diperoleh selisih sebesar Rp-454.703. Hasil tersebut bernilai negatif yang mendakan kerugian bagi pihak rumah sakit yang akan menanggung biaya tersebut. Pada pasien dengan kode K-4-17-III di kelas perawatan II diperoleh biaya riil sebesar Rp1.937.216 dan tarif INA-CBG's sebesar Rp2.957.800 dengan selisih sebesar Rp1.020.584 yang mana merupakan keuntungan bagi rumah sakit. Total keuntungan rumah sakit berdasarkan selisih biaya riil dengan tarif INA CBG's pada seluruh pasien dengan kode INA CBG's untuk pasien *invasive diseases* maupun tidak adalah sebesar Rp65.573.929. Hasil selisih tersebut menunjukkan bahwa rumah sakit telah menetapkan *clinical pathway* sesuai dengan kelas perawatan dan tingkat keparahan pasien. Rumah sakit dapat mengelola tarif INA-CBG's pada pasien *invasive diseases* dengan baik dan meminimalkan kerugian.