

**ANALISIS PERBEDAAN TARIF RIIL DENGAN TARIF INA-CBG's
PADA KASUS HIPERTENSI PRIMER PASIEN JKN
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG**

SKRIPSI



**Oleh :
ANNI SURAYYA
22.0.TM.066**

**PRODI SARJANA TERAPAN MANAJEMEN INFORMASI KESEHATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN MITRA HUSADA
KARANGANYAR
2024**

PENGESAHAN

**ANALISIS PERBEDAAN TARIF RIIL DENGAN TARIF INA-CBG's
PADA KASUS HIPERTENSI PRIMER PASIEN JKN
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Oleh :

Anni Surayya

NIM. 22.0.TM.066

Telah dipertahankan dihadapan Dewan Penguji Skripsi Prodi Sarjana Terapan
Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar
dan diterima untuk memenuhi Sebagian syarat guna memperoleh gelar Sarjana
Terapan Rekam Medis Informatika Kesehatan (S.Tr.RMIK)

Pada tanggal 16 Februari 2024

Karanganyar, 6 Juni 2024

1. Ketua Penguji : Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes
2. Anggota Penguji I : Astri Sri Wariyanti, SKM, MPH
3. Anggota Penguji II : Harjanti, SKM, M.Kes



Mengesahkan
Ketua
STIKes Mitra Husada Karanganyar



Rohmadi, S.Kom, M.Kom
NIK. 018 12 1978 12 2004 14

**ANALISIS PERBEDAAN TARIF RIIL DENGAN TARIF INA-CBG's
PADA KASUS HIPERTENSI PRIMER PASIEN JKN
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO KOTA SEMARANG**

SKRIPSI

Oleh :

Anni Surayya

NIM. 22.0.TM.066

Diajukan sebagai syarat untuk memperoleh gelar
Sarjana Terapan Rekam Medis Informasi Kesehatan (S.Tr.RMIK)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Karanganyar, 16 Februari 2024

Menyetujui

Pembimbing



Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes
NIK. 016 08 1975 04 2004 2 1

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : Anni Surayya
NIM : 22.0.TM.066
Email : anniansor@gmail.com
Nomor telp/HP : 081575006464
Judul Skripsi : Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif INA-CBG's pada Kasus Hipertensi Primer Pasien JKN RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya serahkan ini benar-benar merupakan hasil karya sendiri, kecuali kutipan-kutipan dari ringkasan yang semuanya telah saya jelaskan sumbernya. Apabila dikemudian hari saya terbukti atau dapat dibuktikan skripsi ini hasil jiplakan, maka gelar dan ijazah yang diberikan oleh Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Mitra Husada Karanganyar batal saya terima.

Semarang, 21 Februari 2024
Yang membuat pernyataan,



(Anni Surayya)
NIM : 22.0.TM.066

**ANALISIS PERBEDAAN TARIF RIIL DENGAN TARIF INA-CBG's
PADA KASUS HIPERTENSI PRIMER PASIEN JKN
DI RSD K.R.M.T WONGSONEGORO
KOTA SEMARANG**

Anni Surayya

Program Studi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan

STIKes Mitra Husada Karanganyar

ABSTRAK

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyakit degeneratif yang membutuhkan perawatan waktu yang lama apalagi seumur hidup. Data hasil observasi awal bahwa kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro termasuk dalam 10 besar penyakit rawat inap. Pada periode bulan Januari 2023 terdapat 45 pasien JKN dengan kasus hipertensi primer, dimana 35 berkas pasien terdapat selisih negatif, dan 10 berkas pasien terdapat selisih positif. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada kasus Hipertensi primer Pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Rancangan penelitian menggunakan observasional analitik dengan pendekatan *cross-sectional* dan uji analisa *Paired Sample t-Test*. Populasi sebanyak 159 berkas dengan menggunakan sampel jenuh. Analisis data penelitian adalah analisis *univariat* dan *bivariat*, hasil penelitian ini rata-rata tarif riil rawat inap Rp. 3.681.993.97, sedangkan rata-rata tarif INA-CBG's Rp. 2.453.426.42. Berdasarkan uji *Wilcoxon* didapatkan hasil uji statistik ($p = 0,000$) menunjukkan ada perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap dengan kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro.

**Kata kunci : Perbedaan, Tarif Riil, Tarif INA-CBG's
Kepustakaan : 25 (2014-2023)**

KATA PENGANTAR

Puji syukur saya panjatkan kepada Allah Yang Maha Esa karena atas rahmat dan karunia-Nya, saya dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif INA-CBG’s pada Kasus Hipertensi Primer Pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang” ini dengan baik. Skripsi ini disusun guna memenuhi salah satu persyaratan menyelesaikan pendidikan program studi sarjana terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar. Didalam menyusun skripsi ini tentu saja tidak lepas dari bantuan berbagai pihak yang telah memberikan masukan, bimbingan dan arahan bagi saya, sehingga skripsi ini dapat terselesaikan dengan baik. Saya mengucapkan terimakasih kepada :

1. Rohmadi, S.Kom, M.Kom selaku Ketua STIKes Mitra Husada Karanganyar,
2. dr. Eko Krisnarto, SP.KK selaku Direktur RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang yang telah memberikan izin untuk melaksanakan penelitian,
3. Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes selaku Ketua Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar,
4. Etik Indarti A.Md selaku Kepala Instalasi Rekam Medis RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang,
5. Sri Sugiarsi, SKM, M.Kes selaku dosen pembimbing Prodi Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan STIKes Mitra Husada Karanganyar,
6. Bapak/Ibu dosen pengampu dan semua staf di Jurusan Sarjana Terapan Manajemen Informasi Kesehatan yang telah memberikan ilmunya sehingga penulis dapat mempergunakan ilmu yang telah disampaikan,
7. Suami dan anak-anak yang selalu memberikan dukungan dan motivasi kepada penulis,
8. Teman seperjuangan di Program Studi Rekam Medis Alih jenjang 2 D-IV Stikes Mitra Husada Karanganyar.

Saya selaku penyusun menyadari bahwa dalam skripsi ini masih jauh dari kata sempurna, untuk itu segala kritik dan saran kami harapkan untuk sempurnanya skripsi ini. Besar harapan saya semoga skripsi ini dapat menjadi referensi yang berguna bagi saya selaku penyusun maupun pembaca.

Semarang,

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
LEMBAR PENGESAHAN.....	ii
LEMBAR PERSETUJUAN.....	iii
SURAT PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	vii
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
BAB I. PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Rumusan Masalah	4
C. Tujuan Penelitian	4
1. Tujuan Umum	4
2. Tujuan Khusus	4
D. Manfaat Penelitian	5
1. Manfaat Teoritis	5
2. Manfaat Praktis	5
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	7
A. Rumah Sakit	7
B. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)	7
C. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS)	11
D. Penyelenggaraan INA-CBG's	14
E. Tarif Rumah Sakit	23
F. Hipertensi	25
G. Hasil Penelitian yang Relevan	26
H. Kerangka Konsep	30
BAB III. METODE PENELITIAN	31

A. Rancangan Penelitian	31
B. Lokasi dan Waktu Penelitian	31
1. Lokasi	31
2. Waktu Penelitian	31
C. Populasi dan Sampel	32
1. Populasi	32
2. Sampel	32
D. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional	32
1. Variabel Penelitian	32
2. Definisi Operasional	32
E. Instrumen dan Cara Pengumpulan Data	33
1. Instrumen Penelitian	33
2. Cara Pengumpulan Data	34
F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data	35
1. Teknik Pengolahan Data	35
2. Analisis Data	36
BAB IV. HASIL DAN PEMBAHASAN	38
A. Hasil.....	38
B. Pembahasan	52
BAB V. KESIMPULAN DAN SARAN.....	60
A. Kesimpulan	60
B. Saran.....	61
DAFTAR PUSTAKA	62

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Casemix Main Groups (CMG).....	17
Tabel 2.2 Case Group dalam INA-CBG's	19
Tabel 2.3 Contoh Kode INA-CBG's	20
Tabel 4.4 Karakteristik Tarif Berdasarkan Kelas Perawatan	44
Tabel 4.5 Karakteristik Tarif Berdasarkan Tingkat Keparahan	45
Tabel 4.6 Karakteristik Tarif Berdasarkan Lama dirawat (LOS).....	46
Tabel 4.7 Karakteristik Tarif Berdasarkan Diagnosis Sekunder	47
Tabel 4.8 Komponen tarif riil rumah sakit.....	48
Tabel 4.9 Nilai statistik tarif riil rumah sakit	49
Tabel 4.10 Tarif INA-CBG's	49
Tabel 4.11 Nilai statistik tarif INA-CBG's	50
Tabel 4.12 Uji Wilcoxon.....	51

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBG's	16
Gambar 2.2 Kerangka Konsep	30

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Struktur Organisasi RSD K.R.M.T Wongsonegoro.....	65
Lampiran 2 Struktur Organisasi Rekam Medis	65
Lampiran 3 <i>Check List</i> tarif riil dengan tarif INA-CBG's	66
Lampiran 4 Lembar perincian biaya perawatan pengobatan pasien.....	74
Lampiran 5 Lembar klaim individual pasien	76
Lmpiran 6 Hasil Uji Normalitas <i>Kolomogrov Smirnov</i>	77
Lampiran 7 Hasil Uji <i>Wilcoxon</i>	78
Lampiran 8 Daftar tanya responden.....	79

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Menurut Permenkes no.3, 2020 “Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat”. Pelayanan terhadap pasien di rumah sakit memerlukan tarif yang sesuai dengan jenis perawatan yang diberikan rumah sakit kepada pasien. Berdasarkan Permenkes Nomor 85 Tahun 2015 tentang pola tarif badan layanan umum rumah sakit di lingkungan kementerian kesehatan, pengertian tarif adalah sebagian atau seluruh biaya penyelenggara kegiatan pelayanan dirumah sakit yang dibebankan pada pasien sebagai imbalan atas jasa pelayanan yang diterima. Sesuai dengan Permenkes Nomor 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga Atas Permenkes No. 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan kesehatan Nasional (JKN) menyatakan bahwa “ Jaminan kesehatan adalah berupa perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah”. Pogram JKN di Indonesia merupakan bentuk perbaikan dalam mengatasi masalah kesehatan masyarakat yang berkaitan dengan mutu pelayanan dan biaya kesehatan Permenkes Nomor 85 Tahun 2015. Badan

penyelenggara jaminan sosial (BPJS) merupakan badan hukum penyelenggara program JKN.

Dalam Permenkes Nomor 26, 2021 dijelaskan bahwa sistem pelayanan program BPJS menggunakan sistem pembayaran dengan tarif paket yaitu *Casemix Indonesia case based groups* (INA-CBG's) yang berpedoman pada klaim BPJS atas layanan berdasar pada pengelompokan diagnosis penyakit dan tindakan perawatan pasien, sehingga rumah sakit akan mendapatkan pembayaran sesuai dengan tarif INA-CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang dihabiskan oleh suatu kelompok diagnosis. Penerapan sistem JKN akan membawa dampak positif yakni meningkatnya akses masyarakat ke pelayanan kesehatan termasuk didalamnya rumah sakit Irwandy & Sjaaf, (2018). Beberapa kendala yang dihadapi oleh rumah sakit dalam pelaksanaan JKN antara lain kurangnya sosialisasi terkait regulasi yang dikeluarkan BPJS kesehatan, tunggakan pembayaran pihak BPJS kesehatan Nuurjannah (2021).

Hipertensi atau tekanan darah tinggi adalah penyakit degeneratif yang membutuhkan perawatan waktu yang lama apalagi seumur hidup. Penyakit ini memiliki prevalensi yang sama besar dinegara berkembang dan negara maju. Resiko utama dari penyakit hipertensi adalah gangguan jantung dan beresiko menyebabkan gagal ginjal dan penyakit cerebrovascular. Data WHO tahun 2021 memperkirakan 1,28 miliar jiwa orang dewasa menderita hipertensi. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar tahun 2018 *prevalensi* hipertensi Indonesia sebesar 34,1 %. *Prevalensi* hipertensi ini mengalami

peningkatan dibandingkan dengan Riskesdas tahun 2013 sebesar 25.8%. Prevalensi hipertensi tertinggi di Kalimantan Selatan (44,1 %) sedangkan terendah di Papua (22,2%). Hipertensi terjadi pada kelompok umur 31-44 tahun (31,6%), umur 45-54 tahun (45,3%), umur 55-64 tahun (55,2%) (Kementrian Kesehatan RI, 2018).

Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Ika Purwidyaningrum, Titik S (2022) menyebutkan bahwa biaya riil lebih rendah dibandingkan dengan biaya INA-CBG's, artinya rumah sakit mampu melakukan efisiensi biaya pengobatan hipertensi rawat inap. Penelitian yang dilakukan Agung et al (2023) menunjukkan bahwa terdapat perbedaan selisih tarif negative nilai antara tarif riil dan tarif paket INACBG's dimana tarif rumah sakit lebih besar dari pada tarif INA-CBG's dan rumah sakit mengalami kerugian. Penelitian lain yang dilakukan oleh Widayati et al. (2022) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi tingginya tarif riil rumah sakit dibandingkan tarif INA-CBG's adalah lama perawatan, tindakan dan diagnosis sekunder.

Berdasarkan data hasil observasi awal bahwa kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro termasuk dalam 10 besar kasus penyakit rawat inap. Pada periode bulan Januari 2023 terdapat 45 pasien JKN dengan kasus hipertensi primer. Dari 45 berkas pasien terdapat 10 berkas pasien memiliki selisih positif, dan 35 berkas pasien memiliki selisih negatif. Total tarif rumah sakit pada 45 kasus hipertensi tersebut sebesar Rp. 139.998.287. Dengan total klaim sebesar Rp. 101.654.500, sehingga selisih negatif

sebesar Rp. 38.343.787. Perbedaan tarif riil dan tarif INA-CBG's pada kasus hipertensi primer pada pasien JKN rawat inap di RSD K.R.M.T Wongsonegoro dapat mengakibatkan kerugian rumah sakit. Oleh sebab itu penulis tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul "Analisis Perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada kasus Hipertensi primer Pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang".

B. Rumusan Masalah

Apakah terdapat perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's untuk kasus Hipertensi primer pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui Perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada kasus Hipertensi primer Pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

2. Tujuan Khusus

- a. Mengetahui besaran tarif riil kasus hipertensi primer untuk pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

- b. Mengetahui besaran tarif INA-CBG's kasus hipertensi primer untuk pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang
- c. Menganalisis perbedaan tarif riil dan tarif INA-CBG's kasus hipertensi primer untuk pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberi sumbangsih dalam perkembangan ilmu pengetahuan dibidang rekam medis khususnya yang berkaitan dengan masalah yang diteliti yaitu perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Mahasiswa

Menambah pengetahuan dan wawasan dalam mengimplementasikan ilmu pengetahuan yang diperoleh selama menjalani masa pendidikan di bangku perkuliahan.

b. Bagi Institusi

Sebagai bahan masukan dalam kegiatan proses belajar mengajar dan menambah kajian keilmuan tentang evaluasi penerapan sistem tarif

INA-CBG's terutama dalam efisiensi biaya bagi pasien rawat inap dengan kasus hipertensi primer.

c. Bagi RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Sebagai sumber informasi dan bahan masukan terkait dengan evaluasi penerapan system tarif paket INA-CBG's sehingga dapat digunakan sebagai acuan pembenahan standar pelayanan medis agar dapat meningkatkan mutu pelayanan di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Rumah Sakit

Pengertian rumah sakit menurut UU RI No 17, 2023 tentang kesehatan adalah fasilitas pelayanan Kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan Kesehatan perseorangan secara paripurna melalui pelayanan Kesehatan *promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif* dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan dan gawat darurat

Berdasarkan PP Nomor 47, 2021 tentang penyelenggaraan bidang perumahsakit, rumah sakit dikelompokkan berdasarkan kemampuan pelayanan, fasilitas kesehatan, sarana penunjang dan sumber daya manusia. Berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan, rumah sakit dikategorikan dalam rumah sakit umum dan rumah sakit khusus, meliputi :

1. Rumah sakit umum adalah rumah sakit dengan pemberian pelayanan kesehatan terhadap semua bidang dan penyakit serta klasifikasinya yaitu kelas A, B, C dan D;
2. Rumah sakit khusus adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan berdasarkan keilmuan dan kekhususannya.

Tugas dan fungsi rumah sakit menurut PP Nomor 47, 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahsakit adalah sebagai berikut :

1. Memberikan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna;

2. Melaksanakan pelayanan pengobatan dan pemulihan kesehatan sesuai standar pelayanan rumah sakit;
3. Pemeliharaan dan peningkatan kesehatan perorangan melalui pelayanan kesehatan yang paripurna tingkat kedua dan ketiga sesuai kebutuhan medis;
4. Penyelenggaraan Pendidikan dan pelatihan sumber daya manusia untuk meningkatkan kemampuan pelayanan;
5. Penyelenggara kajian penelitian dan perkembangan penapisan teknologi bidang kesehatan dalam perencanaan meningkatkan pelayanan kesehatan dengan memperhatikan etika keilmuan bidang kesehatan.

B. Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Menurut Permenkes Nomor 26, 2021 tentang Pedoman INA-CBG dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, dijelaskan bahwa jaminan kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayarkan oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah. Peserta jaminan kesehatan meliputi PBI jaminan kesehatan dan bukan PBI jaminan kesehatan. Peserta PBI jaminan kesehatan ini ditetapkan oleh Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang sosial, yaitu fakir miskin

dan orang tidak mampu. Sedangkan peserta bukan PBI jaminan kesehatan terdiri dari pekerja, pekerja penerima upah (PPU), pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) yang bukan termasuk kelompok PBI jaminan kesehatan (Perpres Nomor 82 Tahun 2018).

Dalam Buku pegangan JSN Kemenkes RI, 2014 dijelaskan prinsip-prinsip jaminan kesehatan nasional mengacu pada prinsip-prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) berikut :

1. Kegotongroyongan

Prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit atau yang beresiko tinggi, dan peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaan SJSN bersifat wajib untuk seluruh penduduk, tanpa pandang bulu. Dengan demikian, melalui prinsip gotong-royong jaminan social dapat menumbuhkan keadilan social bagi seluruh rakyat Indonesia.

2. Nirlaba

Pengelolaan dana amanat oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah nirlaba bukan untuk mencari laba (*for profit oriented*). Sebaliknya, tujuan utama adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta. Prinsip keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas. Prinsip manajemen ini mendasari seluruh

kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

3. Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

4. Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah serta kelayakan penyelenggaraan program.

5. Dana amanat

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan-badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

6. Hasil pengelolaan dana jaminan sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Manfaat JKN mencakup pelayanan promotive, preventif, kuratif, dan rehabilitatif termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis. Manfaat pelayanan promotif dan preventif meliputi pemberian pelayanan:

1. Penyuluhan kesehatan perorangan, meliputi paling sedikit penyuluhan mengenai pengelolaan faktor resiko penyakit dan perilaku hidup bersih dan sehat.
2. Imunisasi dasar, meliputi Baccile Calmett Guerin (BCG), Difteri Pertusis Tetanus dan HepatitisB (DPTHB), Polio, dan Campak
3. Keluarga berencana, meliputi konseling, kontrasepsi dasar, vasektomi, dan tubektomi bekerja sama dengan lembaga yang membidangi keluarga berencana.
4. Skrining kesehatan, diberikan secara selektif yang ditujukan untuk mendeteksi resiko penyakit dan mencegah dampak lanjutan dari risiko penyakit tertentu.

C. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS)

Menurut UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial yang selanjutnya disingkat BPJS adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial kesehatan. BPJS menyelenggarakan sistem jaminan sosial nasional berdasarkan :

1. asas kemanusiaan;

2. manfaat; dan
3. keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia.

BPJS bertujuan untuk mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan terpenuhinya kebutuhan dasar hidup yang layak bagi setiap peserta dan/ atau anggota keluarganya.

Berdasarkan undang-undang ini dibentuk BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan. BPJS kesehatan mempunyai fungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Sedangkan BPJS ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pension dan jaminan kematian. Dalam melaksanakan fungsinya, BPJS bertugas untuk:

1. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta;
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja;
3. Menerima bantuan iuran dari pemerintah;
4. Mengelola dana jaminan sosial untuk kepentingan peserta;
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial;
6. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial; dan
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

Dalam melaksanakan tugas tersebut, BPJS mempunyai wewenang untuk :

1. Menagih pembayaran iuran;
2. Menempatkan dana jaminan sosial untuk investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil yang memadai;
3. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan peserta dan pemberi kerja dalam memenuhi kewajibannya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan jaminan sosial nasional;
4. Membuat kesepakatan dengan fasilitas kesehatan mengenai besar pembayaran fasilitas kesehatan yang mengacu pada standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah;
5. Membuat atau menghentikan kontrak kerja dengan fasilitas kesehatan;
6. Mengenaikan sanksi administrative kepada peserta atau pemberi kerja yang tidak memenuhi kewajibannya;
7. Melaporkan pemberi kerja kepada instansi yang berwenang mengenai kepatuhannya dalam membayar iuran atau dalam memenuhi kewajiban lain sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan; dan
8. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program jaminan sosial.

Berdasarkan Permenkes Nomor 26, 2021 penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan

BPJS Kesehatan berupa fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL). Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama FKTP adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat non spesialisik untuk keperluan observasi, promotif, preventif, diagnosis, perawatan, pengobatan, dan/ atau pelayanan kesehatan lainnya. Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) adalah fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan perorangan yang bersifat spesialisik atau sub spesialisik yang meliputi rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap tingkat lanjutan, dan rawat inap di ruang perawatan khusus (Permenkes Nomor 3 Tahun 2023).

D. Penyelenggaraan INA-CBG's

Menurut Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan, pengertian tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur, meliputi seluruh sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non medis. Sejak BPJS Kesehatan di implementasikan di Indonesia pada 1 Januari 2014 tarif rumah sakit mengacu pada tarif paket atau Casemix Indonesia Case Base Groups (INA-CBG's). Standar tarif pelayanan kesehatan dalam penyelenggaraan program jaminan kesehatan terdiri atas:

1. Standar tarif pelayanan kesehatan di FKTP dengan cara bayar kapitasi dan non kapitasi; dan
2. Standar tarif pelayanan kesehatan di FKRTL dengan cara bayar INA-CBG dan Non INA-CBG

Tarif INA-CBG yang dimaksud pada pasal 26 dalam Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 mencakup tarif untuk pelayanan :

1. Administrasi pelayanan;
2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis dasar di unit gawat darurat;
3. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi spesialisik oleh dokter spesialis dan subspecialis;
4. Tindakan medis spesialisik, baik bedah maupun non-bedah sesuai dengan indikasi medis;
5. Pelayanan obat dan bahanmedis habis pakai, termasuk untuk pemberian sekurang-kurangnya 7 (tujuh) hari obat penyakit kronis;
6. Rehabilitasi medis;
7. Rehabilitasi psikososial sesuai indikasi medis dengan terapi medis;
8. Pelayanan darah, termasuk kantung darah;
9. Pelayanan pemulasaran jenazah pada pasien yang meninggal di fasilitas kesehatan, tidak termasuk peti jenazah;

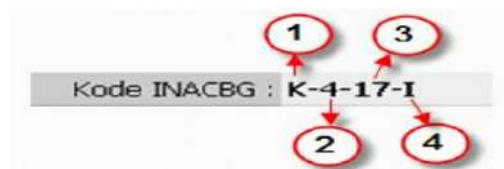
10. Pelayanan kontrasepsi

11. *Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis* (CAPD), untuk pemasangan pertama;

12. Perawatan inap non-intensif; dan

13. Perawatan inap di ruang intensif

Berdasarkan Permenkes Nomor 26, 2021 tentang pedoman INA-CBG dalam pelaksanaan jaminan kesehatan, sistem casemix dilakukan dengan mengelompokkan diagnosis dan tindakan perawatan pasien, sehingga rumah sakit akan mendapatkan pembayaran sesuai dengan tarif INA-CBG's yang merupakan rata-rata biaya yang di habiskan oleh suatu kelompok diagnosis. Pengelompokkan menggunakan system teknologi informasi berupa aplikasi INA-CBG sehingga dihasilkan 1.075 kelompok kasus yang terdiri dari 780 kelompok kasus rawat inap dan 289 kelompok kasus rawat jalan. Setiap kelompok dilambangkan dengan kode kombinasi alfabet dan numerik dengan contoh sebagai berikut :



Gambar 2.1 Struktur Kode INA-CBG

Keterangan

1. Digit ke-1 (alfabetik) : menggambarkan kode Casemix Main Groups (CMG);
2. Digit ke-2 (numerik) : menggambarkan tipe kelompok kasus (Case Groups);
3. Digit ke-3 (numerik) : menggambarkan spesifikasi kelompok kasus;
4. Digit ke-4 (romawi) : menggambarkan tingkat keparahan kelompok kasus.

1. Struktur kode INA-CBG terdiri atas :

a. Casemix Main Groups (CMG);

Adalah klasifikasi tahap pertama yang dilabelkan dengan huruf Alphabet (A sampai Z) yang disesuaikan dengan ICD-10 Versi Tahun 2010 untuk setiap system organ tubuh manusia. Terdapat 29 CMG dalam INA-CBG yaitu :

Tabel 2.1. Casemix Main Groups (CMG)

NO	Deskripsi Kode CMG	Kode CMG
1	Central nervous system groups	G
2	Eye and Adnexa Groups	H
3	Ear, nose, mouth & throat Groups	U
4	Respiratory system Groups	J
5	Cardiovascular system Groups	I

NO	Deskripsi Kode CMG	Kode CMG
6	Digestive system Groups	K
7	Hepatobiliary & pancreatic system Groups	B
8	Musculoskeletal system & connective tissue Groups	M
9	Skin, subcutaneous tissue & breast Groups	L
10	Endocrine system, nutrition & metabolism Groups	E
11	Nepro-urinary system Groups	N
12	Male reproductive system Groups	V
13	Female reproductive system Groups	W
14	Deleiveries Groups	O
15	Newborns & Neonates Groups	P
16	Haemopoetic & immune system Groups	D
17	Myeloproliferative system & neoplasm Groups	C
18	Infectious & parasitic disease Groups	A
19	Mental Health and Behavioral Groups	F
20	Substance abuse & dependence Groups	T
21	Injuries, poisonings & toxic effect of drugs Groups	S
22	Faktors influencing health status & other contacts with health services Groups	Z
23	Sub-acute Groups	SF
24	Special procedures	YY
25	Special drugs	DD
26	Special investigation	II
27	Special prosthesis	RR
28	Chronic Groups	CF
29	Errors CMGs	X

b. Case Group;

Adalah sub-group kedua yang menunjukkan spesifikasi atau tipe kelompok kasus, yang dilabelkan dengan angka 1 (satu) sampai dengan 9 (Sembilan)

Tabel 2.2. Case Group dalam INA-CBG

GROUP	DESKRIPSI
1	Prosedur Rawat Inap
2	Prosedur Besar Rawat Jalan
3	Prosedur Signifikan Rawat Jalan
4	Rawat Inap Bukan Prosedur
5	Rawat Jalan Bukan Prosedur
6	Rawat Inap Kebidanan
7	Rawat Jalan Kebidanan
8	Rawat Inap Neonatal
9	Rawat Jalan Neonatal
0	Error

c. Case Type;

Adalah sub-group ketiga yang menunjukkan spesifik CBG yang dilambangkan dengan numerik mulai dari 01 sampai dengan 99.

d. Severity Level;

Adalah sub-group keempat yang menggambarkan tingkat keparahan kasus yang dipengaruhi adanya komorbiditas ataupun

komplikasi dalam masa perawatan. Keparahan kasus dalam INA-CBG terbagi menjadi:

1. “0” untuk rawat jalan;
2. “I”-Ringan” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 1 (tanpa komplikasi maupun komorbiditi);
3. “II”-Sedang” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 2 (dengan mild komplikasi dan komorbiditi);
4. “III”-Berat” untuk rawat inap dengan tingkat keparahan 3 (dengan major komplikasi dan komorbiditi).

Tabel 2.3. Contoh kode INA-CBG

Tipe Layanan	Kode INA-CBG	Deskripsi Kode INA-CBG
Rawat Inap	I - 4 - 10 - I	Infark Miocard Akut (Ringan)
	I - 4 - 10 - II	Infark Miocard Akut (Sedang)
	I - 4 - 10 - III	Infark Miocard Akut (Berat)
Rawat Jalan	Q - 5 - 18 - 0	Konsultasi atau pemeriksaan lain-lain
	Q - 5 - 35 - 0	Infeksi akut

Keterangan tabel :

Istilah ringan, sedang, dan berat dalam deskripsi dari Kode INA-CBG bukan menggambarkan kondisi klinis pasien maupun

diagnosis atau prosedur namun menggambarkan tingkat keparahan (severity level) yang dipengaruhi oleh diagnosis sekunder (komplikasi dan ko-morbiditi).

2. Pembayaran Tambahan (Top Up)

Terdapat pembayaran tambahan (Top Up) dalam system INA-CBG untuk kasus-kasus tertentu yang masuk dalam special CMG, meliputi:

- a. Special procedures;
- b. Special drugs;
- c. Special investigations;
- d. Special prosthesis;
- e. Subcute cases; dan
- f. Chronic cases.

Kasus Special CMG tersebut dikelompokkan sebagai berikut :

- a. Special CMG untuk special procedures, special drugs, special investigations, dan special prosthesis yaitu :
 1. Special procedures merupakan tambahan pembayaran untuk prosedur tertentu baik rawat jalan maupun rawat inap
 2. Special drugs merupakan tambahan pembayaran untuk obat tertentu baik rawat jalan maupun rawat inap

3. Special investigations merupakan tambahan pembayaran untuk pemeriksaan penunjang tertentu di rawat jalan; dan
 4. Special prosthesis merupakan tambahan pembayaran untuk prosthesis tertentu dirawat inap.
- b. Special CMG untuk Subacute cases dan chronic cases adalah untuk kasus-kasus psikiatri dan kusta dengan ketentuan lama hari rawat (LOS) di FKRTL sebagai berikut :
1. Fase akut : 1 sampai dengan 42 hari
 2. Fase subakut : 43 sampai dengan 103 hari
 3. Fase kronis : 104 sampai dengan 180 hari
 4. Dalam hal pasien mendapatkan perawatan lebih dari 180 hari, maka diklaimkan satu episode dengan fase kronis.

Special CMG untuk subacute cases dan chronic cases berlaku disemua FKRTL yang memiliki pelayanan psikiatri dan kusta serta memenuhi kriteria lama hari rawat sesuai ketentuan diatas

Penghitungan tarif special CMG untuk subacute cases dan chronic cases menggunakan rumus sebagai berikut :

- a. Fase akut : tarif paket INA-CBG
- b. Fase subakut : tarif paket INA-CBG + tarif subakut

- c. Fase kronis : tarif paket INA-CBG + tarif subakut + tarif kronis

Perangkat yang akan digunakan untuk melakukan penilaian subakut dan kronis dengan menggunakan World Health Organization Disability Assesment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) yaitu intrumen yang digunakan untuk mengukur disabilitas. Instrument ini dikembangkan oleh tim klasifikasi, terminology, dan standar WHO dibawah The WHO/ National Institutes of Healt (NIH) Joint Projecton Assesment of Classification of Disability (Permenkes Nomor 26, 2021).

E. Tarif Rumah Sakit

Menurut Permenkes Nomor 85 Tahun 2015 tentang Pola Tarif Nasional Rumah Sakit, tarif rumah sakit adalah imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas jasa dari kegiatan pelayanan maupun non pelayanan yang diberikan kepada pengguna jasa. Dalam menetapkan tarif rumah sakit harus memperhatikan asas gotong royong, adil dengan mengutamakan kepentingan masyarakat berpenghasilan rendah, dan tidak mengutamakan untuk mencari keuntungan. Kegiatan pelayanan yang dikenakan tarif rumah sakit dikelompokkan berdasarkan jenis pelayanan yaitu pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis pada pelayanan rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat.

Jenis pelayanan medis meliputi pemeriksaan dan pelayanan konsultasi, visite dan pelayanan konsultasi, Tindakan operatif, Tindakan

non operatif dan persalinan. Jenis pelayanan penunjang medis meliputi pelayanan laboratorium, pelayanan radiodiagnostik, pelayanan diagnostic elektromedis, pelayanan diagnostic khusus, pelayanan rehabilitasi medis, pelayanan darah, pelayanan farmasi, pelayanan gizi, pemulasaran jenazah dan pelayanan penunjang medis lainnya.

Tarif rumah sakit untuk kegiatan pelayanan diperhitungkan berdasarkan komponen jasa sarana dan jasa pelayanan pada rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat. Komponen jasa sarana merupakan imbalan yang diterima oleh rumah sakit atas pemakaian akomodasi, bahan non medis, obat-obatan, bahan/alat kesehatan habis pakai yang digunakan langsung dalam rangka pelayanan medis dan pelayanan penunjang medis. Komponen jasa pelayanan merupakan imbalan yang diterima oleh pemberi pelayanan atas jasa yang diberikan kepada pasien dalam rangka pelayanan medis, pelayanan penunjang medis dan atau pelayanan lainnya. Jasa pelayanan terdiri atas jasa tenaga kesehatan dan jasa tenaga lainnya.

Berdasarkan Perwal Kota Semarang Nomor 20 tahun 2022 dijelaskan bahwa tarif layanan adalah Sebagian atau seluruh biaya penyelenggaraan kegiatan pelayanan di rumah sakit yang dibebankan kepada masyarakat sebagai imbalan atau jasa pelayanan yang diterimanya. Setiap pelayanan rumah sakit pada RSD K.R.M.T Wongsonegoro dipungut tarif dengan nama tarif pelayanan rumah sakit. Penetapan besaran tarif didasarkan pada prinsip yang bertujuan untuk menutup sebagian atau seluruh biaya pelayanan rumah sakit. Tarif layanan rumah sakit disusun berdasarkan

penghitungan biaya per unit layanan (*unit cost*). Struktur biaya layanan rumah sakit meliputi jasa sarana dan jasa pelayanan.

F. Hipertensi

Menurut Ridwan(2017) dalam bukunya yang berjudul “Mengenal, Mencegah, Mengatasi *Silent Killer* Hipertensi” disebutkan bahwa hipertensi merupakan penyakit yang berhubungan dengan tekanan darah manusia. Tekanan darah itu didefinisikan sebagai tekanan yang terjadi di dalam pembuluh arteri manusia ketika darah dipompa oleh jantung keseluruhan anggota tubuh. Apabila seseorang memiliki tekanan darah mencapai 140 mmHg (*systole*) atau lebih yang diukur ketika ia sedang duduk dan tekanan darah *diastole* 90 mmHg atau lebih, maka orang tersebut dikategorikan memiliki tekanan darah tinggi atau diatas rata-rata.

Penyakit hipertensi lebih akrab disebut sebagai penyakit darah tinggi. Hipertensi ditandai dengan kenaikan tekanan darah diatas angka yang telah dipersyaratkan yang diukur menggunakan tensi meter. Tekanan darah seseorang akan semakin meningkat seiring pertambahan usia. Orang yang memiliki tekanan darah diatas 130/80 mmHg, diduga dimiliki oleh orang yang mengidap diabetes melitus atau penyakit ginjal. Oleh karena itu, secara langsung terdapat hubungan antara penyakit ginjal dengan hipertensi. Dalam hubungannya dengan faktor penyebab munculnya penyakit tekanan darah seseorang, hipertensi dibedakan menjadi hipertensi esensial/primer dan hipertensi sekunder. Hipertensi primer merupakan suatu kondisi

tekanan darah tinggi yang tidak diketahui penyebab terjadinya hipertensi atau tanda-tanda kelainan organ didalam tubuh. Hipertensi primer ditandai dengan kacanya mekanisme pengendalian tekanan darah oleh sistem saraf, humoral dan hemodinamik. Hipertensi sekunder merupakan kondisi yang penyebab munculnya hipertensi dapat diketahui.

G. Hasil Penelitian yang Relevan

1. Bunga Ifatun Nisa (2020). Faktor-faktor yang mempengaruhi biaya antara biaya riil dan tarif INA-CBG's pada pasien jantung koroner rawat inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui faktor-faktor apa saja yang dapat mempengaruhi biaya riil rumah sakit, kesesuaian biaya riil dan tarif INA-CBG's dan upaya yang dilakukan rumah sakit dalam menanggulangi selisih biaya. Penelitian menggunakan metode retrospektif *cross sectional*. Hasil dari penelitian ini didapatkan bahwa terdapat selisih antara biaya riil dengan tarif paket INA-CBG's pada semua kelas perawatan dan semua tingkat keparahan. Faktor yang mempengaruhi adalah usia, tingkat keparahan, kelas perawatan, lama hari dirawat dan jumlah prosedur.
2. Lakoan et al., (2019). Analisis kesesuaian biaya riil terhadap tarif INA-CBG's pada pengobatan gagal jantung kongestif pasien JKN rawat inap RSUD Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen. Tujuan penelitian ini mengetahui kesesuaian biaya riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap JKN penyakit gagal jantung kongestif. Metode penelitian

dengan retrospektif dengan uji *one sample t-test*. Hasil dari penelitian menunjukkan ada perbedaan antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's. faktor yang berhubungan dengan biaya riil pengobatan gagal jantung kongestif adalah LOS, diagnose sekunder, prosedur, tingkat keparahan dan kelas perawatan.

3. Ika Purwidyaningrum, Titik S (2022). Analisis biaya riil pengobatan pasien hipertensi rawat inap terhadap tarif INA-CBG's di RSNU Jombang. Tujuan penelitian untuk mengetahui biaya riil pengobatan hipertensi pada pasien di RSNU Jombang, serta mengidentifikasi faktor yang berpengaruh pada besarnya biaya pengobatan dan mengetahui kesesuaian biaya pengobatan berdasarkan INA-CBG's. Penelitian menggunakan metode retrospektif *cross sectional* dengan menelusuri data rekam medis, berkas klaim pasien JKN dan biaya pengobatan pasien hipertensi yang rawat inap. Berdasarkan penelitian disebutkan faktor yang mempengaruhi biaya riil pasien hipertensi rawat adalah komorbid, LOS dan tingkat keparahan. Perbedaan biaya riil dengan tarif biaya INA-CBG's pada tahun 2017 dan 2018 ini berbeda signifikan yang positif, biaya riil lebih rendah dibandingkan dengan biaya INA-CBG's, artinya rumah sakit mampu melakukan efisiensi biaya pengobatan pasien hipertensi rawat inap.
4. Astuti et al., (2021). Analisis tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's kasus gagal jantung kongestif. Tujuan dari penelitian ini untuk mengetahui karakteristik sampel, perbedaan tarif rumah sakit dengan

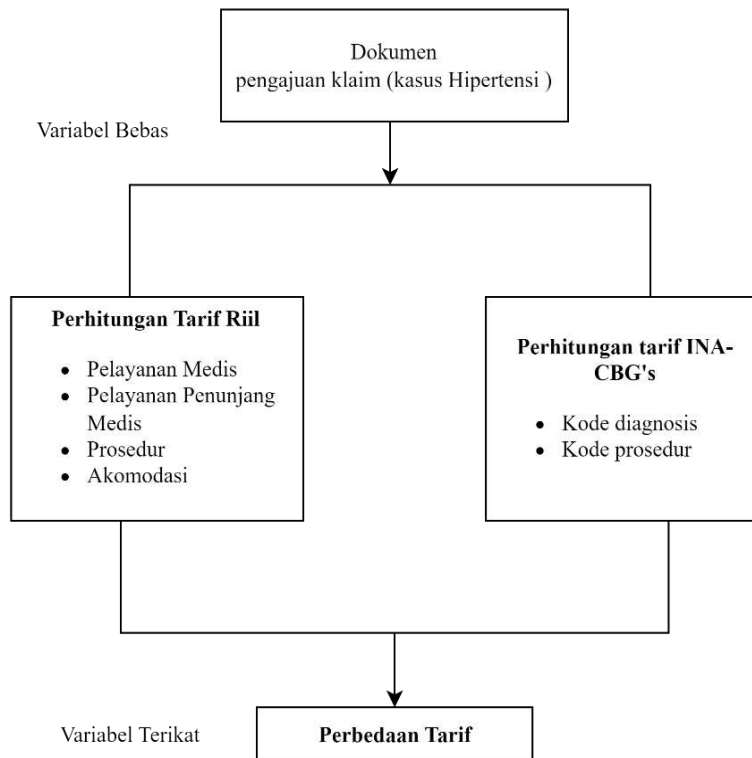
tarif INA-CBG's dan komponen tarif rumah sakit. Metode penelitian yang digunakan adalah *cross sectional*. Hasil dari penelitian ini adalah perbedaan tarif yang tinggi terdapat pada lama hari dirawat > 5 hari dan jumlah tindakan >1 yang menyebabkan tarif rumah sakit lebih tinggi daripada tarif INA-CBG's.

5. Agiwahyuanto et al. (2020). Tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pasien rawat inap. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBG's pasien rawat inap dengan kasus DHF di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. Metode penelitian dengan rancangan *cross sectional*. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tarif rumah sakit dipengaruhi oleh lamanya dirawat, tindakan, diagnose sekunder yang menyertai, tetapi tarif INA-CBG's tetap sesuai dengan jenis kelas perawatan dan *severity level*.
6. Suheri (2022). Analisis perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pelayanan rawat inap di RSUD Asy-syifa Sumbawa Barat. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis dan mendeskripsikan perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pembayaran klaim pasien pelayanan rawat inap peserta JKN. Metode penelitian yang digunakan jenis penelitian deksriptif dengan pendekatan restropektif. Kesimpulan dalam penelitian ini terdapat perbedaan yang bermakna antara tarif riil dengan tarif INA-CBG's. Variabel yang paling mempengaruhi kerugian secara signifikan adalah kelas perawatam, lama perawatan dan jenis perawatan.

7. Nilansari et al. (2021). Analisis tarif INA-CBG's pasien hipertensi rawat inap di RSUD Panembahan Senopati. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui besar perbedaan biaya riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's. Metode penelitian dilakukan secara retrospektif dengan menggunakan uji analisa *one sample t-test*. Hasil penelitian menunjukkan besarnya selisih negative antara biaya riil dengan tarif INA-CBG's, hal ini dapat menyebabkan kerugian bagi rumah sakit.

8. Agustina et al. (2020). Analisis biaya riil dan tarif INA-CBG's di RSU Bahagia kota Makassar. Tujuan dari penelitian ini untuk menganalisis biaya riil dan tarif INA-CBG's pada demam tifoid kasus ringan, sedang, berat pasien rawat inap. Metode penelitian menggunakan *mix- metode* dengan model *sequential explanatory*. Hasil dari penelitian ditemukan perbedaan signifikan dari total cost untuk dua kasus tifoid berdasarkan tingkat keparahan ringan dan berat. Lama dirawat adalah komponen yang mempengaruhi perbedaan biaya riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's

H. Kerangka Konsep



I. Hipotesis

1. H_0 : Tidak ada perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang
2. H_1 : Ada perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Rancangan penelitian ini menggunakan observasional analitik dengan pendekatan *cross sectional* yaitu penelitian yang dilakukan untuk menjelaskan perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien JKN yang rawat inap dengan kasus hipertensi di RSD K.R.M.TWongsonegoro Kota Semarang.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi

Penelitian dilakukan di Instalasi Rekam Medis RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

2. Waktu Penelitian

Penelitian ini rencana akan dilaksanakan bulan Oktober – Desember 2023 di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

c. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh berkas pengajuan klaim pasien rawat inap kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang pada periode Juli-September 2023 sejumlah 159 berkas klaim.

2. Sampel

Sampel penelitian ini menggunakan sampel jenuh yaitu penggunaan seluruh populasi berkas pengajuan klaim pasien rawat inap kasus hipertensi primer bulan Juli-September 2023.

d. Variabel Penelitian dan Definisi Operasional

1. Variabel Penelitian

a. Variabel Bebas

Variabel bebas pada penelitian ini adalah metode penghitungan tarif

b. Variabel Terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tarif.

2. Definisi Operasional

- a. Metode penghitungan tarif adalah cara penghitungan tarif di rumah sakit yang dikategorikan menjadi dua yaitu,

- 1) Penghitungan tarif riil yaitu perhitungan berdasarkan billing pasien
- 2) Penghitungan tarif INA-CBG's yaitu penghitungan berdasarkan paket INA-CBG's

Skala data : Nominal

b. Tarif

Adalah besaran biaya pelayanan pasien hipertensi primer yang harus dibayarkan sesuai dengan ketentuan.

Skala data : Rasio

E. Instrument dan Cara Pengumpulan Data

1. Instrumen Penelitian

Instrument yang digunakan dalam penelitian adalah :

a. Pedoman observasi

Tehnik observasi dengan melakukan pengamatan dan pencatatan yang berisikan item-item data (no rekam medis, tarif INA_CBG's, tarif rumah sakit, selisih tarif) pasien hipertensi primer yang dirawat di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Peneliti melakukan observasi langsung pada SIMRS untuk melihat tarif riil rumah sakit dan observasi langsung pada aplikasi E-Klaim untuk melihat tarif klaim INA-CBG's. Pedoman observasi dalam bentuk daftar ceklist

yang berisi aspek – aspek yang dapat diamati berupa tarif riil dan tarif INA CBG’s apakah memiliki selisih positif atau selisih negatif.

b. Pedoman wawancara tidak terstruktur

Pedoman wawancara tidak terstruktur dalam penelitian ini berupa daftar pertanyaan untuk mengetahui faktor - faktor penyebab perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG’s.

2. Cara Pengumpulan Data

a. Observasi terstruktur

Observasi adalah kegiatan mengamati dokumen pengajuan klaim untuk pengumpulan data, yang dilakukan dengan cara mengamati dan mencatat secara sistematis data yang diteliti. Pengamatan dilakukan pada perhitungan tarif riil dan tarif INA-CBG’s pasien rawat inap.

b. Studi Dokumen

Dokumentasi adalah kegiatan menelaah lembar perincian pasien dan lembar klaim individual pasien sesuai aplikasi E-Klaim.

c. Wawancara tidak terstruktur

Wawancara digunakan untuk mengumpulkan data sebagai faktor penyebab perbedaan tarif riil dan tarif INA-CBG’s. Wawancara tidak terstruktur adalah wawancara yang bebas dimana peneliti tidak menggunakan pedoman wawancara yang telah disusun secara sistematis dan lengkap pada pengumpulan datanya. Wawancara ini

dengan menggunakan daftar pertanyaan yang akan diajukan kepada petugas casemix, petugas coding dan case manager.

F. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Teknik Pengolahan Data

a. Editing

Proses memeriksa data yang telah terkumpul, data diolah dengan cara meneliti/ mengoreksi data ketidaksesuaian, ketidaklengkapan data penelitian. Dalam penelitian ini melihat tagihan riil rumah sakit di billing SIMRS dan melihat aplikasi E-Klaim pasien JKN dengan kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro periode Juli- September 2023.

b. Coding

Kegiatan pemberian kode pada data penelitian yang mempunyai variabel berskala kategori, yaitu dengan merubah 2 perhitungan tarif yaitu tarif riil dan tarif INA-CBG's.

c. Entry data

Merupakan proses pemeriksaan data yang sudah terkumpul dan melakukan entri data ke dalam computer.

d. Tabulating

Merupakan kegiatan menampilkan data dalam bentuk tabel agar mudah dalam menganalisis data sesuai tujuan penelitian.

e. Processing

Processing merupakan kegiatan pemrosesan data kedalam SPSS

f. Cleaning

Merupakan kegiatan dengan melakukan pengecekan kembali terhadap data yang sudah dientri

g. Penyajian data

Kegiatan pembuatan laporan hasil penelitian agar lebih mudah dipahami dan dianalisis sesuai dengan tujuan penelitian.

2. Analisis Data

a. Analisis Univariat

Analisis univariat adalah analisis yang dilakukan untuk menggambarkan besaran tarif riil dan tarif INA-CBG's dalam nilai rata-rata (mean), standar deviasi, nilai minimal, nilai maksimal. Data ini disajikan dalam bentuk tabel.

b. Analisis Bivariat

Analisis bivariate adalah analisis yang digunakan untuk mengetahui perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's dengan

menggunakan uji *Paired Sample t-Test*. Uji ini bertujuan untuk melihat apakah ada perbedaan rata-rata antara dua sampel yang saling berpasangan atau berhubungan.

Uji normalitas data perlu dilakukan terlebih dahulu sebelum analisis data, tujuannya untuk mengetahui normal atau tidaknya data yang akan diolah. Pengujian normalitas dengan menggunakan uji *Kolmogorov-Smirnov* dikarenakan data lebih dari 50 sampel. Apabila data sudah terdistribusi normal maka dilakukan analisis bivariat dengan menggunakan uji *Paired sampel t-Test*. Sebaliknya apabila data tidak berdistribusi normal maka dilakukan analisis dengan uji *Wilcoxon*. Pengambilan keputusan dalam uji *Paired sample t-Test* berpedoman pada nilai signifikansi (Sig). jika nilai Sig.(2-tailed) < 0,05 maka H_0 ditolak dan H_1 diterima, sebaliknya jika nilai Sig.(2-tailed) > 0,05 maka H_0 diterima dan H_1 ditolak

BAB IV

HASIL DAN PEMBAHASAN

A. Hasil

1. Gambaran Umum RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

a. Sejarah RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

Pada awal tahun 1990, Rumah Sakit Umum Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didirikan oleh dr. H. Iman Soebekti, MPH. Pengoperasian rumah sakit ini diresmikan oleh Wali Kota Semarang, Bapak Iman Soeparto Tjakrajuda, SH, berdasarkan Surat Keputusan Wali Kota Kepala Daerah Tingkat II Semarang No. 445/2063 Tahun 1990 tentang Penyelenggaraan dan Penetapan Tarif Pelayanan Kesehatan Rumah Sakit Umum Kota Madya Daerah Tingkat II Semarang. Keputusan Wali Kota Madya Kepala Daerah Tingkat II Semarang No. 445 mengenai Struktur Organisasi dan Tata Kerja Rumah Sakit Umum Kota Madya Daerah Tingkat II Semarang dikeluarkan oleh Walikota Soetrisno Suharto pada 17 Desember 1990. Saat itu, fasilitas yang tersedia meliputi Gedung Poliklinik, UGD, Laboratorium, Dapur, dengan pelayanan dari 28 pegawai.

Pada akhir 2022, Berdasarkan SK Menkes Nomor 00017/U/X/2022 Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang mendapat predikat paripurna dan menjadi rumah sakit pendidikan tipe B. Jumlah pegawai sampai awal tahun 2022 adalah

sebanyak 1493 orang, terdiri dari structural 18 orang, dokter subspecialis 9 orang, 72 dokter spesialis, 4 orang dokter gigi spesialis, 3 dokter gigi umum, 40 dokter umum, 646 perawat, 70 bidan, psikologi 3 orang, tenaga kesehatan lain 479, dan 149 orang administrasi. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang memiliki Gedung Paviliun Gatotkaca yang baru saja diresmikan pada 17 Januari 2017 oleh Wali Kota Semarang Hendrar prihadi, S,E., M.M. Pada 13 Maret 2019 Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang telah meraih sertifikat akreditasi SNARS Edisi 1 dengan predikat LULUS PARIPURNA. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang memiliki bangunan fisik yang berdiri dengan luas ± 8,08 hektar dan memiliki jumlah tempat tidur 515 yang terbagi dari ruang perawatan kelas III, II, I, VIP, VVIP, President Suit, ICU, HCU, PICU, NICU, Hemodialisa, IGD, IBS dan perikesit. Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang terletak di Jalan Fatmawati nomor 1, Kelurahan Mangunharjo, Kecamatan Tembalang, Kota Semarang.

1) Visi, Misi, Motto, Maklumat Pelayanan dan Nilai-Nilai/ Budaya Dasar Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang

a) Visi Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

“Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang menjadi Rumah Sakit Kepercayaan Publik di Jawa Tengah dalam bidang Pelayanan, Pendidikan, dan Penelitian.”

b) Misi Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

(1) Memberikan pelayanan kesehatan paripurna sesuai kebutuhan pasien dan keluarga secara profesional yang berorientasi pada mutu dan keselamatan pasien;

(2) Mengembangkan Sumber Daya Manusia, sarana prasarana secara kreatif dan inovatif dalam rangka peningkatan kinerja organisasi;

(3) Menyelenggarakan pendidikan, pelatihan, dan penelitian dalam rangka mengembangkan ilmu pengetahuan, keterampilan, dan etika bidang kesehatan.

c) Motto Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

“Melayani dengan ikhlas”.

Penjelasan: Setiap saat memberikan pelayanan kepada pelanggan eksternal maupun internal dengan sebaik-baiknya dengan hati yang bersih dan tulus.”

d) Maklumat Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

Direksi beserta seluruh staf Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang menyatakan sanggup menyelenggarakan pelayanan sesuai standar pelayanan yang telah ditetapkan dengan penuh rasa tanggung jawab dan apabila tidak menepati janji kami siap menerima sanksi sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku.

e) Nilai-nilai Prinsip Dasar Rumah Sakit Daerah K.R.M.T.

Wongsonegoro Kota Semarang

- (1) Religius
- (2) Integritas
- (3) Profesional
- (4) Inovatif

2) Budaya Kerja

Budaya kerja Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang adalah 5R (Rapi, Resik, Rawat, Rajin, dan Ringkas).

b. Struktur Organisasi

Dalam rangka kelancaran pelaksanaan tugas dan fungsinya, RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang telah dilengkapi dengan perangkat organisasi yang secara struktural dengan susunan organisasi berdasarkan Keputusan Direktur Nomor 36 Tahun 2021.

Unit rekam medis berada dibawah naungan Bidang Pelayanan Keperawatan, Kebidanan, dan non Medis. Bidang Keperawatan dan

Penunjang Non Medik mempunyai tugas merencanakan, mengkoordinasikan, membimbing, mengawasi, mengendalikan, mengevaluasi kegiatan asuhan, etika, mutu, dan kebutuhan tenaga, perlengkapan, fasilitas keperawatan, penerimaan dan pemulangan pasien serta penunjang non medik. Bidang Keperawatan dan Penunjang Non Medik, membawakan:

- 1) Seksi Keperawatan.
- 2) Seksi Penunjang Non Medik.

Unit rekam medis termasuk dalam seksi penunjang non medis.

c. Kondisi lingkungan RSD K.R.M.T. Wongsonegoro Kota Semarang

Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terletak di Jl. Fatmawati No.1 Kota Semarang Provinsi Jawa Tengah, kode pos 50272. Sampai saat ini Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang terus melakukan perbaikan untuk meningkatkan mutu pelayanan, kesehatan, pendidikan, dan penelitian. Berikut ini merupakan jenis Pelayanan di Rumah Sakit Daerah K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang:

- 1) Inst. Rawat Inap
- 2) Inst. Rawat Jalan
- 3) Inst. Gawat Darurat
- 4) Inst. Kamar Bersalin
- 5) Inst. Rawat Intensif Anak
- 6) Inst. Rawat Intensif Dewasa dan Anestesi

- 7) Inst. Hemodialisa
- 8) Inst. Laboratorium
- 9) Inst. Radiologi
- 10) Inst. Bedah Sentral
- 11) Inst. Rehabilitasi medik
- 12) Inst. Farmasi
- 13) Inst. Gizi
- 14) Inst. Kesehatan & Keselamatan Kerja (K3)
- 15) Inst. CSSD & Laundry 16. Inst. Rekam Medik
- 16) Inst. Pemeliharaan Sarana RS (IPSR)
- 17) Inst. Pendidikan & Pelatihan
- 18) Inst. Pemulasaraan Jenazah
- 19) Inst. SIM-RS
- 20) Inst. Kesehatan Tradisional

2. Karakteristik pasien JKN rawat inap kasus Hipertensi Primer

- a. Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelas Perawatan Pasien

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

Tabel 4.4

Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Kelas Perawatan Pasien

Kelas Perawatan	Jumlah	%	Tarif Riil			Tarif INA-CBG's		
			Mean	Minimum	Maksimum	Mean	Minimum	Maksimum
Kelas 1	33	20.8	4.720.738.39	2.278.326	11.173.492	3.047.900.00	2.721.200	3.620.600
Kelas 2	30	18.9	3.786.405.17	1.715.524	8.005.511	2.593.363.33	2.383.600	3.171.500
Kelas 3	96	60.4	3.292.297.08	1.862.696	9.729.691	2.205.345.83	2.046.000	2.722.300
	159	100.0						

Pada tabel 4.4 dapat diketahui bahwa dari 159 pasien hipertensi primer yang menjalani rawat inap, sebanyak 33 pasien (20,8%) terdapat pada kategori kelas perawatan kelas 1, 30 pasien (18,9%) terdapat pada kategori kelas perawatan kelas 2 dan sebanyak 96 pasien (60,4%) terdapat pada kategori kelas perawatan kelas 3.

b. Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien

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

Tabel 4.5**Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Tingkat Keparahan Pasien**

Tingkat Keparahan	Jumlah	%	Tarif Riil			Tarif INA-CBG's		
			Mean	Minimum	Maksimum	Mean	Minimum	Maksimum
I-4-17-I	105	66.0	3.396.847.99	1.715.524	11.173.492	2.232.483.81	2.046.000	2.721.200
I-4-17-II	17	10.7	4.013.188.94	2.747.169	8.005.511	2.466.658.82	2.268.500	3.017.100
I-4-17-III	37	23.3	4.339.021.38	2.214.687	9.729.691	3.074.345.95	2.722.300	3.620.600
	159	100.0						

Pada Tabel 4.5 diketahui bahwa dari 159 pasien hipertensi primer yang menjalani rawat inap, sebanyak 105 pasien (66%) dengan tingkat keparahan ringan, sebanyak 17 pasien (10,7%) dengan tingkat keparahan sedang, dan sebanyak 37 pasien (23,3%) dengan tingkat keparahan berat.

c. **Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Lama Rawat (LOS) Pasien**

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien hipertensi primer berdasarkan lama dirawat (LOS) dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.6

**Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan
Lama Rawat (LOS) Pasien**

LOS (hari)	Jumlah	%	Tarif Riil			Tarif INA-CBG's		
			Mean	Minimum	Maksimum	Mean	Minimum	Maksimum
1-3	40	25.2	2.855.684.20	1.715.524	7.599.896	2.375.162.50	2.046.000	3.620.600
4-6	108	67.9	3.668.667.77	1.985.686	9.655.804	2.448.250.00	2.046.000	3.620.600
7-10	11	6.9	6.817.595.91	4.498.118	11.173.492	2.788.845.45	2.046.000	3.620.600
	159	100.0						

Berdasarkan Tabel 4.6 dapat diketahui bahwa dari 159 pasien dengan hipertensi primer pada pasien rawat inap, sebanyak 40 pasien (25,2%) dengan lama rawat 1-3 hari, 108 pasien (67,9%) dengan lama rawat 4-6 hari, dan sebanyak 11 pasien (6,9%) dengan lama rawat 7-10 hari.

d. Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Jumlah
Diagnosis Sekunder

Berdasarkan penelitian, diperoleh hasil data karakteristik pasien hipertensi primer berdasarkan jumlah diagnosis sekunder dapat dilihat pada tabel sebagai berikut :

Tabel 4.7**Karakteristik Tarif Riil dan Tarif INA-CBG's Berdasarkan Jumlah Diagnosis Sekunder**

Diagnosis Sekunder	Jumlah	%	Tarif Riil			Tarif INA-CBG's		
			Mean	Minimum	Maksimum	Mean	Minimum	Maksimum
0	57	35.8	3.152.898.00	1.715.524	11.173.492	2.217.761.40	2.046.000	2.721.200
1	69	43.4	3.708.166.84	2.086.569	8.005.511	2.535.476.81	2.046.000	3.620.600
≥ 2	33	20.8	4.541.161.94	2.295.330	9.729.691	2.688.924.24	2.046.000	3.620.600
	159	100.0						

Pada Tabel 4.7 diketahui bahwa dari 159 pasien hipertensi primer yang menjalani rawat inap, sebanyak 57 pasien (35,8%) tanpa diagnosis sekunder, sebanyak 69 pasien (43,4%) dengan jumlah 1 diagnosis sekunder, dan sebanyak 33 pasien (20,8%) dengan ≥ 2 diagnosis sekunder.

3. Tarif riil pasien dengan hipertensi primer

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil data olah tarif riil rumah sakit pada perawatan pasien hipertensi primer berdasarkan komponen tarif yang tertuang pada tabel berikut :

Tabel 4.8**Komponen tarif riil rumah sakit**

Komponen tarif	Jumlah	%
Prosedur Non Bedah	5039000	1
Konsultasi	51384500	9
Tenaga Ahli	10930000	2
Keperawatan	70495000	12
Penunjang	20550000	4
Radiologi	42300000	7
Laboratorium	99836000	17
Pelayanan Darah	3037000	1
Rehabilitasi	3465000	1
Kamar Akomodasi	126854500	22
Rawat Intensif	2250000	0
Obat	90780475	16
Alkes	21206307	4
BMHP	34081161	6
Sewa Alat	3124686	1
Obat Kemoterapi	103413	0
Total Tarif Riil	585437042	100

Pada table 4.10 menunjukkan tiga (3) komponen terbesar adalah layanan kamar akomodasi sebesar 22 %, kemudian diikuti komponen

laborat sebesar 17% dan komponen obat sebesar 16% . Apabila dilihat dari total komponen tarif maka didapatkan hasil seperti pada table 4.10

Tabel 4.9

Nilai Statistik Tarif Riil Rumah Sakit

N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum	Sum
159	3681993.97	1562975.865	1715524	11173492	585437042

Dari Tabel 4.9 didapatkan hasil nilai rata-rata tarif riil rumah sakit sebesar 3.681.993.97, sedangkan untuk standar deviasi 1.562.975.865, nilai minimal 171.5524 dan nilai maksimal 11.173.492

4. Tarif INA-CBG's pasien hipertensi primer

Berdasarkan penelitian didapatkan hasil sebagai berikut tertuang pada Tabel 4.10 tentang tarif INA-CBG's

Tabel 4.10

Tarif INA-CBG's

Kode INA-CBG's	Jumlah	Deskripsi	Jumlah
I-4-17-I	105	Hipertensi (Ringan)	234.410.800
I-4-17-II	17	Hipertensi (Sedang)	41.933.200
I-4-17-III	37	Hipertensi (Berat)	113.750.800
Total Tarif INA-CBG's			390.094.800

Dari Tabel 4.10 menunjukkan untuk tingkat keparahan masing-masing dibedakan dari level 1 sampai dengan level 3. Untuk kasus

hipertensi dengan tingkat keparahan ringan merupakan kasus dengan total tarif terbesar, sedangkan kasus hipertensi dengan tingkat keparahan sedang menjadi tarif INA-CBG's terkecil

Berdasarkan penelitian diperoleh hasil data total tarif INA-CBG's pada pengajuan klaim pasien hipertensi primer yang tertuang pada tabel berikut :

Tabel 4.11

Nilai Statistik Tarif INA-CBG's

N	Mean	Std.		Maximum	Sum
		Deviation	Minimum		
159	2453426.42	462661.382	2046000	3620600	390094800

Dari Tabel 4.11 didapatkan hasil nilai rata-rata tarif INA-CBG's sebesar 2.453.426.42, sedangkan untuk standar deviasi 462.661.382, nilai minimal 204.6000 dan nilai maksimal 3.620.600

5. Perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's

a. Uji normalitas

Uji normalitas dilakukan pada data pasien sejumlah 159 sebagai syarat dilakukannya uji statistic dengan uji *Paired sample t Test*. Hasil uji normalitas melalui uji *Kolmogorov-Smirnov* diperoleh nilai $p=0,0000$ yang berarti data tidak berdistribusi normal (hasil uji terlampir). Oleh karena data tidak berdistribusi normal, maka sebagai alternatif uji statistic dilakukan dengan menggunakan uji *Wilcoxon*.

b. Uji statistik

Analisis data tarif riil rumah sakit berdasarkan tarif INA-CBG's untuk mengetahui perbedaan antara tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien hipertensi rawat inap di RSD K.R.M.T Wongsonegoro bulan Juli sampai dengan bulan September 2023 dengan menggunakan uji *Wilcoxon*. Perbedaan tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's dapat dilihat dari ada tidaknya selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's.

Tabel 4.12

Uji Wolcoxon

		N	Mean Rank	Sum of Ranks	Nilai <i>p</i>	Selisih tarif (Riil-INA CBGs)
tarif ina cbgs - tarif	Negative Ranks	138 ^a	87.54	12080.00	0.000	195.342.242
	Positive Rangs	21 ^b	30.48	640.00		

Pada tabel 4.15 dapat diketahui bahwa terdapat selisih negatif sebanyak 138 kasus dan sebanyak 21 kasus memiliki selisih positif. Pada hasil penelitian didapatkan rumah sakit mengalami selisih positif apabila tarif riil rumah sakit yang dikeluarkan untuk penyakit hipertensi primer lebih kecil dari tarif INA-CBG's sehingga rumah sakit

mendapatkan keuntungan. Sebaliknya rumah sakit mengalami selisih negatif apabila tarif riil rumah sakit yang dikeluarkan lebih besar daripada tarif INA-CBG's, maka bisa diartikan rumah sakit mengalami kerugian.

Pada tabel 4.15 juga menunjukkan hasil analisis uji *Wilcoxon* untuk mengetahui apakah terdapat perbedaan secara signifikan antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada pasien dengan penyakit hipertensi primer. Apabila nilai *p value* <0,05 maka perbedaan dianggap signifikan.

B. Pembahasan

1. Analisis Tarif Riil Pasien Hipertensi Primer

Berdasarkan Tabel 4.4 menunjukkan bahwa pasien hipertensi primer dengan kelas perawatan 3 menghasilkan rata-rata tarif riil terendah sebesar Rp. 3.292.297.08, sedangkan pada kelas perawatan 1 menghasilkan rata-rata tarif riil tertinggi sebesar Rp. 4.720.738.39. Hal ini dapat disimpulkan bahwa tarif riil pasien dipengaruhi oleh kelas perawatan. Penelitian oleh Bunga Ifatun Nisa (2020) menunjukkan bahwa kelas perawatan mempunyai pengaruh terhadap tarif riil rumah sakit, dimana rata-rata dari tarif riil akan bertambah sesuai dengan meningkatnya kelas perawatan pasien. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian oleh Lakoan et al., (2019) yang menyebutkan bahwa variabel kelas perawatan berkebalikan dengan tingkat keparahan, dimana

semakin rendah kelas perawatan pasien maka tarif riil akan semakin tinggi, hal ini dikarenakan setiap kelas perawatan memiliki tarif yang khusus karena disesuaikan dengan fasilitas dan Tindakan yang diterima oleh pasien.

Berdasarkan Tabel 4.5 dapat dilihat pasien dengan tingkat keparahan berat menghasilkan rata-rata tarif riil tertinggi sebesar Rp.4.339.021.38, sedangkan rata-rata terendah pada pasien dengan tingkat keparahan ringan sebesar Rp. 3.396.847.99. Hal ini sesuai dengan penelitian Lakoan et al., (2019) dimana tingkat keparahan sangat mempengaruhi tarif riil , hal ini dikarenakan semakin tinggi tingkat keparahan pasien, maka akan semakin tinggi tarif riil pasien, hal ini terkait dengan proses kesembuhan yang memerlukan waktu yang cukup lama di rumah sakit.

Pada Tabel 4.6 dapat dilihat pasien dengan LOS 7-10 hari menghasilkan rata-rata tarif riil paling besar sebesar Rp. 6.817.595.91, sedangkan pasien dengan LOS 1-3 hari menghasilkan rata-rata tarif riil paling rendah sebesar Rp. 2.855.684.20. Hal ini menjelaskan bahwa semakin lama LOS pasien akan menghasilkan tarif riil yang semakin besar. Sesuai dengan penelitian Ika Purwidyaningrum, Titik S (2022) bahwa lama perawatan (LOS) sangat mempengaruhi tarif riil pengobatan pasien hipertensi rawat inap, karena semakin lama waktu LOS, maka semakin banyak tindakan medis yang diberikan kepada pasien, sehingga semakin banyak obat yang dibutuhkan untuk menanggulangi penyakit.

Pada Tabel 4.7 diketahui pasien hipertensi primer dengan diagnosis sekunder lebih dari dua (2) menghasilkan rata-rata tarif riil tertinggi sebesar Rp. 4.541.161.94, sedangkan pasien hipertensi primer tanpa diagnosis sekunder menghasilkan rata-rata tarif riil terendah sebesar Rp. 3.152.898.00. Hal ini menjelaskan bahwa diagnosis sekunder mempengaruhi besarnya tarif riil pasien. Sesuai dengan penelitian Lakoan et al., (2019) bahwa diagnosis sekunder merupakan faktor kedua yang berpengaruh terhadap tarif riil, karena semakin banyak diagnosis sekunder yang diderita pasien maka akan memperlambat kesembuhan pasien, LOS pasien menjadi lama, bertambahnya pemeriksaan penunjang, serta biaya pengobatan yang akan bertambah sehingga akan meningkatkan tarif riil pasien.

Berdasarkan hasil penelitian pada Tabel 4.8 pada 159 pasien rata-rata tarif pasien rawat inap dengan hipertensi primer adalah Rp.3.681.993.97, tarif terkecil sebesar Rp. 1.715.524 dan tarif terbesar Rp. 11.173.492. Komponen tarif rumah sakit yang terbesar adalah pada tarif kamar akomodasi (22%). Menurut penelitian Astuti et al., (2021) biaya kamar merupakan komponen tertinggi dari tarif rumah sakit yang diteliti. Besarnya biaya kamar tergantung pada kelas perawatan dan lama hari rawat (LOS). Dalam hasil penelitian oleh Agiwahyunto et al. (2020) pada rumah sakit, akomodasi tarif kamar dihitung berdasarkan tipe kelas, apabila semakin tinggi tipe kelas maka semakin tinggi biaya akomodasi kamar yang ditetapkan. Begitu pula dengan lama dirawat, semakin lama

pasien dirawat maka semakin banyak menghabiskan sumber daya rumah sakit. Dalam penelitian ini juga disebutkan bahwa lama rawat dan tingkat keparahan dapat mempengaruhi variasi nilai tarif rumah sakit.

Dalam penelitian Suheri (2022) disebutkan bahwa variabel yang berpengaruh dengan besarnya tarif riil adalah umur, kelas perawatan dan ada tidaknya diagnosis sekunder. Besarannya tarif riil salah satunya dipengaruhi oleh tingkat keparahan dan diagnosis sekunder. Hal ini sesuai dengan penelitian Ika Purwidyaningrum, Titik S (2022) dimana disebutkan faktor komorbid/penyakit penyerta menjadi faktor kedua yang mempengaruhi besarnya tarif riil, karena semakin banyak penyakit penyerta yang dialami pasien maka akan memperlambat kesembuhan pasien dan memperlama LOS pasien. Sedangkan faktor ketiga yang mempengaruhi besarnya tarif riil adalah tingkat keparahan, dimana semakin tinggi tingkat keparahan yang dialami oleh pasien maka membutuhkan perawatan yang cukup lama sehingga akan berpengaruh pada keseluruhan biaya rawat inap pasien.

2. Analisis Tarif INA-CBG's Pasien Hipertensi Primer

Hasil penelitian dari 159 pasien dengan kasus hipertensi primer, didapatkan nilai minimum tarif INA-CBG's sebesar Rp.2.046.000, nilai maksimum tarif INA-CBG's sebesar Rp.3.620.600, nilai rata-rata tarif INA-CBG's sebesar Rp.2.453.426.42 dan nilai total tarif INA-CBG's sebesar Rp.390.094.800. Tarif INA-CBG's pasien kasus hipertensi primer bervariasi. Tarif tersebut dibedakan berdasarkan kelas perawatan,

tingkat keparahan dan diagnosis sekunder. Tarif INA-CBG's pada pasien kelas 1 berkisar antara Rp.2.721.200 s/d Rp.3.620.600. Pada kelas 1 terdapat 19 pasien dengan tingkat keparahan I (Ringan) yang mempunyai lama perawatan (LOS) 1-10 hari dan disertai dengan atau tanpa diagnosis sekunder memiliki tarif INA-CBG's sama yaitu sebesar Rp.2.721.200. Dari hal ini dapat diketahui bahwa lama perawatan (LOS), ada atau tidak ada diagnosis sekunder tidak mempengaruhi tarif INA-CBG's selama tingkat keparahannya sama. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Agiwahyunto et al. (2020) bahwa tarif INA-CBG's dipengaruhi oleh parahnya suatu penyakit, walaupun LOS rumah sakit lama, tarif INA-CBG's tidak akan berubah. Tarif INA-CBG's akan tetap sama sesuai dengan kelas perawatan dan tingkat keparahan meskipun tarif rumah sakit bervariasi. Hal ini berbanding terbalik dengan penelitian yang dilakukan oleh Suheri (2022), dalam penelitiannya disebutkan bahwa variabel yang mempengaruhi secara signifikan tarif INA-CBG's adalah ada tidaknya diagnosis sekunder dan lama perawatan, sedangkan variabel kelas perawatan tidak berpengaruh signifikan terhadap tarif INA-CBG's.

3. Analisis Perbedaan Tarif Riil dengan Tarif INA-CBG's Pasien Hipertensi Primer

Berdasarkan hasil uji *Wilcoxon* bahwa dari total pasien hipertensi primer sejumlah 159 didapatkan 21 pasien memiliki selisih tarif INA-CBG's lebih tinggi daripada tarif rumah sakit, hal tersebut menghasilkan

selisih positif yang artinya rumah sakit memiliki potensi keuntungan dan didapatkan 138 pasien memiliki selisih tarif INA-CBG's yang lebih rendah daripada tarif rumah sakit, hal tersebut menghasilkan selisih negatif yang artinya rumah sakit memiliki potensi kerugian.

Berdasarkan hasil uji komparatif dengan menggunakan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $p =$ sebesar 0,000 yang bisa diartikan H_0 ditolak. Sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perbedaan antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's pada kasus Hipertensi primer Pasien JKN di RSD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Hasil penelitian hampir serupa juga disampaikan oleh Nilansari et al. (2021) yang menyatakan bahwa ada perbedaan antara biaya riil dengan tarif paket INA-CBG's yang diperoleh dengan nilai $p = 0,039$, sehingga H_0 ditolak dan terdapat perbedaan yang bermakna pada besar biaya riil yang dikeluarkan rumah sakit terhadap tarif INA-CBG's di RSUD Panembahan Senopati. Hasil penelitian yang serupa juga ditemukan pada penelitian Agustina et al. (2020) yang menyatakan bahwa terdapat perbedaan antara tarif riil dengan tarif INA-CBG's yang diperoleh dengan nilai $p = 0,000$, sehingga H_0 ditolak dan terdapat perbedaan antara tarif riil dengan tarif INA-CBG's pasien JKN kelas 3 rawat inap typhoid fever di RSUD Kabupaten Sukoharjo.

Pada tabel 4.15 terdapat selisih negatif antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's sebesar Rp.195.342.242, dimana bisa diartikan bahwa biaya perawatan pasien hipertensi primer yang dikeluarkan oleh

rumah sakit lebih besar jika dibandingkan dengan klaim tarif INA-CBG's sehingga rumah sakit sebagai pemberi pelayanan dapat mengalami kerugian. Penelitian menunjukkan tarif INA-CBG's lebih rendah daripada tarif rumah sakit pada kasus hipertensi terdapat pada penelitian Nilansari et al. (2021). Faktor yang mempengaruhi besaran tarif riil yang lebih besar dari tarif INA-CBG's dapat disebabkan oleh kesalahan dalam melakukan kode dan tidak adanya *clinical pathway* yang ada di rumah sakit. Biaya perawatan yang melebihi rata-rata harus mendapatkan perhatian dari manajemen rumah sakit dengan melakukan evaluasi dan perbaikan metode pelayanan yang lebih efisien dengan memperhatikan mutu pelayanan kesehatan.

Salah satu upaya dalam meningkatkan efisiensi adalah rumah sakit harus memiliki *clinical pathway* pada setiap diagnosis penyakit. *Clinical pathway* dapat dijadikan acuan dalam memberikan pelayanan medis pada pasien. *Clinical pathway* berupa dokumen yang berisikan perencanaan pelayanan kesehatan sesuai dengan standar pelayanan medis (SPM), asuhan keperawatan dan standar pelayanan kesehatan pasien pada saat masuk hingga pasien pulang dari rumah sakit. Tujuan diadakannya *clinical pathway* adalah untuk terwujudnya kendali mutu dan kendali biaya. Di RSD K.R.M.T Wongsonegoro belum semua penyakit memiliki *clinical pathway*, karena *clinical pathway* di rumah sakit tersebut masih terbatas berdasarkan kebutuhan akreditasi. Pada kasus hipertensi sudah terdapat *clinical pathway*. Peran penting *clinical pathway* di RSD

K.R.M.T Wongsonegoro adalah tercapainya tingkat kepuasan pasien dan praktisi klinis, efisiensi penggunaan sarana kesehatan, serta untuk mengendalikan atau menurunkan biaya perawatan (penurunan LOS dan bahan habis pakai). Untuk kasus hipertensi di RSD K.R.M.T Wongsonegoro sudah terdapat *clinical pathway*, yang terdiri dari dokter, perawat, bidan dan professional pemberi asuhan (PPA) yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Faktor-faktor yang mempengaruhi tingginya tarif rumah sakit menurut Agiwahyunto et al. (2020) adalah lamanya dirawat (LOS), tindakan dan diagnosa sekunder yang menyertai. Semakin lama LOS seorang pasien yang disertai dengan diagnosis penyerta yang berat akan berpengaruh meningkatnya tarif rumah sakit menjadi lebih tinggi, hal ini disebabkan oleh biaya akomodasi. Biaya akomodasi rumah sakit akan semakin besar diikuti dengan semakin tingginya kelas perawatan. Oleh karena itu kelas perawatan menjadi salah satu faktor yang ikut mempengaruhi tarif rumah sakit selain faktor lama dirawat, diagnosis sekunder dan tindakan.

BAB V

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

1. Nilai total tarif riil rumah sakit sebesar Rp. 585.437.042. Dengan nilai minimum tarif riil rumah sakit sebesar Rp. 1.715.524, nilai maksimum tarif riil rumah sakit sebesar Rp. 11.173.492, dan nilai rata-rata tarif riil rumah sakit sebesar Rp. 3.681.993.97.
2. Nilai total tarif INA-CBG's sebesar Rp. 390.094.800. Dengan nilai minimum tarif INA-CBG's sebesar Rp. 2.046.000, nilai maksimum tarif INA-CBG's sebesar Rp. 3.620.600, dan nilai rata-rata tarif INA-CBG's sebesar Rp.2.453.426.42.
3. Dari uji statistik Uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $p = 0,000$ yang artinya H_0 ditolak dan H_1 diterima maka dapat disimpulkan bahwa ada perbedaan tarif riil dengan tarif INA-CBG's pada pasien rawat inap dengan kasus hipertensi primer di RSD K.R.M.T Wongsonegoro. Dari 159 pasien didapatkan 138 pasien dengan selisih negatif dan 21 pasien dengan selisih positif. Selisih antara tarif riil rumah sakit dengan tarif INA-CBG's sebesar Rp. 195.342.242.

B. Saran

1. Sebaiknya rumah sakit agar lebih mengoptimalkan system *clinical pathway* yang telah diterapkan agar dapat mengendalikan biaya yang dikeluarkan nantinya.
2. Sebaiknya rumah sakit mengoptimalkan kinerja tim kendali mutu dalam mengendalikan biaya di rumah sakit agar dapat menekan pengeluaran tarif riil rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Agiwahyunto, F., Widianawati, E., Ratna Wulan, W., Basuki Putri, R., & Artikel, I. (2020). Higeia Journal Of Public Health Research And Development Tarif Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbgs Pasien Rawat Inap. *Higeia*, 4(207), 520–532.
- Agung, I. G., Putra, N., Susanti, M. Y., Yulida, R., Iii, D., Medis, R., Kesehatan, P., & Indonesia, P. (2023). Analisis Selisih Biaya Antara Tarif riil Rumah Sakit dengan Tarif I NA - C BG ' S pada Kasus Sectio Caesarean di Rumah Sakit Panti Nugroho. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 11 No.2, 91–95. <https://doi.org/10.33560/jmiki.v11i2.406>
- Agustina, Palu, B., & Muchlis, N. (2020). Analysis of real costs and INA-CBG's tariff at The Bahagia General Hospital in Makassar City. *Journal of Muslim Community Health (JMCH)*, 1(2), 13–25.
- Astuti, N. D., Irmawati, I., & Apifah, A. (2021). Analisis Tarif Rumah Sakit dan Tarif Ina CBGs Kasus Gagal Jantung Kongestif. *Jurnal Rekam Medis Dan Informasi Kesehatan*, 4(1), 44–51. <https://doi.org/10.31983/jrmik.v4i1.6788>
- Bunga Ifatun Nisa. (2020). Faktor-faktor yang Mempengaruhi Biaya antara Biaya Riil dan Tarif INA CBGs pada Pasien Jantung Koroner Rawat Inap JKN di RSUD Tugurejo Semarang Tahun 2019. *Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat. Universitas Negeri Semarang.*, 184.
- Ika Purwidyaningrum, Titik S, I. (2022). Analisis Biaya Riil Pengobatan Pasien Hipertensi Rawat Inap terhadap Tarif INA-CBG's di RSNU Jombang. *Jurnal Ilmiah Kefarmasian*, 7(4), 881–890.
- Irwandy, I., & Sjaaf, A. C. (2018). Dampak Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional terhadap Efisiensi Rumah Sakit: Studi Kasus di Provinsi Sulawesi Selatan. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia*, 14(4), 360.
- Kemenkes RI. (2014). Buku Pegangan Sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional. In *Buku Pegangan Sosialisasi*

Jaminan Kesehatan Nasional dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Kementrian Kesehatan RI. (2018). Hasil Riskesdas tahun 2018. *Kementrian Kesehatan RI*, 53(9), 1689–1699.

Lakoan, M. R., Andayani, T. M., & Chairun, W. (2019). Analisis Kesesuaian Biaya Rill Terhadap Tarif Ina-Cbgs Pada Pengobatan Gagal Jantung Kongestif Pasien Jkn Rawat Inap Rsud Dr. Soehadi Prijonegoro Sragen Tahun 2015. *Jurnal Farmasi & Sains Indonesia*, 2(2), 1–8.

Nilansari, A. F., Yasin, N. M., & Puspandari, D. A. (2021). Analisis Tarif INA-CBGs Pasien Hipertensi Rawat Inap di Rumah Sakit Umum Daerah Panembahan Senopati. *Indonesian Journal of Clinical Pharmacy*, 10(1), 22.

Nuurjannah, N. Y. (2021). Implementasi Kebijakan Jaminan Kesehatan Nasional (Jkn) Di Rumah Sakit Umum Daerah (Rsud) Kota Bandung. *Jurnal Ilmiah Administrasi Pemerintahan Daerah*, 13(2), 63–77.

Permenkes no.3. (2020). Permenkes tentang Klasifikasi dan Perizinan Rumah Sakit. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 69(555), 1–53.

Permenkes Nomor 26. (2021). Permenkes tentang Pedoman Indonesian Case Base Groups (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 4 Tahun 2018*, 151(2), 10–17.

Permenkes Nomor 3 Tahun 2023. (2020). Permenkes Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. *Permenkes Nomor 3 Tahun 2023*, 69(555), 1–53.

Permenkes Nomor 5 Tahun 2018. (2018). Permenkes Tentang perubahan Ketiga Atas Peraturan Menteri Kesehatan nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional. *Permenkes Nomor 5 Tahun 2018*.

Permenkes Nomor 85 Tahun 2015. (2015). Permenkes tentang Pola Tarif Nasional

Rumah Sakit. *Permenkes Nomor 85 Tahun 2015*, 151, 10–17.

Perpres Nomor 82 Tahun 2018. (2018). Permenkes no 82 tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. *Permenkes No 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan*, 1, 1–5. h

Perwal Kota Semarang Nomor 20 tahun 2022. (2021). Tarif Layanan RSD K.R.M.T Wongsonegoro. *Perwal Kota Semarang*, 1–46.

PP Nomor 47. (2021). Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021 tentang Penyelenggaraan Bidang Perumahasakitan. *Peraturan Pemerintah Nomor 47 Tahun 2021*, 086146.

Ridwan, S.Pd, M.Pd, M. (2017). Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer “Hipertensi.” In Shabira Ika (Ed.), *Mengenal, Mencegah, Mengatasi Silent Killer “Hipertensi.”* Hikam Pustaka.

Suheri, A. (2022). Analisis Perbedaan Tarif Riil Rumah Sakit Dengan Tarif Ina-Cbg’S Pelayanan Rawat Inap Di Rumah Sakit Umum Daerah Asy-Syifa’ Sumbawa Barat. *Jurnal TAMBORA*, 6(3), 136–145. <https://doi.org/10.36761/jt.v6i3.2094>

Undang-undang RI. (2011). Undang-undang RI Nomor 24 tahun 2011tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. *Undang-Undang RI Nomor 24 Tahun 2011tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.

UU RI No 17. (2023). Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan. *Undang-Undang*, 187315, 1–300.

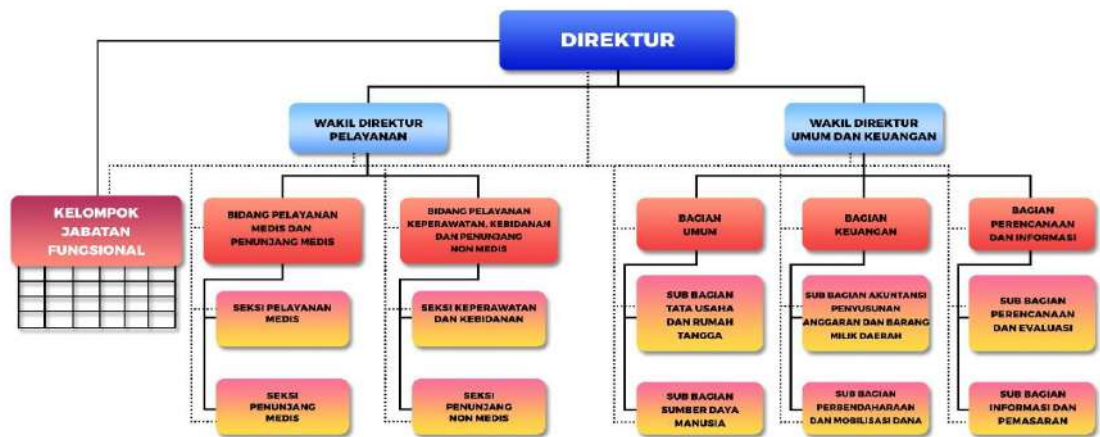
Widayati, A., Yudith Asyerem, A., & Faizal Arianto. (2022). Perbedaan Tarif RS dan INA-CBG’s pada Layanan Rawat Inap Pasien Bronchopneumonia (Studi Kasus di RSUD Dr. J. P. Wanake Kabupaten Sorong). *Biolearning Journal*, 9(2), 32–38.

LAMPIRAN

Lampiran 1

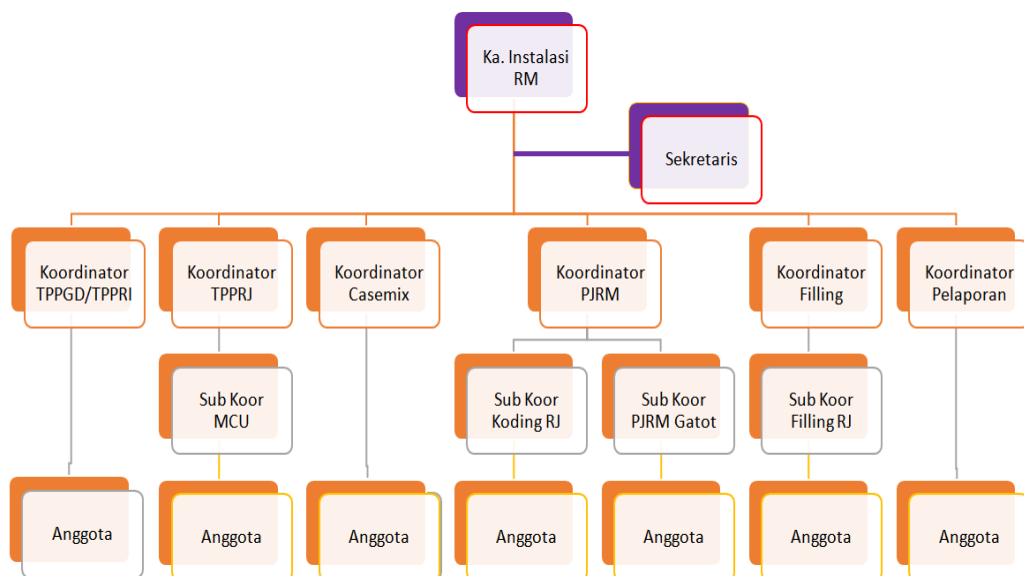
STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT DAERAH K.R.M.T. WONGSONEGORO KOTA SEMARANG

Peraturan Wali Kota Semarang Nomor 36 Tahun 2021
Tanggal 15 Juni 2021



Lampiran 2

Struktur Organisasi Rekam Medis



Lampiran 3

Check List Selisih Tarif Riil dengan Tarif INA-CBG's

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
1	491759	2.721.200	3.531.011	-809.811	√	
2	13324	2.721.200	4.131.081	-1.409.881	√	
3	294028	2.383.600	2.287.507	96.093		√
4	364991	2.268.500	2.814.212	-545.712	√	
5	196195	2.722.300	2.956.893	-234.593	√	
6	600448	2.046.000	2.509.252	-463.252	√	
7	496915	2.046.000	2.433.022	-387.022	√	
8	257873	2.383.600	3.265.801	-882.201	√	
9	600585	2.383.600	3.286.348	-902.748	√	
10	575353	2.642.800	2.783.833	-141.033	√	
11	600640	2.268.500	3.108.671	-840.171	√	
12	376273	2.046.000	3.024.220	-978.220	√	
13	370297	2.268.500	3.715.876	-1.447.376	√	
14	532533	2.046.000	2.514.838	-468.838	√	
15	600681	2.046.000	4.991.359	-2.945.359	√	
16	600874	2.046.000	3.617.716	-1.571.716	√	
17	317593	2.046.000	2.618.770	-572.770	√	
18	252381	2.046.000	2.344.135	-298.135	√	
19	159549	2.268.500	2.933.506	-665.006	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
20	378669	2.046.000	2.735.131	-689.131	√	
21	601087	2.046.000	3.380.034	-1.334.034	√	
22	476752	2.046.000	4.168.003	-2.122.003	√	
23	95487	2.046.000	2.410.807	-364.807	√	
24	601488	2.046.000	2.331.283	-285.283	√	
25	144723	2.383.600	2.315.954	67.646		√
26	442350	2.046.000	2.252.291	-206.291	√	
27	601484	2.046.000	2.869.921	-823.921	√	
28	199893	3.620.600	7.505.227	-3.884.627	√	
29	601341	2.046.000	5.431.950	-3.385.950	√	
30	376901	2.046.000	2.915.432	-869.432	√	
31	601523	2.046.000	4.928.613	-2.882.613	√	
32	301654	2.046.000	3.614.080	-1.568.080	√	
33	283441	2.721.200	3.246.760	-525.560	√	
34	286912	2.383.600	4.227.745	-1.844.145	√	
35	601759	2.046.000	2.140.611	-94.611	√	
36	601657	2.722.300	2.688.103	34.197		√
37	234707	2.383.600	3.351.213	-967.613	√	
38	215144	2.046.000	2.225.148	-179.148	√	
39	601812	3.620.600	5.599.635	-1.979.035	√	
40	580842	2.383.600	4.149.557	-1.765.957	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
41	602018	2.046.000	3.467.475	- 1.421.475	√	
42	562730	2.383.600	3.181.633	- 798.033	√	
43	269275	2.383.600	4.456.722	- 2.073.122	√	
44	602007	3.017.100	5.237.314	- 2.220.214	√	
45	422380	2.046.000	1.939.675	106.325		√
46	219168	2.046.000	2.240.174	- 194.174	√	
47	291995	2.722.300	3.806.643	- 1.084.343	√	
48	450972	2.383.600	2.468.080	- 84.480	√	
49	601976	2.046.000	4.579.763	- 2.533.763	√	
50	601558	2.642.800	8.005.511	- 5.362.711	√	
51	6089	2.721.200	4.092.578	- 1.371.378	√	
52	239745	2.383.600	3.868.649	- 1.485.049	√	
53	588687	2.383.600	4.400.904	- 2.017.304	√	
54	602523	2.722.300	2.731.810	- 9.510	√	
55	249180	3.171.500	3.376.414	- 204.914	√	
56	602472	2.046.000	3.548.625	- 1.502.625	√	
57	602347	2.722.300	9.729.691	- 7.007.391	√	
58	307238	2.046.000	1.985.686	60.314		√
59	94137	3.620.600	2.731.933	888.667		√
60	437645	3.171.500	4.824.690	- 1.653.190	√	
61	602595	2.046.000	4.900.272	- 2.854.272	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
62	602837	2.268.500	4.099.101	- 1.830.601	√	
63	345452	2.046.000	4.207.787	- 2.161.787	√	
64	602927	2.046.000	3.286.289	- 1.240.289	√	
65	581334	2.722.300	3.537.364	- 815.064	√	
66	124170	2.046.000	2.455.304	- 409.304	√	
67	230608	2.046.000	3.080.459	- 1.034.459	√	
68	267389	2.722.300	3.696.903	- 974.603	√	
69	394642	2.046.000	3.179.971	- 1.133.971	√	
70	231757	2.383.600	2.525.620	- 142.020	√	
71	405627	3.620.600	3.366.813	253.787		√
72	603073	3.171.500	5.866.003	- 2.694.503	√	
73	141365	2.722.300	3.541.519	- 819.219	√	
74	603202	3.171.500	3.067.882	103.618		√
75	597479	3.171.500	7.964.322	- 4.792.822	√	
76	186876	2.046.000	2.690.504	- 644.504	√	
77	398254	2.046.000	2.129.488	- 83.488	√	
78	255137	2.721.200	5.637.562	- 2.916.362	√	
79	585023	2.722.300	3.090.556	- 368.256	√	
80	523667	2.722.300	2.427.564	294.736		√
81	603129	2.722.300	3.300.491	- 578.191	√	
82	603097	2.046.000	2.295.330	- 249.330	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
83	603212	3.017.100	5.976.005	- 2.958.905	√	
84	603454	3.171.500	3.565.208	- 393.708	√	
85	377427	2.046.000	2.819.992	- 773.992	√	
86	536629	2.721.200	11.173.492	- 8.452.292	√	
87	520188	2.721.200	4.045.865	- 1.324.665	√	
88	416618	2.722.300	3.078.852	- 356.552	√	
89	327517	2.268.500	4.716.713	- 2.448.213	√	
90	102571	2.046.000	3.020.954	- 974.954	√	
91	603168	2.046.000	4.815.682	- 2.769.682	√	
92	367112	3.620.600	6.503.973	- 2.883.373	√	
93	562751	2.721.200	6.181.423	- 3.460.223	√	
94	603914	2.383.600	2.610.304	- 226.704	√	
95	298422	2.046.000	2.221.342	- 175.342	√	
96	282247	2.721.200	6.817.755	- 4.096.555	√	
97	425168	2.383.600	1.715.524	668.076		√
98	604154	2.046.000	2.086.569	- 40.569	√	
99	603951	2.268.500	4.498.118	- 2.229.618	√	
100	497537	2.268.500	3.361.521	- 1.093.021	√	
101	604207	2.046.000	1.862.696	183.304		√
102	190855	2.722.300	2.593.611	128.689		√
103	604780	2.722.300	3.573.572	- 851.272	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
104	517779	3.620.600	5.008.667	- 1.388.067	√	
105	409086	2.383.600	3.411.097	- 1.027.497	√	
106	578840	3.620.600	2.281.200	1.339.400		√
107	605029	2.722.300	2.214.687	507.613		√
108	94895	3.620.600	6.108.581	- 2.487.981	√	
109	142961	2.046.000	2.056.398	- 10.398	√	
110	605054	2.046.000	2.839.347	- 793.347	√	
111	422646	2.046.000	3.773.980	- 1.727.980	√	
112	591407	2.721.200	2.583.502	137.698	√	
113	605294	2.268.500	3.626.764	- 1.358.264	√	
114	605365	2.721.200	3.835.896	- 1.114.696	√	
115	598090	2.722.300	4.206.497	- 1.484.197	√	
116	605533	2.721.200	3.898.105	- 1.176.905	√	
117	605685	2.046.000	3.390.138	- 1.344.138	√	
118	184726	2.046.000	4.124.915	- 2.078.915	√	
119	109260	3.171.500	4.219.469	- 1.047.969	√	
120	220765	2.268.500	3.782.319	- 1.513.819	√	
121	267472	2.046.000	3.534.241	- 1.488.241	√	
122	605592	2.722.300	6.333.865	- 3.611.565	√	
123	299721	2.046.000	4.482.889	- 2.436.889	√	
124	555639	2.721.200	2.815.232	- 94.032	√	

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
125	601108	2.046.000	2.193.988	- 147.988	√	
126	605938	2.046.000	3.700.005	- 1.654.005	√	
127	206098	2.046.000	2.560.654	- 514.654	√	
128	533416	2.268.500	3.567.485	- 1.298.985	√	
129	243471	2.721.200	2.684.149	37.051		√
130	579739	2.046.000	3.882.990	- 1.836.990	√	
131	606432	2.721.200	2.278.326	442.874		√
132	606460	2.046.000	3.100.091	- 1.054.091	√	
133	606471	3.620.600	5.071.189	- 1.450.589	√	
134	414332	2.046.000	2.994.836	- 948.836	√	
135	252058	2.721.200	3.899.802	- 1.178.602	√	
136	588203	3.620.600	9.655.804	- 6.035.204	√	
137	302235	2.722.300	3.602.705	- 880.405	√	
138	603972	2.046.000	2.358.219	- 312.219	√	
139	606686	2.642.800	3.250.094	- 607.294	√	
140	606902	2.383.600	3.052.502	- 668.902	√	
141	491522	2.046.000	3.080.422	- 1.034.422	√	
142	534979	2.046.000	2.991.096	- 945.096	√	
143	606818	2.046.000	3.820.512	- 1.774.512	√	
144	564457	2.046.000	2.054.414	- 8.414	√	
145	605029	2.046.000	1.991.561	54.439		√

No	MRN	Tarif INA-CBGS	Tarif RS	Selisih	Selisih Negatif	Selisih Positif
146	606856	2.046.000	5.159.886	- 3.113.886	√	
147	607203	2.721.200	3.338.341	- 617.141	√	
148	372188	2.383.600	6.572.511	- 4.188.911	√	
149	370429	2.046.000	2.258.259	- 212.259	√	
150	65692	3.620.600	3.690.457	- 69.857	√	
151	607221	2.046.000	2.770.953	- 724.953	√	
152	607385	2.722.300	3.024.998	- 302.698	√	
153	393907	2.046.000	3.493.837	- 1.447.837	√	
154	298574	2.383.600	3.229.997	- 846.397	√	
155	607240	3.017.100	2.747.169	269.931		√
156	567753	2.383.600	2.291.061	92.539		√
157	584337	2.721.200	2.509.624	211.576		√
158	338098	2.046.000	4.815.626	- 2.769.626	√	
159	299366	2.721.200	7.599.896	- 4.878.696	√	
	Total	390.094.800	585.437.042	- 195.342.242		

Lampiran 4

Lembar perincian biaya perawatan pengobatan pasien



Rumah Sakit Daerah K.R.M.T. WONGSONEGORO
JL. FATMAWATI NO.1, KOTA SEMARANG - 50272 Telp. (024) 6711500

No. CM : 584337
 Nama Pasien : [REDACTED] Pria
 Umur : 37 th 10 bl 23 hr
 Tgl. Masuk : 27/09/2023 12:49:45 Tgl. Keluar : 30/09/2023 17:48:20
 Alamat : [REDACTED] NG
 Dokter Pemeriksa : dr SYAIFUN NIAM Sp.PD

No. Struk : 2309300135
 No. BKM : 2309300150 / 3009230028
 Tgl. BKM : 30/09/2023 18:47:01
 Jenis Pasien : BPJS NON PBI
 Penjamin : PT BPJS
 Cara Bayar : Tunai

Ruangan : Arimbi

KUITANSI PEMBAYARAN

No.	Deskripsi Layanan	Kelas	Qty	Biaya	CITO	Total
Apotik Rawat Inap						31.555,87
Alkes						
1	Pharmafix 10 x 5 m	Kelas III	1,000	12.795,75		12.795,75
2	Sput 3 cc	Kelas I	10,000	1.110,00		11.100,00
2	Sput 3 cc	Kelas III	6,000	1.110,00		6.660,00
3	Alkohol swab	Kelas III	10,000	100,01		1.000,13
Obat-obatan						269.423,21
1	Furosemide inj	Kelas I	4,000	3.125,00		12.500,00
1	Furosemide inj	Kelas III	4,000	3.125,00		12.500,00
2	Ranitidin inj	Kelas I	4,000	1.596,24		6.384,95
2	Ranitidin inj	Kelas III	4,000	1.596,24		6.384,95
3	Ketorolac inj 30 mg	Kelas III	4,000	1.520,00		6.080,00
4	Furosemid 40 mg Tab	Kelas I	5,000	373,69		1.868,44
5	Asam mefenamat 500 mg Tab	Kelas I	16,000	225,00		3.600,00
5	Asam mefenamat 500 mg Tab	Kelas III	6,000	225,00		1.350,00
6	Herbesser 200	Kelas I	7,000	6.856,25		47.993,75
6	Herbesser 200	Kelas III	3,000	6.856,25		20.568,75
7	Amlodipin 10 mg Tab	Kelas I	5,000	132,50		662,50
7	Amlodipin 10 mg Tab	Kelas III	3,000	132,50		397,50
8	Nitrokaf R 2,5 mg	Kelas I	14,000	2.068,75		28.962,50
8	Nitrokaf R 2,5 mg	Kelas III	6,000	2.068,75		12.412,50
9	Candesartan 8 mg tab	Kelas III	1,000	356,13		356,13
10	Candesartan 16 mg tab	Kelas I	7,000	398,75		2.791,25
10	Candesartan 16 mg tab	Kelas III	2,000	398,75		797,50
11	Ringer Lactat 500 ml OGB	Kelas I	5,000	9.437,50		47.187,50
11	Ringer Lactat 500 ml OGB	Kelas III	6,000	9.437,50		56.625,00
Sub Total : Apotik Rawat Inap						300.979,09
Arimbi						20.000,00
PELAYANAN GIZI						
1	Konsultasi Ahli Gizi (Rawat Inap)	Kelas I	1,000	20.000,00		20.000,00
PELAYANAN RAWAT INAP						525.000,00
1	Akomodasi Rawat Inap	Kelas I	1,000	300.000,00		300.000,00
2	Visite Dokter Spesialis RI### : dr. DESSY ANDRIANI, Sp.PD	Kelas I	1,000	62.500,00		62.500,00
3	Visite Dokter Spesialis RI### : dr. RIRI GUSNITA SARI, Sp.S	Kelas I	1,000	62.500,00		62.500,00
4	Intermediate Care / Asuhan Keperawatan Agak Berat	Kelas I	2,000	50.000,00		100.000,00
Sub Total : Arimbi						545.000,00
Konsultasi Farmasi						20.000,00
PELAYANAN KEFARMASIAN						
1	Visite Farmasi Klinik	Kelas I	1,000	20.000,00		20.000,00
Sub Total : Konsultasi Farmasi						20.000,00
NAKULA 3						20.000,00
PELAYANAN GIZI						
1	Konsultasi Ahli Gizi (Rawat Inap)	Kelas III	1,000	20.000,00		20.000,00
PELAYANAN RAWAT INAP						545.000,00
1	Administrasi Rawat Inap###	Kelas III	1,000	20.000,00		20.000,00
2	Akomodasi Rawat Inap	Kelas III	3,000	100.000,00		300.000,00
3	Visite Dokter Spesialis RI### : dr. SYAIFUN NIAM, Sp.PD	Kelas III	2,000	50.000,00		100.000,00
4	Visite Dokter Spesialis RI### : dr. WIDI YANTI IFFAH, Sp. DR	Kelas III	1,000	75.000,00		75.000,00

5	Intermediate Care / Asuhan Keperawatan Agak Berat	Kelas III	1,000	50.000,00	50.000,00
Sub Total : NAKULA 3					565.000,00

Grand Total : 1.430.979,09

Terbilang : Nol rupiah
TAUFIQUROCHMAN, SE

KOTA SEMARANG, 30 Sep

()

Kasir IGD

Tanggal Cetak : 06/02/2024 15:33:34


Harus Dibayar : Rp 0
Pembebasan : Rp 0

Total Biaya : Rp 1.430.979,09
Pembayaran Sebelumnya : Rp 0
JUMLAH BAYAR : Rp 0
Total Sudah Dibayar : Rp 0
Sisa Tagihan : Rp 0

Pembayaran Ke I

Lampiran 5

Lembar Klaim Individual Pasien JKN

 KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA Berkas Klaim Individual Pasien		JKN 30/09/2023
---	--	-------------------

Kode Rumah Sakit	: 3374342	Kelas Rumah Sakit	: B
Nama RS	: RSUD KOTA SEMARANG	Jenis Tarif	: TARIF RS KELAS B PEMERINTAH

Nomor Peserta	: 0000455865715	Nomor SEP	: 1101R0240923V015934
Nomor Rekam Medis	: 584337	Tanggal Masuk	: 27/09/2023
Umur Tahun	: 37	Tanggal Keluar	: 30/09/2023
Umur Hari	: 13840	Jenis Perawatan	: 1 - Rawat Inap
Tanggal Lahir	: 05/11/1985	Cara Pulang	: 1 - Atas Persetujuan Dokter
Jenis Kelamin	: 1 - Laki-laki	LOS	: 4 hari
Kelas Perawatan	: 1 - Kelas 1	Berat Lahir	: -

Diagnosa Utama	: I10	Essential (primary) hypertension
Diagnosa Sekunder	: -	

Prosedur	: 87.44	Routine chest x-ray, so described
	: 90.59	Microscopic examination of blood, Other microscopic examination

ADL Sub Acute	: -	ADL Chronic	: -
---------------	-----	-------------	-----

Hasil Grouping			
INA-CBG	: I-4-17-I	HIPERTENSI (RINGAN)	Rp 2,721,200.00
Sub Acute	: -	-	Rp 0.00
Chronic	: -	-	Rp 0.00
Special CMG	: -	-	Rp 0.00
Total Tarif	:		Rp 2,721,200.00

Generated : E-Klaim 5.8.9.202312261519 bh 2024-02-06 15:11:11 Lembar 1 of 3

Lampiran 6

Uji Normalitas One-Sample Kolmogorov-Smirnov Test

		tarif riil	tarif ina cbgs
N		159	159
Normal Parameters ^{a,b}	Mean	3681993.97	2453426.42
	Std. Deviation	1562975.865	462661.382
Most Extreme Differences	Absolute	.162	.226
	Positive	.162	.226
	Negatif	-.120	-.189
Test Statistic		.162	.226
Asymp. Sig. (2-tailed)		.000 ^c	.000 ^c

a. Test distribution is Normal.

b. Calculated from data.

c. Lilliefors Significance Correction.

Lampiran 7

Uji Wilcoxon

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
tarif ina cbgs - tarif riil	Negative Ranks	138 ^a	87.54	12080.00
	Positive Ranks	21 ^b	30.48	640.00
	Ties	0 ^c		
	Total	159		

a. tarif ina cbgs < tarif riil

b. tarif ina cbgs > tarif riil

c. tarif ina cbgs = tarif riil

Test Statistics^a

tarif ina cbgs

- tarif riil

Z	-9.837 ^b
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

a. Wilcoxon Signed Ranks Test

b. Based on positive ranks.

Lampiran 8

Daftar wawancara responden

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah yang dimaksud <i>over cost</i> ?	Kondisi dimana tarif riil rs lebih besar daripada tarif inacbg's (tarif klaim)
2	Apakah ada selisih positif/negatif antara tarif riil rumah sakit dan tarif INA-CBG's?	Ada selisih positif dan negatif
3	Komponen apakah yang paling banyak mempengaruhi tarif riil rumah sakit?	Komponen yang mempengaruhi tarif riil rumah sakit antara lain adalah lama dirawat, penggunaan obat, pemeriksaan penunjang, tindakan
4	Apakah rumah sakit sudah menerapkan <i>clinical pathway</i> untuk menentukan diagnosis dan Tindakan pasien JKN?	Penentuan diagnosis dan tindakan belum sesuai dengan CP karena CP yg ada di RS masih terbatas

		berdasarkan kebutuhan akreditasi
5	Apakah dalam perhitungan tarif, rumah sakit sudah menggunakan software?	Ya sudah menggunakan tarif dari SIM RS dan dilakukan bridging data ke INA-CBG's
6	Upaya apa yang dilakukan untuk menutupi selisih biaya riil?	Menggunakan monitoring tarif, yang dilaporkan kepada case manager setiap hari, untuk warning jika mendekati over cost, sehingga dapat dilakukan evaluasi
7	Apakah <i>clinical pathway</i> penting dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit?	Penting sekali karena dengan adanya CP kita bisa menghemat penggunaan sarana, meningkatkan kepuasan pasien dan praktisi klinis, serta menurunkan biaya

		perawatan (penurunan LOS dan BHP)
8	Siapa saja yang dapat membuat dan menggunakan <i>clinical pathway</i> ?	Tim CP terdiri dari dokter, perawat, dan nakes lain yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien. Pengguna CP adalah PPA
9	Apakah ada kendala/hambatan yang ditemukan saat pelaksanaan <i>clinical pathway</i> ?	Belum ada Tim penyusun CP sehingga penyusunan CP tidak sesuai dengan PPK. PPK yang ada selama ini masih bersifat umum belum aplikatif. Belum ada komitmen untuk pengelola CP yang seharusnya pelaksanaan dilakukan oleh case manager.

