

TINJAUAN TARIF *INDONESIAN CASE BASE GROUPS* (INA CBGs) DAN TARIF RUMAH SAKIT PADA PASIEN RAWAT INAP KASUS BEDAH ORTHOPEDI PESERTA BPJS DI RUMAH SAKIT UMUM KABUPATEN TANGERANG

Happy Novriyanti Purwadi¹, KamaluddinLatief², VannyaDwiNurlita³
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Banten

Email: happypurwadi@gmail.com

Abstrak

Pendahuluan Perubahan pada sistem pembayaran di era Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menimbulkan dampak terhadap pendapatan rumah sakit. Sistem pembiayaan menjadi sistem pembayaran prospektif yang dikenal dengan *casemix* (*case based payment*). Sistem *casemix* adalah sistem pembayaran pelayanan kesehatan secara paket dimana pembayaran atau biaya ditentukan sebelum pelayanan diberikan. Namun hal ini belum efektif karena dengan tarif INA CBGs berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui perbedaan rata-rata tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan beberapa faktor yaitu : kode ICD 10, lama rawat, kelas rawat, tingkat keparahan dan jenis tindakan. **Metode Penelitian** ini adalah kuantitatif dengan perhitungan total biaya rata-rata dan uji *Mann Whitney*. **Hasil Penelitian** rata-rata tarif rumah sakit lebih besar dari tarif INA CBGs. *Mean* tarif rumah sakit Rp. 16.069.741 dan *mean* tarif INA CBGs Rp. 15.088.149. Diagnosa utama paling banyak pada kasus bedah orthopedi adalah Diabetes Mellitus sebanyak 26 kasus (15,11%) dengan rata-rata lama rawat >7 hari. Pada tingkat keparahan I dan jenis tindakan bedah ringan terdapat 130 kasus dengan selisih negatif Rp. 36.273.00, pada tingkat keparahan II dan jenis tindakan bedah sedang terdapat 30 kasus dengan selisih negatif Rp. 7.884.074, pada tingkat keparahan III dan jenis tindakan bedah berat terdapat 12 kasus dengan selisih positif Rp. 5.369.891 sedangkan pada jenis kelas rawat I terdapat selisih negatif Rp. 3.253.380, kelas rawat II terdapat selisih positif Rp. 112.768.00 dan kelas rawat III terdapat selisih negatif Rp. 438.566.00. **Kesimpulan** dari 172 kasus terdapat selisih negatif antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs. **Saran** membangun tim kendali mutu dan kendali biaya, meningkatkan efisiensi.

Kata Kunci: Tarif RS, Tarif INA CBGs, Bedah Orthopedi, Jaminan Kesehatan Nasional

ABSTRACT

Introduction. The changing of claim system in National Health Insurance (JKN) era give an impact to hospital income. Payment system to change the payment system prospective known as *casemix* (*case based payment*). *Casemix* system is the payment system healthcare services package where payments or it is determined given before service. But this has not been effective because with the tariff of INA CBGs potentially creates losses for hospital. This study attempts to tell the difference mean hospital tariffs and INA CBGs tariffs based on several factors namely: code icd 10, long care, in class, severity level and kind of action. **Method.** The study use a quantitative with calculation of the total cost of the average and *Mann Whitney*. **Results.** Mean hospital tariffs larger of INA CBGs tariff. Mean the hospital tariffs Rp. 16.069.741 and mean tariff Ina CBGs Rp. 15.088.149. The main diagnosis of most cases in orthopedic surgery is Diabetes Mellitus as many as 26 cases (15.11%) with an average length of stay more than 7 days. At the severity level I and the type of minor surgery there are 130 cases with a negative difference Rp. 36.273.00, on the severity level II and the type of surgery is there are 30 cases with a negative difference Rp. 7.884.074, on the severity level III and type of heavy surgery there are 12 cases with positive difference Rp. 5.369.891 whereas in the type of class I there is a negative difference Rp. 3.253.380, class II there is a positive difference Rp. 112.768.00 and class III there is a negative difference Rp. 438.566.00. **Conclusion.** From 172 cases there was a negative difference between hospital tariffs and INA CBGs tariffs. **Advice.** For the hospital build a team quality control and cost containment, increase efficiency.

Keywords: The Hospital Tariff, INA CBGs Tariff, Surgical Orthopedi, National Health Insurance

PENDAHULUAN

Sistem kesehatan (*health system*) adalah tatanan yang bertujuan tercapainya derajat kesehatan yang bermutu tinggi dan merata, melalui upaya-upaya dalam tatanan tersebut yang dilaksanakan secara efisien dan berkualitas serta terjangkau. Tujuan ini oleh WHO dirumuskan dalam satu paduan tiga kata *efficiency, equity, quality* (EEQ). Sistem kesehatan terdiri dari dua bagian utama yang merupakan subsistemnya, yaitu sistem pelayanan kesehatan perorangan (*medical service* atau pelayanan medis) dan sistem pelayanan kesehatan masyarakat (*public health service*).

Pelayanan kesehatan di Indonesia tumbuh dan berkembang secara tradisional mengikuti perkembangan pasar dan sedikit sekali pengaruh intervensi pemerintah dalam sistem pembayaran. Dokter, klinik dan rumah sakit pemerintah maupun swasta sama-sama menggunakan sistem pembayaran jasa per pelayanan (*fee for service*). Di negara maju, baik di Eropa, Amerika maupun Asia, tekanan tingginya biaya kesehatan sudah lama dirasakan. Semua pihak sudah merasakan beban ekonomi yang berat untuk membayar kontribusi asuransi kesehatan sosial, anggaran belanja negara, atau membeli premi asuransi kesehatan swasta. (Hatta, 2011).

Pembiayaan kesehatan atau lebih tepatnya pendanaan kesehatan merupakan suatu cara dalam memungkinkan seseorang memenuhi kebutuhan medisnya. Pada dasarnya, setiap orang bertanggung jawab untuk mendanai sendiri pelayanan kesehatan perorangan yang dibutuhkannya untuk bisa hidup sehat dan produktif. Namun, karena sifat pelayanan yang tidak pasti waktu dan besarnya, maka kebanyakan orang tidak mampu mengeluarkan dana untuk memenuhi seluruh kebutuhan medisnya ketika ia sakit cukup berat.

Karena hal tersebut, terdapat dua metode dalam menangani pendanaan kesehatan setiap orang. Pertama adalah pendanaan oleh pemerintah secara penuh. Hal ini terjadi di Malaysia, Hongkong, Brunei, Sri Lanka, Inggris dan Saudi

Arabia. Di negara-negara tersebut, penduduk hanya membayar sekadarnya, misalnya di Muangthai hanya membayar Rp. 6.000 sekali dirawat, berapa haripun penduduk dirawat dan tidak tergantung perlu operasi atau masuk ICU. Penduduk mendapat pelayanan gratis seperti di Inggris, termasuk transplantasi jika diperlukan. Sayangnya Indonesia tidak sanggup mendanai pelayanan gratis atau hampir gratis seperti di negara-negara tersebut. Karena kemampuan negara tidak memadai untuk mendanai pelayanan kesehatan gratis untuk semua, kecuali yang miskin yang kini didanai melalui PT. Askes, maka harus ada mekanisme lain.

Salah satu upaya yang dilakukan oleh pemerintah Indonesia untuk meningkatkan kesehatan yaitu dengan mengadakan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) per Januari 2014. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, yang dimaksud dengan 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 atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan, maka dibentuk sebuah badan hukum yang disebut Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disingkat BPJS Kesehatan. Sedangkan pihak yang menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan disebut dengan fasilitas kesehatan. Fasilitas kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah atau masyarakat. Fasilitas kesehatan terdiri atas fasilitas kesehatan tingkat pertama dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Konsep kesatuan upaya kesehatan ini menjadi pedoman dan pegangan bagi semua fasilitas kesehatan di Indonesia termasuk rumah sakit.

Program JKN menggunakan *Indonesian Case Base Groups* (INA CBGs). Sistem INA CBGs merupakan sistem *kodifikasi* dari diagnosis akhir dan tindakan atau prosedur yang menjadi *output* pelayanan, berbasis pada data *costing* dan *coding* penyakit mengacu *International Classification Of Diseases* (ICD) yang disusun WHO dengan acuan ICD-10 untuk diagnosis dan ICD-9-Clinical Modifications untuk tindakan atau prosedur. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan *Grouped United Nations University (UNU Grouper)*. *UNU Grouper* adalah *grouper casemix* yang dikembangkan oleh UNU Malaysia (Kemenkes, 2014). Untuk tarif INA CBGs dikelompokkan dalam empat jenis rumah sakit, yaitu rumah sakit kelas A, B, C, dan D yang ditentukan berdasarkan akreditasi rumah sakit. (Tim National Casemix).

Berdasarkan permenkes No. 69 Tahun 2013 “*Tarif Indonesian Case Base Groups* yang selanjutnya disebut tarif INA CBGs adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit”. Penerapan tarif ini awalnya diberlakukan pada piutang jaminan pemerintah pusat yaitu piutang Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) yang pembayarannya dijamin oleh pemerintah melalui Kementerian Kesehatan (Kemenkes).

Sistem INA CBGs adalah aplikasi yang digunakan sebagai aplikasi pengajuan klaim Rumah Sakit, Puskesmas dan semua Penyedia Pelayanan Kesehatan (PPK) bagi masyarakat miskin Indonesia. *Case Base Groups* (CBGs), yaitu cara pembayaran perawatan pasien berdasarkan diagnosis-diagnosis atau kasus-kasus yang relatif sama. Rumah Sakit akan mendapatkan pembayaran berdasarkan rata-rata biaya yang dihabiskan untuk suatu kelompok diagnosis.

Berdasarkan data yang didapat dari bagian verifikasi dan AMD (anggaran mobilisasi dana) jumlah kasus bedah orthopedi rawat inap peserta BPJS tahun 2016 sebanyak 172 pasien. Dalam

penelitian ini, peneliti melakukan perhitungan jumlah total biaya rumah sakit dan tarif INACBGs. Selain itu, tujuan khusus penelitian ini juga mencari perbedaan rata-rata tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan lama rawat, kelas rawat, tingkat keparahan, diagnosa dan jenis tindakan pembedahan.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif dengan menghitung total biaya, rata-rata biaya rumah sakit dan tarif INA CBGs. Populasi dalam penelitian ini adalah data pasien rawat inap kasus bedah orthopedi peserta BPJS di Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang tahun 2016 sebanyak 172 kasus dengan menggunakan metode *total sampling*. Penelitian ini dilakukan pada bulan Agustus tahun 2017.

Hasil dan Pembahasan

Pada tahun 2016 didapatkan 74 kode diagnosa utama pada 172 kasus. Pada pasien rawat inap kasus bedah orthopedi peserta BPJS tahun 2016 diagnosa utama yang paling banyak adalah diabetes mellitus dengan komplikasi yaitu sebanyak 26 kasus (15,11%) dengan total biaya rumah sakit Rp. 696.374.965, rata-rata biaya rumah sakit Rp. 26.783.653, biaya minimum Rp. 11.071.268 dan biaya maksimum Rp. 86.527.752.

Uji Normalitas Data

Tabel I Hasil Uji Normalitas Distribusi Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA CBGs

Variabel	Skewness	SE	PValue
Tarif RS	2,724	0,185	0,000
Tarif INA CBGs	1,762		

Untuk mengetahui suatu data berdistribusi normal dapat dilihat dengan 3 cara yaitu, dilihat dari grafik histogram dan kurve normal, bila bentuknya menyerupai bel *shape*, berarti distribusi normal; menggunakan nilai skewness dan standar errornya, bila nilai skewness dibagi standar errornya menghasilkan angka ≤ 2 , maka distribusinya normal; dan menggunakan uji kolmogorov smirnov, bila hasil uji signifikan (p

$value < 0,05$) maka distribusi normal (Sutanto, 2007).

Pada tabel I dapat dilihat bahwa pada variabel tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs didapatkan nilai $pvalue$ yaitu 0,000. Dan jika *skewness* dibagi dengan nilai SE maka didapatkan hasil > 2 . Maka dapat disimpulkan bahwa variabel tersebut tidak terdistribusi normal. Selanjutnya jika data tidak terdistribusi normal uji statistik yang dapat digunakan adalah *nonparametric test*, yaitu uji *Mann Whitney*.

Perbedaan Rata-rata Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA CBGs

Tabel II berdasarkan LOS (lama rawat)

LOS	n	Mean	PValue
> 7 hari			
Tarif RS	100	Rp. 20.674.551	0,011
Tarif INA CBGs	100	Rp. 17.115.893	
< 7 hari			
Tarif RS	72	Rp. 9.673.526	0,015
Tarif INA CBGs	72	RP. 12.124.492	

Pada tabel II didapatkan hasil rata-rata tarif rumah sakit berdasarkan lama rawat > 7 hari Rp. 20.674.551 dan < 7 hari Rp. 9.673.526, sedangkan rata-rata tarif INA CBGs berdasarkan lama rawat > 7 hari Rp. 17.115.893 dan < 7 hari Rp. 12.124.492. Hasil uji statistik didapatkan nilai $p=0,011$ dan $p=0,015$ maka nilai $p > 0,05$. Jadi, dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan lama perawatan > 7 hari dari 100 kasus dengan selisih negatif Rp. 3.518.658, sedangkan rata-rata tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan lama perawatan < 7 hari dari 72 kasus mengalami selisih positif Rp. 2.450.966.

BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan sistem *casemix* yang berarti sistem pembayaran pelayanan kesehatan secara paket, dimana pembayaran atau pembiayaan ditentukan sebelum pelayanan diberikan. Dalam sistem pembayaran secara paket ini, fasilitas kesehatan terutama rumah sakit harus sebisa mungkin

meminimalisir biaya. Dalam LOS (lama rawat) semakin lama pasien dirawat atau lama rawatnya panjang, maka rumah sakit akan semakin rugi. Dalam sistem *casemix* INA CBGs lama rawat tidak berpengaruh terhadap biaya. Berapapun lama rawatnya, biayanya akan sama, sesuai yang ditentukan dalam tarif INA CBGs.

Menurut penelitian Chang dan Lan (2010), lama perawatan berimplikasi pada peningkatan tarif rumah sakit karena pelayanan kesehatan yang diberikan juga lebih banyak, hal ini juga menimbulkan *inefficient* secara alokatif maupun sumberdaya. Sedangkan menurut Agboado et al (2016) beberapa hal yang mempengaruhi lama hari perawatan adalah usia dan kondisi pasien terhadap penyakitnya.

Menurut Delubis *et al* (2013), yakni ada hubungan antara usia, jenis fraktur dan lokasi fraktur dengan lama perawatan pada pasien bedah tulang di ruang rawat inap RSUP Dr.Wahidin Sudirohusodo Makasar. Lokasi fraktur dapat mempengaruhi lama perawatan disebabkan karena lokasi fraktur mempengaruhi ruang gerak pasien dalam hal tercapainya immobilisasi yang adekuat dalam perawatan fraktur. Pada fraktur anggota tubuh atas ringan, tidak cukup membebani pasien ketika bergerak berpindah tempat, sedangkan pada fraktur lutut dan tungkai bawah juga paha dan pinggul atas akan sangat mengurangi ruang gerak pasien untuk berpindah tempat, sehingga dibutuhkan *bed rest* yang cukup lama untuk menjaga immobilisasi tulang agar reposisi dan perbaikan fraktur dapat tercapai. Selain itu, kesembuhan fraktur tergantung suplai aliran darah pada lokasi fraktur. Luka pada tubuh bagian atas akan lebih cepat sembuh dibanding tungkai dan kaki (Harmono, 2002).

Tabel III berdasarkan kelas rawat

Kelas Rawat	n	Mean	PValue
Kelas I			
Tarif RS	41	Rp. 20.690.241	0,770
Tarif INA CBGs	41	Rp. 17.436.861	
Kelas II			
Tarif RS	40	Rp. 15.557.538	0,802
Tarif INA CBGs	40	Rp. 15.670.306	
Kelas III			
Tarif RS	91	Rp. 14.212.611	0,808
Tarif INA CBGs	91	Rp. 13.774.045	

Hasil uji statistik pada kelas rawat I, II dan III didapatkan nilai $p > 0,05$. Jadi, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs berdasarkan kelas rawat. Jika dilihat pada tabel III tahun 2016 pada kelas rawat I dapat mengalami kerugian yang sangat besar dibandingkan kelas rawat III yang memiliki selisih negatif. Jika pada kelas I dan III mengalami selisih negatif, pada kelas II justru mengalami selisih positif. Semakin tinggi kelas perawatan, maka akan semakin besar biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan semakin tinggi tingkat kerugiannya.

Sesuai pada penelitian Putra et al (2014) rata-rata pasien memilih kelas III, pada berbagai rumah sakit di Indonesia bisa ditemukan bahwa ruang perawatan kelas III lebih banyak daripada kelas perawatan lainnya.

Menurut Trisnantoro (2009) dalam manajemen rumah sakit diharapkan terdapat kebijakan agar masyarakat ekonomi kuat dapat ikut meringankan pembiayaan pelayanan rumah sakit bagi masyarakat ekonomi lemah. Dengan konsep subsidi silang ini maka tarif bangsal kelas I atau kelas di atasnya harus lebih tinggi dari *unit cost* agar dapat tetap *survive*. Sedangkan menurut Thabrany (2014) perhitungan tarif ruang rawat inap tergantung pada volume layanan yang dapat terjual, *total fixed cost*, *variable cost* per unit dan *desired income*. Pada penelitian Indriyati (2016) hasil analisis menunjukkan bahwa antara tarif rumah sakit dan kelas perawatan terdapat hubungan dan secara statistik tidak signifikan.

Dalam penelitiannya juga menunjukkan kelas perawatan terbanyak adalah perawatan kelas III sebanyak 39%.

Tabel IV berdasarkan tingkat keparahan

Tingkat Keparaha	n	Mean	PValue
Tingkat Keparahan I			
Tarif RS	130	Rp. 13.700.881	0,828
Tarif INA CBGs	130	Rp. 13.664.608	
Tingkat Keparahan II			
Tarif RS	30	Rp. 23.226.745	0,110
Tarif INA CBGs	30	Rp. 15.342.671	
Tingkat Keparahan III			
Tarif RS	12	Rp.23.836.009	0,326
Tarif INA CBGs	12	Rp.29.205.900	

Hasil uji statistik pada tingkat keparahan I, II dan III didapatkan nilai $p > 0,05$. Jadi, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs berdasarkan tingkat keparahan. Pada tingkat keparahan I terdapat 130 kasus dengan selisih negatif Rp. 36.273.00, pada tingkat keparahan II terdapat 30 kasus dengan selisih negatif Rp. 7.884.074 dan pada tingkat keparahan III terdapat 12 kasus dengan selisih positif Rp. 5.369.891. Rumah Sakit Umum Kabupaten Tangerang merupakan rumah sakit rujukan Provinsi Banten klasifikasi Tipe B pendidikan dengan status PPK-BLUD. Dalam sistem pembayaran per paket ini, rata-rata biaya pada tingkat keparahan III lebih besar daripada tingkat keparahan I dan II. Jadi, dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat keparahan, semakin besar *claim* yang diterima oleh rumah sakit. Jika rumah sakit terlalu banyak menangani pasien pada tingkat keparahan I dan II maka rumah sakit akan mengalami kerugian cukup besar.

Dalam Permenkes No. 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs, tingkat keparahan I merupakan tingkat keparahan penyakit yang ringan, artinya dalam diagnosa pasien tidak terdapat komplikasi maupun komorbiditi. Tingkat keparahan II merupakan tingkat keparahan penyakit yang sedang, artinya

dalam diagnosa pasien tersebut terdapat komplikasi dan komorbiditi dengan tingkat keparahan ringan. Tingkat keparahan III merupakan tingkat keparahan penyakit yang berat, artinya dalam diagnosa pasien tersebut terdapat komplikasi dan komorbiditi dengan tingkat keparahan berat.

Hal ini berarti tingkat keparahan II dan III mempunyai keparahan yang lebih tinggi dibanding pada tingkat keparahan I. Ini juga dapat membuat lama hari rawat pada kelompok penyakit yang berada pada tingkat keparahan II & III lebih lama dibandingkan dengan lama hari rawat pada kelompok penyakit tingkat keparahan I. Demikian halnya pada tarif INA-CBGs, pada kelompok tingkat keparahan II & III memiliki tarif INA-CBGs yang lebih besar dibanding tarif INA-CBGs pada kelompok tingkat keparahan I.

Tabel V berdasarkan jenis tindakan bedah

Jenis Tindakan	n	Mean	PValue
Tindakan Ringan			
Tarif RS	130	Rp. 13.700.881	0,828
Tarif INA CBGs	130	Rp. 13.664.608	
Tindakan Sedang			
Tarif RS	30	Rp. 23.226.745	0,110
Tarif INA CBGs	30	Rp. 15.342.671	
Tindakan Berat			
Tarif RS	12	Rp. 23.836.009	0,326
Tarif INA CBGs	12	Rp. 29.205.900	

Hasil uji statistik pada jenis tindakan bedah ringan, sedang dan berat didapatkan nilai $p > 0,05$. Jadi, tidak terdapat perbedaan yang signifikan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs berdasarkan jenis tindakan bedah. Dapat dilihat pada tabel V bahwa sebagian besar tindakan yang dilakukan adalah jenis tindakan ringan sebanyak 130 kasus. Jika rumah sakit sebagai PPK III yang berarti pemberi pelayanan kesehatan spesialistik lanjutan yang meliputi rumah sakit kelas A atau B terlalu banyak menangani jenis tindakan bedah ringan atau sedang, maka rumah sakit mengalami kerugian cukup besar. Sebaliknya jika rumah sakit terlalu banyak menangani jenis tindakan bedah

berat maka rumah sakit akan mengalami keuntungan dan terjadi selisih positif.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan di atas, maka dapat disimpulkan hasil penelitian sebagai berikut:

1. Pada tahun 2016 didapatkan 74 kode diagnosa utama pada 172 kasus. Pada pasien rawat inap kasus bedah orthopedi peserta BPJS tahun 2016 diagnosa utama yang paling banyak adalah diabetes mellitus dengan komplikasi yaitu sebanyak 26 kasus (15,11%) dengan total biaya rumah sakit Rp. 696.374.965, rata-rata biaya rumah sakit Rp. 26.783.653, biaya minimum Rp. 11.071.268 dan biaya maksimum Rp. 86.527.752.
2. Berdasarkan hasil uji *Mann Whitney* tidak terdapat perbedaan antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan LOS (lama rawat). Pada lama perawatan > 7 hari dari 100 kasus terdapat selisih negatif Rp. 3.518.658, dimana rata-rata tarif rumah sakit lebih besar dari tarif INA CBGs, berdasarkan lama perawatan < 7 hari dari 72 kasus mengalami selisih positif Rp. 2.450.966 dimana rata-rata tarif INA CBGs lebih besar dari tarif rumah sakit. Dalam LOS (lama rawat) semakin lama pasien dirawat atau lama rawatnya panjang, maka rumah sakit akan semakin rugi. Dalam sistem *casemix* INA CBGs lama rawat tidak berpengaruh terhadap biaya. Berapapun lama rawatnya, biayanya akan sama, sesuai yang ditentukan dalam tarif INA CBGs.
3. Tidak terdapat perbedaan antara tarif rumah sakit dengan tarif INA CBGs berdasarkan kelas rawat. Pada kelas rawat I dapat mengalami kerugian yang sangat besar dibandingkan kelas rawat III yang memiliki selisih negatif. Jika pada kelas I dan III mengalami selisih negatif, pada kelas II justru mengalami selisih positif. Semakin tinggi kelas perawatan, maka akan semakin besar biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit dan semakin tinggi tingkat kerugiannya.

4. Tidak terdapat perbedaan antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan tingkat keparahan ($p > 0,05$) dalam sistem pembayaran per paket ini, rata-rata biaya pada tingkat keparahan III lebih besar daripada tingkat keparahan I dan II. Jadi, dapat disimpulkan bahwa semakin tinggi tingkat keparahan, semakin besar *claim* yang diterima oleh rumah sakit. Jika rumah sakit terlalu banyak menangani pasien pada tingkat keparahan I dan II maka rumah sakit akan mengalami kerugian cukup besar.
5. Tidak terdapat perbedaan antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs berdasarkan jenis tindakan bedah. Sebagian besar tindakan yang dilakukan adalah jenis tindakan ringan sebanyak 130 kasus maka rumah sakit mengalami kerugian cukup besar. Sebaliknya jika rumah sakit terlalu banyak menangani jenis tindakan bedah berat maka rumah sakit akan mengalami keuntungan dan terjadi selisih positif.

SARAN

1. Membangun tim kendali mutu dan kendali biaya. Manajemen dan profesi serta komponen rumah sakit yang lain harus mempunyai persepsi dan komitmen yang sama serta mampu bekerja sama untuk menghasilkan produk pelayanan rumah sakit yang bermutu dan *cost efective*.
2. Meningkatkan efisiensi. Efisiensi dalam hal ini tidak hanya penggunaan atau pemilihan obat yang berlebihan dan pemeriksaan penunjang yang tidak selektif dan tidak kuat indikasinya. Efisiensi juga harus dilakukan pada biaya umum seperti penggunaan listrik, air, perlengkapan kantor dan lain-lain yang akan berpengaruh pada ongkos/ biaya produksi pelayanan rumah sakit yang mahal.
4. Melakukan evaluasi terhadap kesenjangan antara tarif rumah sakit dan tarif INA CBGs supaya tidak terjadi selisih yang terlalu besar.
5. Untuk penelitian selanjutnya dapat meneliti seluruh kasus yang ada dirumah sakit untuk melihat selisih positif dan negatif per kasus dan menguntungkan atau merugikan bagi rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Agboadoa G, Peters J dan Donkin L. 2012. *Factors influencing the length of stay of hospital stay among patients resident in blackpool admitted with COPD: a cross sectional study. Bio medical journal 2.*
- Chang L dan Lan YW. 2010. *Has the national insurance scheme improved hospital efficiency in taiwan?identifying factors that affects its efficiency. African Journal of Business Management.*
- Delubis, A., Hanis, M., Sukriyadi, 2013, *Hubungan antara Usia, Jenis Kelamin, dan Lokasi Fraktur dengan Lama Perawatan pada Pasien Bedah Tulang di Ruang Rawat Inap RSUP Dr. Wahidin Sudirohusodo Makasar, elibrary STIKES Nani Hasanuddin.*
- Gemala R. Hatta. 2011. *Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan Di Sarana Pelayanan Kesehatan.* Jakarta: UI Press.
- Harmono, S., 2002, *Faktor Resiko Infeksi Luka Operasi pada Pasien Bedah Dewasa di Unit Bedah RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta.* Tesis, Fakultas Kedokteran UGM, Yogyakarta.
- Hastono, Sutanto Priyo. 2007. *Analisis Data Kesehatan.* Jakarta: UI Press.
- Indriyati Oktaviano R. 2016. *Analisis Tarif Rumah Sakit Dibandingkan Dengan Tarif Indonesian Case Based Groups Pada Pasien Rawat Inap Peserta Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit.* Fakultas Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Permenkes Nomor 27 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Sistem *Indonesian Case Based Groups (Ina-Cbgs).*
- Setiadi. 2007. *Konsep dan Penulisan Riset Keperawatan.* Yogyakarta: Graha Ilmu.

-
- Thabrani, 2008. Sistem Pembiayaan dan Pembayaran Pelayanan Kesehatan. UI Press. Jakarta.
- Tim National Casemix Center Kementrian Kesehatan Republik Indonesia Tahun 2013.
- Trisnantoro L. 2009. *Memahami Penggunaan Ilmu Ekonomi Dalam Manajemen Rumah Sakit*. Yogyakarta : Gadjah Mada University Press.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 69 Tahun 2013 tentang Tarif INA CBGs.