

## **BAB IV**

### **HASIL DAN PEMBAHASAN**

#### **A. Gambaran Karakteristik Subjek Penelitian**

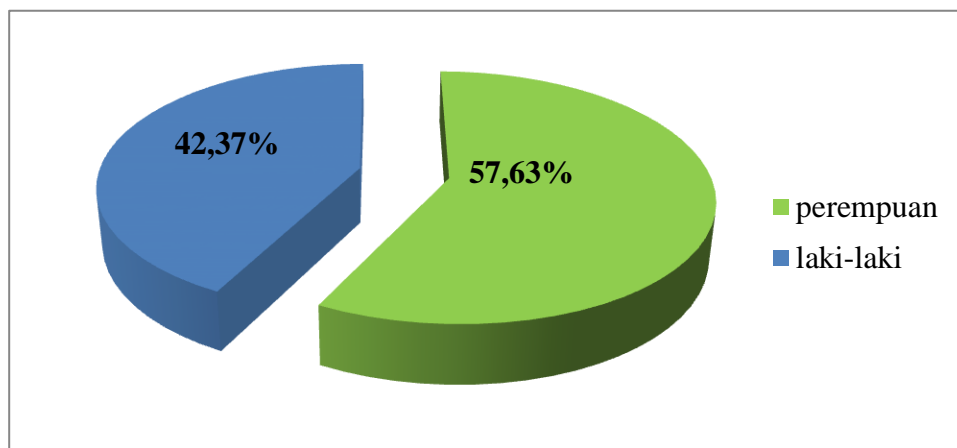
##### **1. Gambaran karakteristik Pasien**

Hasil penelitian diperoleh jumlah subjek sebanyak 70 pasien. Subjek penelitian yang memenuhi kriteria inklusi sebanyak 59 pasien, sedangkan 11 pasien dieksklusi karena 2 pasien meninggal sewaktu dirawat, 4 pasien pulang atas permintaan sendiri dan 5 pasien rekam medik tidak lengkap.

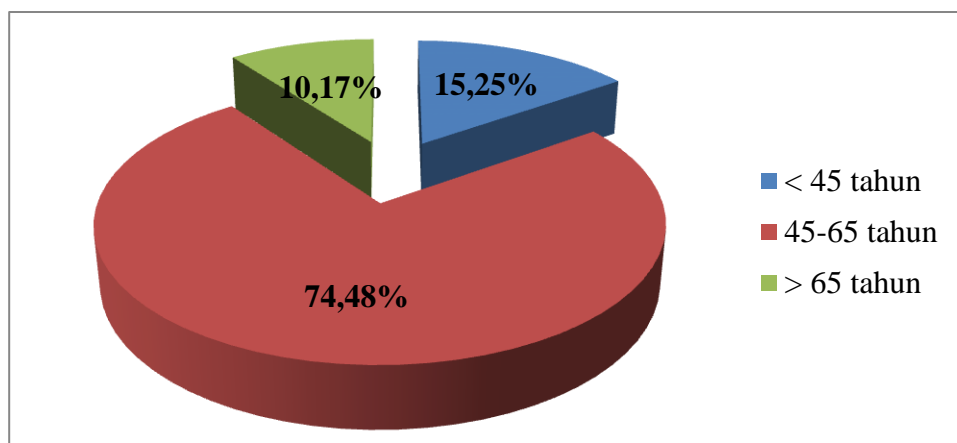
Berdasarkan hasil data yang memenuhi kriteria inklusi bahwa pasien diabetes mellitus yang menjalani rawat inap lebih banyak perempuan yaitu 34 pasien 57,63% dibandingkan laki-laki 25 pasien 42,37%, karena jenis kelamin merupakan faktor risiko yang tidak dapat diubah. Hal ini sesuai dengan penelitian Bintah dan Erma (2012) menerangkan bahwa proporsi pasien diabetes mellitus perempuan lebih besar dari laki-laki. Prevalensi diabetes mellitus di Amerika sering terjadi di kalangan perempuan meskipun belum diketahui secara pasti bagaimana mekanismenya (Triplit *et al*,2008). Penderita diabetes mellitus pada penelitian ini juga berada pada kelompok usia <45 tahun 9 pasien, kelompok usia 45-65 tahun 44 pasien dan kelompok usia >65 tahun 6 pasien. Hasil penelitian tersebut sesuai dengan ADA (2012) bahwa umur di atas 45 tahun merupakan salah satu faktor risiko terjadinya diabetes mellitus. Hal ini disebabkan oleh pola hidup masyarakat yang kurang baik,

misalnya pola makan yang tidak sehat, kurang olahraga dan kurang istirahat (Davis *et al*, 2005). Seiring meningkatnya usia, maka resiko terjadinya penyakit diabetes mellitus semakin tinggi akibat menurunnya toleransi glukosa yang berhubungan dengan berkurangnya sensitifitas sel perifer terhadap efek insulin (ADA, 2012). Tingkat kejadian diabetes mellitus dengan komplikasi menurun setelah usia 65 tahun yang kemungkinan besar disebabkan oleh berkurangnya jumlah pasien yang bertahan hidup (Udayani, 2011).

**Gambar 3. Diagram Persentase Jenis Kelamin Pasien**



**Gambar 4. Diagram Persentase Usia Pasien**



## 2. Karakteristik Perawatan Pasien Sesuai Kode CBG's

*Severity Level* menunjukkan tingkat keparahan penyakit pasien. Deskripsi dari E-4-10-I,II dan III berturut-turut adalah diabetes mellitus ringan, diabetes mellitus sedang dan diabetes mellitus berat. Terjadinya *severity level* dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain adanya diagnosis sekunder maupun tindakan/prosedur dan juga umur pasien.

Hasil penelitian dari 59 sampel seperti tampak pada tabel 1 dihasilkan kode CBG's terbanyak adalah E-4-10-III sebanyak 27 pasien (45,77%), dan E-4-10-I sebanyak 20 pasien (33,90%), serta paling rendah adalah E-4-10-II sebanyak 12 pasien (20,33%).

**Tabel 1. Jumlah, Jenis dan Deskripsi Kode CBG's**

Kode CBG'S	Deskripsi	Jumlah	%
E-4-10-I	Diabetes Mellitus Ringan	20	33,90
E-4-10-II	Diabetes Mellitus Sedang	12	20,33
E-4-10-III	Diabetes Mellitus Berat	27	45,77
	Jumlah	59	100

## B. Pembiayaan Berbasis Tarif INA-CBG's Pada Kasus DM

### 1. Besar Tarif Berdasarkan Kode INA-CBG's

**Tabel 2. Besaran Tarif Berdasarkan Deskripsi Kode CBG's**

Kode CBG'S	Deskripsi	Besaran tarif
<b>E-4-10-I</b>	Diabetes Mellitus Ringan	Rp 2,720,050.00
<b>E-4-10-II</b>	Diabetes Mellitus Sedang	Rp 4,743,430.00
<b>E-4-10-III</b>	Diabetes Mellitus Berat	Rp 6,012,270.00

Tabel 2 menunjukkan tarif berdasarkan deskripsi kode INA-CBG's, tarif terbesar adalah kode CBG's E-4-10-III (DM berat) yaitu Rp 6.012.270. Tarif tersebut merupakan tarif dari paket CBG's yang sesuai dengan diagnosis utama, diagnosis sekunder dan prosedur tindakan yang sudah ditetapkan dalam Permenkes No 59 tahun 2014 dan untuk klaim terhadap rumah sakit juga berdasarkan Permenkes No 59 tahun 2014 tentang tipe rumah sakit dan posisi regional rumah sakit. Berdasarkan hal tersebut RS Kalisat dengan tipe C berada di regional 1 maka pada tabel 2 ditetapkan klaim untuk RS Kalisat yang menjalani rawat inap kelas III.

## 2. Jenis Tarif Berdasarkan Lama Rawat Inap (*Length Of Stay*)

**Tabel 3. Rata-rata Lama Rawat Inap**

<b>KODE CBG's</b>	<b>N</b>	<b>LOS Mean ± SD</b>	<b>KAMAR Mean ± SD</b>
E-4-10-I	20	5,00 ± 2,33	600.000 ± 280.750,0
E-4-10-II	12	5,16 ± 1,75	620.000 ± 209.035,1
E-4-10-III	27	5,00 ± 1,95	600.000 ± 213.108,9

Tabel 3 menunjukkan lama rawat dan besaran tarif sesuai kode CBG's, kode E-4-10-I dengan lama rawat rata-rata 5,00 ± 2,33 hari serta rata-rata biaya kamar Rp 600.000 ± 280.750 sama dengan kode E-4-10-III rata-rata 5,00 ± 1,95 yang tingkat keparahannya lebih berat, hal ini disebabkan karena jumlah pasien yang paling banyak dan lama rawat dibawah 3 hari ada 8 pasien dan rentang lama rawatnya hanya 4-9 hari sedangkan kode E-4-10-I lama rawat dibawah 3 hari hanya 4 pasien dan rentangnya 4-12 hari. Sedangkan pada kode E-4-10-II rata-ratanya lebih

besar karena hanya 12 pasien dan lama rawat dibawah 3 hari hanya 1 pasien dengan rentang 4-9 hari, sehingga jika total lama rawat pasien dibagi jumlah pasien yang semakin banyak maka rata-ratanya semakin kecil karena rentang waktu lama rawatnya hampir sama.

Hal ini juga bisa terjadi karena penyakit komplikasi yang diderita pasien tingkat keparahan ringan perlu waktu yang lebih lama untuk perawatannya sedangkan untuk komplikasi tingkat keparahan berat tidak perlu waktu lama untuk perawatan komplikanya jadi bisa dirawat dirumah hanya dengan obat-obatan atau untuk komplikasi tingkat keparahan berat jika RS Kalisat tidak memadai dari segi sarana dan prasarana maka pasien dirujuk ke rumah sakit yang lebih mampu.

**Tabel 4. Karakteristik LOS di RS Kalisat Berdasarkan INA-CBG's**

KODE CBG's	Rata-Rata LOS CBG's	JML	TOTAL
E-4-10-I	< 7,63	18	20
	> 7,63	2	
E-4-10-II	< 11,76	11	12
	> 11,76	1	
E-4-10-III	< 19,83	27	27
	> 19,83	0	

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar pasien memiliki LOS yang lebih kecil dari pada *Av-LOS (Average Length Of Stay)* yang telah ditetapkan oleh INA-CBG's sebanyak 3 pasien yang lebih besar dari *Av-LOS* CBG's atau 5,08% yang tidak sesuai dengan standar. Lama rawat pasien bervariasi dan sangat tergantung dengan kondisi pasien tersebut

apalagi jika terjadi komplikasi yang dialami pasien selama perawatan berlangsung.

**Tabel 5. Perbandingan rata-rata antara LOS RS dan LOS INA-CBG's**

KODE	TARIF	N	MEAN ± SD	MIN	MAKS	P
E-4-10-I	RS	20	5,00 ± 2,33	2	12	0,000
	INA-CBG's		7,63 ± 0	7,63	7,63	
E-4-10-II	RS	12	5,16 ± 1,75	3	12	0,000
	INA-CBG's		11,76 ± 0	11,76	11,76	
E-4-10-III	RS	27	5,00 ± 1,95	2	9	0,000
	INA-CBG's		19,83 ± 0	19,83	19,83	

Tabel 5 menunjukkan hasil pengujian bahwa apakah terdapat perbedaan yang bermakna antara LOS pasien diabetes mellitus dengan LOS standar yang ditetapkan INA-CBG's. LOS riil pasien merupakan LOS pasien selama dirawat di rumah sakit sampai selesai perawatan. Apabila dilihat dari *Av-LOS* RS Kalisat selama periode bulan Januari sampai Juni 2015 yang lebih kecil dari pada *Av-LOS* INA-CBG's dengan hasil analisis LOS keparahan I,II, dan III diperoleh nilai  $p=0,000$  ( $p < 0,05$ ) yang berarti rata-rata LOS riil pengobatan diabetes mellitus dengan masing-masing tingkat keparahan berbeda secara bermakna terhadap LOS standard INA-CBG's. Hasil tersebut memperlihatkan efektifnya hasil pelayanan dan efisiensinya waktu proses pelayanan kesehatan di RS Kalisat, sehingga membuktikan adanya upaya untuk penghematan pembiayaan pelayanan, baik dari segi rumah sakit maupun pasien, terutama dalam penurunan angka LOS riil pasien di rumah sakit.

Lama rawat (*Length of Stay*) juga turut mempengaruhi perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBG's. Hal tersebut dikarenakan lama rawat pada tarif riil dihitung per hari, sehingga semakin lama pasien dirawat semakin besar biayanya. Sedangkan pada INA-CBG's lama rawat sudah ditentukan standarnya, sehingga meski pasien dirawat lama ataupun sebentar tarifnya akan tetap sesuai kode diagnosis dan kode prosedurnya.

Menurut Cleverly (1997), salah satu cara agar biaya untuk sistem pembayaran paket (*Cased Base Groups*) dapat dikurangi yaitu dengan mengurangi lama rawat pasien. Sementara itu menurut Sudra (2009), dari aspek medis semakin panjang lama rawat maka dapat menunjukkan kualitas kinerja medis yang kurang baik karena pasien harus dirawat lebih lama (lama sembuh). Sebaliknya, bila lama rawat semakin pendek maka kualitas kinerja medis baik. Namun pendeknya lama rawat juga dipengaruhi oleh cara keluar pasien yang menurut Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kemenkes (2010) terbagi ke dalam lima kategori, yaitu sembuh, rujuk, meninggal, pulang paksa, dan lain-lain.

Pada aspek ekonomis, semakin panjang lama rawat berarti semakin tinggi biaya yang nantinya harus dibayar oleh pasien (pihak pembayar) dan diterima oleh rumah sakit. Hal tersebut hanya berlaku pada tarif riil saja, sedangkan pada tarif paket INACBG's panjang atau pendeknya lama rawat tidak berpengaruh terhadap besarnya biaya.

### C. Komponen Biaya Rawat Inap Berdasarkan Tarif Riil Pasien DM

Komponen biaya pasien diabetes mellitus yang ditunjukkan pada tabel 6 untuk biaya kamar dengan tingkat keparahan II (E-4-10-II) rata-rata Rp 620.000 ± 209.935 lebih besar dibandingkan dengan tingkat keparahan I (E-4-10-I) rata-rata Rp 600.000 ± 280.750 dan tingkat keparahan III (E-4-10-III) rata-rata Rp 600.000 ± 213.108 hal ini karena dipengaruhi perbedaan jumlah pasien dan rata-rata lama rawat inap yang lebih tinggi tingkat II sehingga juga mempengaruhi besarnya rata-rata biaya kamar.

**Tabel 6. Komponen Biaya Rawat Inap Pasien Diabetes Mellitus**

<b>KODE CBG's</b>	<b>N</b>	<b>Kamar (Rp) Mean ± SD</b>	<b>Penunjang (Rp) Mean ± SD</b>	<b>T.Medis (Rp) Mean ± SD</b>	<b>Farmasi (Rp) Mean ± SD</b>	<b>Lain-Lain (Rp) Mean ± SD</b>
E-4-10-I	20	600.000 ± 280.750	561.820 ± 62.062,5	790.450 ± 103.344	490.260 ± 116.018	243.250 ± 62.096
E-4-10-II	12	620.000 ± 209.935	893.108 ± 117.362	1.712.083 ± 158.854	1.068.344 ± 139.177	261.250 ± 27.062
E-4-10-III	27	600.000 ± 213.108	1.002.874 ± 284.545	2.639.507 ± 275.959	1.446.294 ± 265.426	369.148 ± 41.436

\*Ket : lain-lain (biaya sarana-prasarana, pelayanan gizi, oksigen, dll)

Rata-rata biaya penunjang pasien diabetes mellitus pada tingkat keparahan III lebih besar dibandingkan dengan tingkat keparahan I dan II yaitu Rp 1.002.874 ± 284.545 pada tingkat keparahan III dan Rp 893.108 ± 117.362 pada tingkat keparaha II serta Rp 561.820 ± 62.062,5 pada tingkat keparahan I. Sesuai dengan hasil tersebut tingkat keparahan III yang lebih tinggi karena biaya penunjang yang meliputi biaya



laboratorium, radiologi, USG, ICU, dan lain-lain lebih banyak dibutuhkan untuk pasien yang diagnosanya lebih parah dari pada yang sedang dan ringan.

Rata-rata untuk tindakan medis pada tingkat keparahan III lebih besar dibandingkan dengan tingkat keparahan I dan II yaitu Rp 2.639.507 ± 275.959 untuk rata-rata tingkat keparahan III dan Rp 1.712.083 ± 158.854 tingkat keparahan II serta rata-rata Rp 790.450 ± 103.344 tingkat keparahan I. Hal ini juga sesuai karena tingkat keparahan III lebih besar membutuhkan jasa perawatan dokter, dan terapi yang termasuk dalam biaya tindakan medis terutama tingkat keparahan III dengan diagnosa sekunder lebih parah yang menyertai penyakit diabetes mellitus sehingga lebih banyak membutuhkan tindakan medis dari pada keparahan II dan tingkat keparahan I.

Rata-rata biaya farmasi dan biaya lain-lain pada tingkat keparahan III lebih besar keseluruhan dari pada tingkat keparahan I dan tingkat keparahan II yaitu Rp 1.446.294 ± 265.426 biaya farmasi dan Rp 369.148 ± 41.436 biaya lain-lain, sedangkan rata-rata tingkat keparahan I Rp 490.260 ± 116.018 biaya farmasi dan Rp 243.250 ± 62.096 biaya lain-lain sedangkan tingkat keparahan II Rp 1.068.344 ± 139.177 biaya farmasi dan Rp 261.250 ± 27.062 biaya lain-lain. Hal tersebut sama dengan biaya penunjang dan tindakan medis dimana tingkat keparahan yang lebih tinggi membutuhkan biaya yang lebih besar. Biaya farmasi yang meliputi obat-

obatan dan alat kesehatan selama menjalani perawatan dan biaya lain-lain yang meliputi pelayanan gizi, oksigen, sarana prasarana, dan adminitrasi.

Rata-rata sebagian besar biaya yang lebih tinggi terjadi pada tingkat keparahan III hal tersebut disebabkan karena faktor keparahan penyakit pasien dan diagnosis sekunder pasien.

Menganalisis biaya dari perspektif rumah sakit dari total komponen biaya pasien seperti tampak pada tabel 7 sesuai dengan tingkat keparahan, pada tingkat keparahan I yang mempunyai alokasi dana terbesar selama perawatan yaitu tindakan medis 29.43%. Tingkat keparahan II dan III dari total komponen biaya yang terbesar juga pada biaya tindakan medis dengan tingkat keparahan II 37.58% dan tingkat keparahan III 43.57%.

**Tabel 7. Total Pembiayaan Riil Pasien DM Sesuai Tingkat Keparahan**

Komponen	E-4-10-I		E-4-10-II		E-4-10-III	
	Jumlah Biaya (Rp) (n=20)	%	Jumlah Biaya (Rp) (n=12)	%	Jumlah Biaya (Rp) (n=27)	%
Kamar	12,000,000	22.34	7,440,000	13.61	16,200,000	9.91
Penunjang	11,236,400	20.92	10,717,300	19.61	27,077,600	16.55
Tindakan	15,809,000	29.43	20,545,000	37.58	71,266,700	43.57
Obat-obatan	9,805,200	18.25	12,820,130	23.45	39,049,930	23.87
Lain-lain	4,865,000	9.05	3,135,000	5.74	9,967,000	6.096
Jumlah	53,715,600	100	54,657,430	100	163,561,230	100

\*Ket : lain-lain (biaya sarana-prasarana, pelayanan gizi, oksigen, dll)

Biaya kamar menempati posisi kedua pada tingkat keparahan I karena semakin lama pasien dirawat meskipun berada pada tingkat

keparahan yang ringan maka alokasi dana untuk biaya kamar akan semakin besar, karena belum tentu tingkat keparahan ringan lama rawatnya lebih sebentar dari pada tingkat keparahan sedang atau berat bisa juga lebih lama tergantung kebutuhan perawatan. Posisi ketiga adalah biaya penunjang yaitu 20.92% karena pada tingkat keparahan I juga banyak biaya yang dialokasikan untuk biaya laboratorium.

Pada tingkat keparahan II dan III diketahui yang berada diposisi kedua adalah farmasi atau obat-obatan yang memiliki komponen terbesar yaitu 23.45% dari total biaya tingkat keparahan II dan 23.87% dari total biaya tingkat keparahan III. Hal ini terjadi karena semakin tinggi tingkat keparahan, maka obat-obatan yang dibutuhkan akan semakin banyak tergantung dari banyaknya komorbiditas yang diderita pasien. Hasil ini serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Riewpalboon *et al* (2007), dimana biaya obat dan jasa kefarmasian memiliki prosentase sebesar 45% dari biaya total pengobatan. Seperti tampak pada tabel 7 semakin besar tingkat keparahan pasien maka biaya obat yang dikeluarkan semakin meningkat.

Biaya penunjang pada tingkat keparahan II dan III menempati posisi ketiga dari total biaya pengobatan pasien diabetes mellitus yaitu sebesar 19.61% tingkat keparahan II dan 16.55% tingkat keparahan III. Hasil penelitian ini juga sesuai pada penelitian Riewpalboon *et al* (2007), biaya pemeriksaan laboratorium menempati posisi ketiga dalam urutan komponen biaya total pengobatan yaitu sebesar 11%.

Besarnya biaya pemeriksaan patologi klinik pada penelitian ini disebabkan pemeriksaan serum kreatinin, BUN, dan lain-lain sangat sering dilakukan pada pasien diabetes mellitus dengan tingkat keparahan II dan III. Hal ini berkaitan dengan komplikasi yang terjadi pada pasien diabetes mellitus, sehingga perlu adanya pemantauan yang berkelanjutan.

#### **D. Selisih Pembiayaan Tarif Riil RS Dibandingkan Tarif INA-CBG's**

##### **1. Analisis Korelasi Komponen Biaya Riil Pengobatan Pasien Dengan Tarif INA-CBG's**

Hubungan antara komponen biaya dengan dengan tarif INA-CBG's untuk seluruh tingkat keparahan seperti tampak pada tabel 8. Analisis berdasarkan tabel 8 tersebut diketahui komponen biaya kamar tidak signifikan ( $p=0,992$ ), jadi tidak ada pengaruh bermakna antara biaya kamar yang diklaim dengan INA-CBG's. Hal ini disebabkan karena semakin lama pasien dirawat semakin tinggi biaya yang harus dibayar oleh pasien tetapi hal tersebut hanya berlaku pada tarif riil rumah sakit saja sedangkan pada tarif INA-CBG's panjang atau pendeknya lama dirawat tidak berpengaruh terhadap besarnya biaya yang akan diklaim karena tarif sudah ditetapkan sesuai dengan tingkat keparahan.

Sedangkan untuk biaya penunjang, tindakan medis, obat-obatan dan biaya lainnya signifikan ( $p=0,000$ ) dengan biaya tarif INA-CBG's, sehingga ada pengaruh bermakna antara komponen tersebut, karena sebagian besar dana yang lebih dibutuhkan dari klaim dialokasikan kedalam komponen tersebut. Semakin tinggi nilai  $R$  ( $R > 0,05$ ) maka

semakin berpengaruh komponen biaya tersebut terhadap biaya klaim INA-CBG's dan terbukti dari analisis sebelumnya bahwa biaya tindakan memiliki pengaruh besar

**Tabel 8. Hasil Analisis Korelasi Antara Komponen Dengan Biaya Tarif Pengobatan Pasien INA-CBG's**

<b>Variabel</b>	<b>n</b>	<b>P</b>	<b>R</b>
Kamar		0,992	0,001
Penunjang		0,000	0,699
Tindakan	59	0,000	0,965
Obat-obatan		0,000	0,906
Lain-lain		0,000	0,725

\*Ket : lain-lain (biaya sarana-prasarana, pelayanan gizi, oksigen, dll)

## 2. Analisis Biaya Berdasarkan INA-CBG's

Selisih antara total biaya riil RS Kalisat dengan tarif INA-CBG's seperti tampak pada tabel 9. Besarnya selisih diperoleh dari pengurangan total tarif INA-CBG's dengan total biaya. Berdasarkan hasil dapat diketahui terjadi selisih positif antara biaya riil dan tarif pada pasien dengan kode INA-CBG's E-4-10-I dan E-4-10-II Sedangkan E-4-10-III terjadi selisih negatif. Hal ini terjadi karena kondisi pasien dengan tingkat keparahan I dan II cenderung memerlukan biaya pengobatan dan tindakan medis lebih rendah dibandingkan dengan pasien tingkat keparahan III.

**Tabel 9. Selisih Antara Total Biaya Riil RS Kalisat Dengan Total Tarif Paket INA-CBG's**

<b>KODE</b>	<b>N</b>	<b>Total Biaya Riil RS (Rp)</b>	<b>Total Biaya INA-CBG's (Rp)</b>	<b>Selisih (-/+) (Rp)</b>
E-4-10-I	20	53,715,600	54,401,000	685,400
E-4-10-II	12	54,657,430	56,921,160	2,263,730
E-4-10-III	27	163,561,230	162,331,290	-1,229,940
			Jumlah	1,719,190

**Tabel 10. Perbandingan Rata-Rata Biaya Riil RS Kalisat Dengan Tarif Paket INA-CBG's**

<b>KODE CBG's</b>	<b>TARIF</b>	<b>N</b>	<b>MEAN ± SD (Rp)</b>	<b>MIN (Rp)</b>	<b>MAKS (Rp)</b>	<b>P</b>
E-4-10-I	RS	20	2.685.780 ± 600.959,6	1.793.200	4.354.350	0,000
	INA-CBG's		2.720.050 ± 0	2.720.050	2.720.050	
E-4-10-II	RS	12	4.554.786 ± 627.467,7	3.706.040	5.829.340	0,000
	INA-CBG's		4.743.430 ± 0	4.743.430	4.743.430	
E-4-10-III	RS	27	6.057.823 ± 1.046.588	4.123.610	7.934.800	0,000
	INA-CBG's		6.012.270 ± 0	6.012.270	6.012.270	

Tabel 10 menunjukkan hasil pengujian untuk melihat apakah terdapat perbedaan antara biaya riil RS Kalisat dengan tarif INA-CBG's pasien diabetes mellitus. Terlihat bahwa rata-rata biaya riil rumah sakit dengan tingkat keparahan I lebih rendah yaitu Rp 2.685.780 ± 600.959,6 dibandingkan rata-rata tarif INA-CBG's Rp 2.720.050 ± 0. Rata-rata tingkat

keparahan II juga lebih rendah yaitu Rp 4.554.786 ± 627.467,7 dibandingkan rata-rata tarif INA-CBG's Rp 2.720.050 ± 0. Sedangkan untuk tingkat keparahan III rata-rata biaya riil lebih tinggi yaitu Rp 6.057.823 ± 1.046.588 dibandingkan dengan rata-rata tarif INA-CBG's Rp 6.012.270 ± 0.

Berdasarkan analisis tersebut untuk biaya tingkat keparahan I, II dan III diperoleh  $p < 0,05$  sehingga signifikan ( $P = 0,000$ ). Hal itu berarti rata-rata biaya riil dengan tingkat keparahan I, II dan III berbeda secara bermakna terhadap biaya pengobatan berdasarkan tarif INA-CBG's.

Berdasarkan analisis yang telah dilakukan perbedaan antara tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's dapat dipengaruhi oleh beberapa faktor. Menurut Thabrani (2011), faktor-faktor yang mempengaruhi biaya kesehatan yaitu komponen inflasi biaya rumah sakit, kebijakan pemerintah, pembayar pihak ketiga (asuransi), maupun tenaga kesehatan sendiri. Sedangkan menurut Cleverly (1997), ada empat cara utama secara teknis agar biaya untuk sistem pembayaran paket (*Cased Base Groups*) dapat dikurangi, yaitu mengurangi harga yang dibayar untuk sumber daya/input, mengurangi lama dirawat pasien, mengurangi intensitas pelayanan yang disediakan dan meningkatkan efisiensi produksi.

Demikian halnya perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBG pada pembayaran klaim Jamkesmas pasien rawat inap di RS Kalisat yang diantaranya dilatarbelakangi oleh perbedaan standar tarif yang diterapkan, lama dirawat, diagnosis/prosedur, serta ketiadaan *clinical pathway*. Hal-hal

yang melatarbelakangi perbedaan tarif riil dengan tarif paket tersebut secara garis besar sejalan dengan yang telah disampaikan oleh Cleverly (1997).

Pada perbedaan tarif riil dengan tarif paket INA-CBG's di RS Kalisat, tarif riilnya dihitung per rincian jenis pelayanan, dalam hal ini standard tarifnya sudah ditentukan dalam Peraturan Daerah. Sedangkan tarif INA-CBG's dihitung berdasarkan akumulasi atau penggabungan kode diagnosa dan kode prosedur/tindakan ke dalam sebuah kode CBG yang standar tarifnya telah ditetapkan oleh Pemerintah Pusat (*Centre for Casemix* Kemenkes RI).

Perbedaan tarif riil juga dilatarbelakangi oleh *clinical pathway*, sedangkan RS Kalisat belum memiliki *clinical pathway*, sehingga pemberian pelayanan kesehatan pada pasien dengan kasus yang sama dapat berbeda-beda pada setiap dokter yang menanganinya. Misalnya pada acuan lama pasien dirawat, pemberian obat-obatan, pemberian tindakan medis maupun pemeriksaan penunjang. Hal tersebut juga mengakibatkan pemberian pelayanan kepada pasien kurang terkontrol, bisa berlebihan atau justru pelayanan yang diberikan tidak relevan dengan penyakit yang diderita pasien karena ketiadaan standar pemberian pelayanan kesehatan.

Menurut pernyataan yang tertuang dalam Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (2010), bahwa biaya jasa medis/jasa pelayanan ditetapkan Direktur RS setinggi-tingginya 44% atas biaya pelayanan kesehatan yang



dilakukan. Jasa medis/jasa pelayanan tersebut meliputi biaya untuk pemberi pelayanan dalam rangka observasi, diagnosis, pengobatan, tindakan medis, perawatan, konsultasi, visite, atau pelayanan medis lainnya, serta untuk pelaksana administrasi pelayanan.

Berdasarkan pernyataan tersebut, ketiadaan *clinical pathway* memiliki pengaruh besar terhadap selisih antara tarif riil dengan tarif paket INA-CBG's. Sebagaimana yang telah disampaikan oleh Cleverly (1997), salah satu cara agar biaya pembayaran paket INA-CBG's dapat dikurangi dengan meningkatkan efisiensi produksi dalam tahap pelayanan.

Menurut Kemenkes RI (2010), bahwa jasa medis/jasa pelayanan ditetapkan Direktur RS setinggi-tingginya 44% atas biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan secara tidak langsung dapat memotivasi Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) untuk memperoleh jasa medis/jasa pelayanan sebanyak mungkin, terlebih lagi dengan ketiadaan *clinical pathway* sebagai sarana pengendali dan standar pemberian pelayanan kesehatan.

Hal ini sepintas dapat merugikan pihak pasien dari segi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima, maupun pihak penyelenggara program Jamkesmas dalam hal pertanggungjawaban pengeluaran dana yang telah diberikan kepada rumah sakit. Kemenkes RI (2010) menegaskan keberadaan *clinical pathway* merupakan suatu kebutuhan mendasar agar tenaga medis (terutama dokter) memiliki landasan dan dapat

mempertanggungjawabkan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

### **3. Perbandingan Tarif Riil Perpasien dengan tarif INA-CBG's**

Data sampel 59 pasien yang diteliti secara keseluruhan perpasien dengan tingkat keparahan I,II dan III seperti tampak pada gambar 5 terdapat 27 sampel (46%) biaya riil lebih besar dari tarif INA-CBG's dari kode E-4-10-I sebanyak 9 pasien, E-4-10-II sebanyak 4 pasien dan E-4-10-III sebanyak 14 pasien, 0 sampel (0%) sama dengan tarif INA-CBG's, dan 32 sampel (54%) biaya riil lebih kecil dari tarif INA-CBG's dari kode E-4-10-I sebanyak 11 pasien, E-4-10-II sebanyak 8 pasien dan E-4-10-III sebanyak 13 pasien. Dari 27 sampel yang diteliti (46%) dimana pembiayaan berbasis tarif INA-CBG's lebih kecil dari tarif rumah sakit dengan distribusi rata-rata pembiayaannya adalah berdasarkan lama rawat inap 14.75%, penunjang 18.18%, tindakan medis 37.94%, farmasi atau obat-obatan 22.66%, dan biaya tambahan lainnya 6.46%. Sedangkan 32 sampel yang diteliti (54%) dimana tarif INA-CBG's lebih besar dari pada tarif riil rumah sakit dengan distribusi rata-rata pembiayaan dengan tarif riil rumah sakit adalah berdasarkan lama rawat inap 11.18%, penunjang 17.86%, tindakan medis 41.49%, farmasi atau obat-obatan 22.70%, dan biaya tambahan lainnya 6.77%.

**Gambar 5. Perbandingan Tarif Riil RS Terhadap INA-CBG's**

