



Hospital Baserate Klaim Persalinan JKN-KIS Rumah Sakit

Tomy Oeky Prasiska^{1✉}, Pujiyanto², Sholihul Absor³

¹Mahasiswa S2 Kajian Administrasi Rumah Sakit, FKM Universitas Indonesia

²Departemen Administrasi dan Kebijakan Kesehatan FKM Universitas Indonesia

³Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Surabaya

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 07 November 2021

Disetujui Desember 2021

Dipublikasikan Oktober 2021

Keywords:

hospital baserate, JKN-KIS, delivery

DOI:

<https://doi.org/10.15294/higeia.v5i4.51659>

Abstrak

Total klaim kasus persalinan JKN-KIS tahun 2019 sebesar Rp 23,6 triliun, meliputi *sectio caesaria* sebesar Rp.18,7 triliun dan persalinan vaginal sebesar Rp. 4,8 triliun. *Hospital baserate* menggambarkan informasi keuntungan atau kerugian rumah sakit dengan pembayaran INA CBGs. Penelitian bertujuan menganalisis *hospital baserate* klaim persalinan Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah (RSMA) Jawa Timur. Studi longitudinal retrospektif klaim persalinan tahun 2017-2020 dilakukan pada 24 rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan *hospital baserate* persalinan RSMA Jawa Timur lebih tinggi dibandingkan tarif yang berlaku, kecuali RSMA C9 dan RSMA D12, sehingga dipastikan RSMA C9 dan RSMA D12 mendapatkan keuntungan klaim persalinan. Hasil uji korelasi *rank Spearman* menunjukkan tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit dengan lama perawatan persalinan vaginal (p:0.06) dan persalinan *sectio caesaria* (p:0.825), tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit dan lama perawatan terhadap surplus/defisit klaim persalinan vaginal (p:0.243) dan persalinan *sectio caesaria* (p:0.086). RSMA Jawa Timur belum efisien mengelola kasus persalinan dan harus memonitor *hospital baserate* secara berkala. *Hospital baserate* menjadi indikator pengambilan keputusan strategis peningkatan mutu dan efisiensi rumah sakit.

Abstract

The total claims for JKN-KIS deliveries in 2019 was Rp. 23.6 trillion, including sectio caesarea Rp. 18.7 trillion and vaginal delivery Rp. 4.8 trillion. Hospital baserate provides information on profits or losses of hospitals with this payment. This study aims to analyze the hospital baserate of delivery claims at Muhammadiyah Aisyiyah Hospital (RSMA) East Java. Longitudinal retrospective study was conducted 2017-2024 claim in 24 hospitals. The results showed the hospital baserate for deliveries was higher than the tariff, except for RSMA C9 and D12, means they get benefits from claims. The results of the Spearman rank correlation test showed that there was no relationship between hospital classification and the length of care for vaginal delivery (p: 0.06) and cesarean delivery (p: 0.825), between hospital classification and length of stay with surplus/deficit vaginal delivery (p:0.243) and cesarean section (p:0.086). The East Java's RSMA hasn't been efficiently managed JKN-KIS delivery claims and must monitor the hospital baserate regularly. Hospital baserate is instrument for strategic decision-making to improve quality and efficiency.

© 2021 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:
Gedung F Lantai 1 Fakultas Kesehatan Masyarakat,
Universitas Indonesia, Depok, 16424
E-mail: tomy.oeky@ui.ac.id

PENDAHULUAN

Riset kesehatan dasar (Riskesdas) tahun 2018 menunjukkan bahwa ibu bersalin di sarana kesehatan sebanyak 79,3% (78,8 – 79,7, 95% CI). Rumah sakit menjadi tempat persalinan terbanyak yaitu sebesar 32,7% (14,9% rumah sakit pemerintah dan 17,8% rumah sakit swasta), disusul praktik tenaga kesehatan (29,6%), rumah (16,7%), dan puskesmas (12,1%). Riskesdas 2018 membagi sumber biaya persalinan berasal dari JKN-KIS, asuransi swasta, biaya sendiri (*out of pocket*), dan jampersal-jamkesda. Sumber pembiayaan persalinan di fasilitas pelayanan kesehatan bersumber dari biaya sendiri (53,3%), JKN-KIS (41,2%), Jampersal (4,3%), dan Jamperda (1,5%). Sumber pembiayaan persalinan Provinsi Jawa Timur terdiri dari berbiaya sendiri (63,8%), JKN-KIS (31,1%), Jampersal (5,3%), dan Jamperda (1,1%). Berdasarkan metodenya, persalinan normal sebanyak 81,5%, operasi *sectio caesaria* (17,6%) dan metode lainnya (vacuum, forceps dan lainnya) sebanyak 0,9%. Data pada Provinsi Jawa Timur persalinan normal (76,9%), operasi *sectio caesaria* (22,4%) dan metode lainnya sebanyak 0,7% (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

Data BPJS Kesehatan menunjukkan cakupan persalinan JKN-KIS tahun 2019 sebanyak 1.675.553 kasus persalinan. Jumlah persalinan tersebut terdiri dari 1.066.559 persalinan normal (649.322 di fasilitas kesehatan tingkat pertama dan 417.237 di rumah sakit) dan 608.994 persalinan dengan operasi *sectio caesaria*. Nilai *sectio caesaria rate*, yaitu membandingkan jumlah operasi *sectio caesaria* dengan seluruh persalinan peserta JKN-KIS, sebesar 36,3%. Sedangkan *sectio caesaria rate rumah sakit*, membandingkan jumlah operasi *sectio caesaria* dengan seluruh persalinan di rumah sakit, sebesar 59,3%. Total pembiayaan kasus persalinan JKN-KIS di 2019 sebesar Rp 23,6 triliun, terdiri dari pembiayaan operasi *sectio caesaria* sebesar Rp. 18,7 triliun dan persalinan normal sebesar Rp 4,8 triliun (BPJS Kesehatan, 2020).

Tarif pembayaran BPJS Kesehatan saat ini mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 64 tahun 2016 yang dikelompokkan berdasarkan kepemilikan, klasifikasi rumah sakit dan regionalisasi (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2016). Menurut Soeroso (2019), BPJS Kesehatan melakukan pembayaran klaim ke rumah sakit menggunakan sistem *Indonesia Case Base Groups (INA-CBGs)*. Sistem INA-CBGs mengelompokkan kasus berdasarkan ciri klinis dan pemakaian sumber daya yang mirip dengan menggunakan sistem pengkodean diagnosis dan prosedur mengacu pada *International Classification of Disease (ICD)*. Proses penyusunan tarif INA CBGs berdasarkan data *costing* dan *coding* rumah sakit. Pengolahan data *costing* dan data *coding* menghasilkan parameter *CBGs cost*, *cost weight*, *casemix*, *casemix index*, dan *hospital base rate (HBR)*. Tarif INA CBGs merupakan perkalian antara *hospital base rate*, *cost weight* dan *adjustment factor*. *Adjustment factor* merupakan faktor penyesuaian yang mengakomodir hal strategis maupun teknis sesuai kondisi atau normal lokal suatu daerah, misalnya regionalisasi, indeks harga konsumen (IHK), dan kemampuan keuangan negara.

Indikator *cost weight*, *casemix*, *casemix index*, dan *hospital base rate* merupakan komponen penting dalam penyusunan tarif DRG. *Cost weight* merupakan nilai bobot biaya antar CBGs. Perhitungan *cost weight* dilakukan pada skala nasional dan berlaku untuk semua rumah sakit di Indonesia, besaran nilai *cost weight* dipengaruhi oleh jenis dan derajat keparahan kasus (Nurwahyuni, 2020). Menurut Langenbrunner (2009), *casemix* menunjukkan volume aktifitas dan bauran kasus, nilai *casemix* dihitung dengan menjumlahkan perkalian antara *cost weight* dengan jumlah kasus per CBG. Semakin tinggi nilai *casemix*, maka rumah sakit akan menerima pembayaran CBGs lebih besar. Menurut Idris (2021), *casemix index* merupakan indikator yang menggambarkan kapasitas rumah sakit dan efisiensi pelayanan, semakin kompleks kasus yang ditangani maka nilai *casemix index* semakin besar, semakin tinggi nilai *casemix index* maka kebutuhan sumber daya

rumah sakit semakin besar. *Hospital baserate* adalah nilai referensi dalam moneter yang merujuk pada satu unit *casemix* dengan nilai *cost weight* sama dengan satu (*cost weight=1*). Besaran *hospital baserate* rumah sakit dihitung dengan membagi biaya rumah sakit dengan nilai *casemix*. Jika *hospital baserate* rumah sakit lebih kecil dari tarif nasional maka rumah sakit mengalami surplus, demikian pula sebaliknya (Vogl, 2012).

Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah (RSMA) Jawa Timur adalah rumah sakit swasta milik Persyarikatan Muhammadiyah yang bersifat nirlaba (*not profit oriented*). Seluruh RSMA Jawa Timur telah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Rekapitulasi data klaim elektronik (E-Klaim) Kementerian Kesehatan tahun 2017-2020 menunjukkan bahwa klaim rawat inap kasus persalinan menjadi kasus terbanyak yang ditangani di RSMA Jawa Timur (MPKU PWM Jawa Timur, 2021).

Penelitian bertujuan mengetahui karakteristik dan pembiayaan klaim persalinan berdasarkan nilai *hospital baserate* Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah Jawa Timur, sehingga dapat digunakan sebagai indikator penting dan upaya strategis peningkatan kualitas, efektifitas dan efisiensi pelayanan dan pengajuan klaim persalinan dengan pembayaran INA-CBGs

METODE

Penelitian menggunakan studi longitudinal retrospektif dengan melakukan pengamatan klaim persalinan JKN-KIS selama empat tahun (2017-2020). Penelitian menggunakan data sekunder dengan merekapitulasi data klaim elektronik (E-Klaim) kasus persalinan dengan kode INA-CBGs O-6-10 untuk persalinan *sectio caesaria* dan kode O-6-13 untuk persalinan vaginal. Data dianalisis berdasarkan klasifikasi rumah sakit, metode persalinan (persalinan vagina atau *sectio caesaria*), hak kelas perawatan (kelas 1, kelas 2 dan kelas 3), lama hari perawatan, serta biaya persalinan (*hospital baserate*) rumah sakit. Penelitian menggunakan metode *purposive*

sampling, dengan kriteria rumah sakit yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan selama satu tahun dan kesediaan rumah sakit memberikan data yang dibutuhkan. Analisis data menggunakan uji korelasi *rank Spearman* dan regresi logistik biner untuk melihat hubungan antar variabel penelitian.

Kementerian Kesehatan tidak mempublikasikan data *cost weight* dan *hospital baserate* nasional. Penelitian ini menggunakan nilai prediksi *cost weight* dan *hospital baserate* nasional berdasarkan data tarif INA-CBGs tahun 2016 dan jumlah klaim per-CBG pelayanan JKN tahun 2014 (Nurwahyuni, 2020). Besaran *casemix* didapatkan dengan menjumlahkan hasil perkalian *cost weight* dan jumlah kasus ($casemix = \sum (cost\ weight \times jumlah\ kasus)$). Penghitungan besaran nilai *casemix index* didapatkan dengan membagi besaran *casemix* dengan jumlah kasus ($casemix\ index = \frac{casemix}{total\ kasus}$).

Sedangkan *hospital baserate* rumah sakit didapatkan dengan membagi total biaya pelayanan rumah sakit dengan nilai *casemix* ($hospital\ baserate = \frac{total\ biaya}{casemix}$).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tarif INA CBGs merupakan perkalian antara *cost weight*, *hospital baserate* nasional dan *adjustment factor*. Nilai *cost weight* dipengaruhi oleh jenis dan derajat keparahan kasus, besaran *hospital baserate* nasional dipengaruhi klasifikasi dan kepemilikan rumah sakit, sedangkan *adjustment factor* dipengaruhi oleh regionalisasi rumah sakit. Tarif INA-CBGs rumah sakit swasta lebih tinggi dari rumah sakit pemerintah, tarif INA-CBGs rumah sakit kelas A lebih besar dibandingkan rumah sakit kelas lainnya, tarif INA-CBGs kelas satu lebih besar dibandingkan dengan kelas perawatan lainnya, tarif INA-CBGs kasus derajat keparahan berat (*severity level 3*) lebih besar dibandingkan kasus ringan dan sedang dan tarif INA-CBGs pada regional lima lebih besar daripada regionalisasi lainnya.

Kementerian Kesehatan tidak mempublikasikan data *cost weight* dan *hospital*

Tabel 1. *Cost Weight, Hospital Baserate dan Tarif Persalinan Rumah Sakit Kelas B Swasta Regional 1*

Kode CBGs	INA Kelas Perawatan	Cost weight (CW)	Hospital Baserate (HBR) (Rp)	Tarif (CW x HBR) (Rp)	Tarif PMK No 64/2016 (Rp)
O-6-10-I	1	1,13	6,170,319	6,981,444	6,981,500
	2	1,13	5,288,845	5,984,096	5,984,100
	3	1,13	4,407,371	4,986,746	4,986,800
O-6-10-II	1	1,23	6,170,319	7,567,329	7,567,300
	2	1,23	5,288,845	6,486,282	6,486,300
	3	1,23	4,407,371	5,405,235	5,405,200
O-6-10-III	1	2,05	6,170,319	12,674,173	12,674,100
	2	2,05	5,288,845	10,863,578	10,863,500
	3	2,05	4,407,371	9,052,981	9,052,900
O-6-13-I	1	0,38	5,288,845	2,344,981	2,344,900
	2	0,38	4,407,371	2,009,984	2,009,900
	3	0,38	4,407,371	1,674,986	1,674,900
O-6-13-II	1	0,45	5,288,845	2,775,418	2,775,400
	2	0,45	4,407,371	2,378,930	2,379,000
	3	0,45	4,407,371	1,982,441	1,982,500
O-6-13-III	1	0,54	5,288,845	3,330,588	3,330,500
	2	0,54	4,407,371	2,854,790	2,854,700
	3	0,54	4,407,371	2,378,992	2,379,000

baserate nasional. Tabel 1 menunjukkan nilai prediksi *cost weight* dan *hospital baserate* nasional cukup akurat dengan nilai tarif yang berlaku (PMK No 64/2016), sehingga nilai prediksi *cost weight* dan *hospital baserate* nasional bisa digunakan dalam penelitian ini.

Hospital baserate rumah sakit untuk kasus persalinan (*grouping* INA CBGs O-6-10 dan O-6-13) dihitung dengan membagi jumlah biaya *grouping* kasus persalinan dengan *casemix grouping* kasus tersebut, sesuai formula = $\frac{\text{total biaya grouping (rumah sakit)}}{\text{casemix grouping (rumah sakit)}}$. Jika *hospital baserate* kasus persalinan lebih kecil dari tarif persalinan INA CBGs, maka pelayanan persalinan mengalami keuntungan, demikian pula sebaliknya jika hasil penghitungan *hospital baserate* kasus persalinan lebih besar dari tarif INA CBGs, maka klaim persalinan di rumah sakit mengalami kerugian.

Karakteristik Klaim Persalinan

Rumah sakit harus mampu merumuskan strategi terbaik dalam pembayaran INA-CBGs. Perumusan strategi rumah sakit diantaranya dengan meningkatkan cakupan jumlah kasus, menjamin proses pelayanan diberikan secara efektif dan efisien, serta menjamin kecepatan pengajuan dan kualitas klaim (Idris, 2021).

Menurut Aulia (2017) rumah sakit yang surplus dalam era BPJS Kesehatan ini adalah rumah sakit yang mampu menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya, dapat membangun manajemen kesehatan yang baik, mutu *coding*, mutu klaim yang baik dan tidak melakukan *fraud*. Pembayaran INA-CBGs membawa konsekuensi bagi rumah sakit (bersama tim dokter) untuk bekerja secara lebih efisien agar pelayanan pembayaran INA-CBGs dapat menghasilkan keuntungan. Rumah sakit akan mendapatkan keuntungan jika biaya pelayanan kesehatan yang diberikan lebih kecil dari paket atau tarif yang sudah ditetapkan. Sebaliknya apabila rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan berbiaya lebih tinggi dari paket atau tarif yang berlaku, maka rumah sakit akan mengalami kerugian (Thabrany, 2016).

Cakupan pelayanan kasus persalinan JKN-KIS meningkat setiap tahun. Jumlah kasus persalinan pada tahun 2017 sebanyak 8.858 kasus, tahun 2018 sebanyak 13.793 kasus, tahun 2019 sebanyak 13.803 kasus, dan tahun 2020 sebanyak 16.196 kasus. Persalinan *sectio caesaria* mendominasi cakupan persalinan selama, rasio persalinan *sectio caesaria* tahun 2017 sebesar 62,2%, tahun 2018 sebesar 60,3%, tahun 2019

Tabel 2. Cakupan Persalinan JKN KIS RSMA Jawa Timur Tahun 2017 -2020

Nama RSMA	Persalinan vaginal			Persalinan sectio caesaria			Total persalinan		
	kelas 1	kelas 2	kelas 3	kelas 1	kelas 2	kelas 3	kelas 1	kelas 2	kelas 3
RSMA B1	170	472	424	453	1.134	928	623	1.606	1.352
RSMA B2	146	355	366	260	604	526	406	959	892
RSMA C1	145	338	287	114	215	211	259	553	498
RSMA C2	69	204	629	248	772	2.470	317	976	3.099
RSMA C3	86	294	246	228	620	432	314	914	678
RSMA C4	1.055	1.397	887	546	638	454	1.511	2.035	1.341
RSMA C5	86	310	500	245	606	857	331	916	1.357
RSMA C6	188	402	163	387	777	412	575	1.179	575
RSMA C7	35	93	100	144	342	362	179	435	462
RSMA C8	197	373	320	256	509	631	453	882	951
RSMA C9	133	411	663	228	669	1.279	361	1.081	1.942
RSMA C10	60	134	201	311	1.404	2.840	371	1.538	3.041
RSMA D1	180	494	855	124	354	543	304	848	1.398
RSMA D2	29	96	70	72	121	128	101	217	198
RSMA D3	99	218	355	199	370	488	298	588	843
RSMA D4	188	682	2.550	38	188	592	226	870	3.142
RSMA D5	38	171	345	103	306	665	141	477	1.010
RSMA D6	27	231	376	17	100	165	44	331	541
RSMA D7	13	39	51	28	77	119	41	116	170
RSMA D8	18	152	634	15	56	382	33	208	1.016
RSMA D9	22	25	240	23	45	203	45	70	443
RSMA D10	108	131	485	110	118	337	218	249	822
RSMA D11	3	21	38	3	50	137	6	71	175
RSMA D12	80	309	311	229	773	746	309	1.082	1.057
TOTAL	3.125	7.352	11.096	4.381	10.848	15.907	7.506	18.200	27.003

sebesar 58,8% dan tahun 2020 sebesar 56,6%. Nilai ini selaras dengan data yang dipublikasikan BPJS Kesehatan pelayanan persalinan tahun 2019 yaitu sebesar 59,3% (BPJS Kesehatan, 2020). Akan tetapi nilai ini jauh lebih besar dibandingkan standar yang ditetapkan oleh badan kesehatan dunia yaitu sebesar 10-15% (World Health Organization, 2015). Operasi *sectio caesaria rate* di Indonesia naik setiap tahun, survey IHDS tahun 2007 *sectio caesaria* sebesar 5%, tahun 2012 naik menjadi 12% dan tahun 2017 menjadi 16,4% (Ashar, 2020).

Tabel 2 menunjukkan distribusi cakupan pelayanan persalinan peserta JKN-KIS di RSMA Jatim tahun 2017-2020. Cakupan kasus persalinan JKN-KIS kelas tiga mendominasi cakupan persalinan, cakupan persalinan pasien kelas tiga sebesar 51,2%, kelas dua sebesar

34,5% dan kelas satu sebesar 14,2%. Rasio persalinan *sectio caesaria* pada kelas satu sebesar 58,4%, kelas dua sebesar 59,7% dan kelas tiga sebesar 59,0%. Tingginya cakupan pada kelas tiga sesuai dengan distribusi kepesertaan JKN-KIS secara nasional, kepesertaan dari unsur Penerima Bantuan Iuran (PBI) mendominasi dan meningkat setiap tahun, sedangkan Pekerja Penerima Upah (PPU), Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU), serta Bukan Pekerja (BP) meningkat dalam jumlah yang lebih sedikit. Hal inilah yang menjadi salah satu tantangan keberlangsungan program ke depan (Agustina, 2019).

Nilai *sectio caesaria rate* dipengaruhi oleh klasifikasi rumah sakit. *Sectio caesaria rate* tertinggi terdapat pada rumah sakit kelas B sebesar 70,5%, kelas C sebesar 66%, dan kelas D sebesar 45,3%. Status ekonomi atas, tingkat

pendidikan yang lebih tinggi, wilayah tinggal perkotaan, status pekerja sebagai pegawai swasta dan kepemilikan jaminan kesehatan menjadi faktor pendorong kejadian persalinan *sectio caesaria* di Indonesia (Sihombing, 2017). Angka *sectio caesaria* meningkat pada rumah sakit rujukan akibat kasus yang lebih kompleks dan risiko terjadinya penyulit (Suhartoyo, 2018). Cakupan operasi *sectio caesaria* tertinggi pada RSMA C10 (92,2%), RSMA C7 (81,2%) dan RSMA C2 (79,4%). Sedangkan operasi *sectio caesaria* terendah pada RSMA D4 (20,2%), RSMA D7 (30,8%) dan RSMA C4 (31%).

Lama Perawatan Kasus Persalinan

Menurut Widjayanto (2017) dan Tetriadi (2019), rumah sakit harus membuat *integrated clinical pathway* dan sistem informasi rumah sakit (SIRS) yang terintegrasi untuk menjamin proses pelayanan berjalan dengan efektif dan efisien, salah satunya dengan memasukkan indikator lama hari perawatan. Menurut Rahayuningrum (2016), lama hari perawatan menunjukkan hubungan korelasi positif kuat dan berpengaruh secara signifikan terhadap peningkatan biaya pelayanan di rumah sakit. Semakin lama hari perawatan akan menyebabkan peningkatan biaya rumah sakit, karena akan memperbesar pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien. Hal ini juga menimbulkan ketidakefisienan secara alokatif maupun sumber daya.

Tabel 3 menunjukkan distribusi rerata lama hari perawatan persalinan vaginal dan *sectio caesaria* di RSMA Jawa Timur tahun 2017-2020. Rerata lama perawatan kasus persalinan vaginal selama 2,22 hari. Rerata lama perawatan persalinan vaginal di rumah sakit kelas B selama 2,53 hari, rumah sakit kelas C selama 2,20 hari dan rumah sakit kelas D selama 2,18 hari. Rerata lama perawatan persalinan vaginal terpanjang terdapat pada RSMA B2 (2,53 hari) dan rerata lama perawatan terpendek pada RSMA D12 dengan 1,69 hari.

Persalinan dengan *sectio caesaria* memerlukan lama perawatan lebih lama. Rerata lama perawatan persalinan *sectio caesaria* selama 3,35 hari. Rerata lama perawatan persalinan

sectio caesaria di rumah sakit kelas B selama 3,39 hari, rumah sakit kelas C selama 3,34 hari dan rumah sakit kelas D selama 3,36 hari. Rerata lama perawatan persalinan *sectio caesaria* terpanjang pada RSMA C6 (3,70 hari) dan terpendek pada RSMA D5 dengan 2,74 hari.

Hospital Baserate Persalinan Vaginal

Perhitungan biaya (*costing*) dan kualitas kodifikasi diagnosis dan prosedur tindakan sesuai prosedur merupakan kunci rumah sakit untuk dapat berkembang dengan sistem pembayaran INA-CBGs menuntut rumah sakit agar mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan paket yang ditetapkan (Thabrany, 2016). Rumah sakit harus mampu melakukan evaluasi dan memonitor kinerja pelayanan JKN dan pembayaran INA-CBGs secara berkala, salah satu cara untuk melakukan evaluasi adalah dengan menghitung capaian *casemix*, *casemix index* dan *hospital baserate* (Nurwahyuni, 2020). *Hospital baserate* merupakan indikator yang sensitif dan dapat memberikan informasi keuntungan atau kerugian rumah sakit dengan pembayaran INA-CBGs, jika *hospital baserate* rumah sakit lebih kecil dari tarif INA-CBGs maka rumah sakit mengalami surplus, demikian pula sebaliknya jika *hospital baserate* rumah sakit lebih besar dibandingkan tarif INA-CBGs maka rumah sakit mengalami surplus (Vogl, 2012) (Nurwahyuni, 2020).

Tabel 3 menunjukkan besaran *hospital baserate* persalinan vaginal dan persalinan *sectio caesaria* RSMA Jawa Timur tahun 2017 sampai 2020. *Hospital baserate* persalinan vaginal rumah sakit kelas B lebih tinggi dibandingkan dengan rumah sakit kelas lainnya, *hospital baserate* persalinan vaginal rumah sakit kelas B sebesar Rp. 2.674.589, rumah sakit kelas C sebesar Rp. 2.318.208 dan rumah sakit kelas D sebesar Rp. 2.124.426. RSMA C6 mempunyai *hospital baserate* paling tinggi, sedangkan RSMA C9 mempunyai *hospital baserate* paling rendah.

Hampir seluruh RSMA Jawa Timur mengalami kerugian pada pelayanan persalinan vaginal. Hanya RSMA C9 yang mengalami surplus dengan *hospital baserate* Rp. 1.591.200 dengan lama hari perawatan selama 1,97 hari.

Tabel 3. Lama perawatan dan *hospital baserate* persalinan RSMA Jawa Timur Tahun 2017-2020

Nama RSMA	LOS persalinan vaginal (hari)	LOS persalinan SC (hari)	HBR RS persalinan vaginal (Rp)	HBR RS persalinan SC (Rp)	Tarif persalinan vaginal (Rp)	Tarif persalinan SC (Rp)
RSMA B1	2.52	3.29	2.566.065	5.529.299	1.674.900	4.986.800
RSMA B2	2.53	3.49	2.783.112	7.514.237	1.674.900	4.986.800
RSMA C1	2.42	3.38	2.295.853	5.911.496	1.591.200	4.975.200
RSMA C2	2.01	3.07	1.818.283	5.195.461	1.591.200	4.975.200
RSMA C3	1.89	3.34	2.387.894	6.429.131	1.591.200	4.975.200
RSMA C4	2.33	3.00	2.708.996	6.451.751	1.591.200	4.975.200
RSMA C5	2.31	3.59	2.952.854	6.566.091	1.591.200	4.975.200
RSMA C6	2.26	3.70	3.277.386	7.472.775	1.591.200	4.975.200
RSMA C7	2.47	3.49	2.040.739	6.049.490	1.591.200	4.975.200
RSMA C8	2.39	3.49	2.501.554	5.171.144	1.591.200	4.975.200
RSMA C9	1.97	3.28	1.334.166	5.058.765	1.591.200	4.975.200
RSMA C10	1.92	3.03	1.864.351	5.101.054	1.591.200	4.975.200
RSMA D1	2.30	3.45	2.674.761	7.666.786	1.511.600	4.422.400
RSMA D2	2.19	3.66	2.434.211	5.952.051	1.511.600	4.422.400
RSMA D3	2.24	3.42	1.760.564	7.044.499	1.511.600	4.422.400
RSMA D4	2.26	3.69	2.052.654	5.183.332	1.511.600	4.422.400
RSMA D5	2.14	2.74	1.688.190	6.374.893	1.511.600	4.422.400
RSMA D6	2.29	3.43	2.286.225	5.035.175	1.511.600	4.422.400
RSMA D7	2.20	3.23	2.309.753	4.691.581	1.511.600	4.422.400
RSMA D8	2.28	3.65	2.503.819	5.757.662	1.511.600	4.422.400
RSMA D9	2.23	3.25	2.013.172	5.375.403	1.511.600	4.422.400
RSMA D10	2.16	3.44	1.836.414	4.553.529	1.511.600	4.422.400
RSMA D11	2.23	3.56	2.094.404	5.482.456	1.511.600	4.422.400
RSMA D12	1.69	2.80	1.838.939	4.244.714	1.511.600	4.422.400

Hasil uji korelasi rank Spearman (tabel 4) menunjukkan tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit dengan lama perawatan persalinan vaginal ringan kelas tiga ($p:0.06$) dan hasil uji statistik dengan regresi logistik biner menunjukkan tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit, lama rawat inap dan kondisi untung atau rugi pada persalinan vaginal ($p : 0.243$)

Nilai *hospital baserate* klaim persalinan rumah sakit meningkat pada tahun 2020. Salah satu faktor yang menyebabkan peningkatan biaya adalah pandemi COVID-19. Kesiapsiagaan dan kewaspadaan rumah sakit menuntut penambahan biaya pelayanan berupa swab, penggunaan alat pelindung diri, dan biaya operasional lainnya. Pandemi COVID-19 berpengaruh signifikan pada cakupan pelayanan asuransi kesehatan di Dunia. Pandemi COVID-19 meningkatkan biaya operasional pelayanan kesehatan, meliputi pengadaan alat pelindung diri, obat dan alat kesehatan, serta pengadaan fasilitas rumah sakit (Blumenthal, 2020).

Peningkatan biaya pelayanan rumah sakit menyebabkan peningkatan *hospital base rate* rumah sakit (Nurwahyuni, 2020).

Hospital Baserate Persalinan Sectio Caesaria

Menurut Widjayanto (2017), tarif INA CBGs pelayanan obstetri ginekologi rata-rata lebih rendah dibandingkan dengan tarif riil rumah sakit. Selisih antara tarif *sectio caesaria* tanpa penyulit rumah sakit dengan tarif INA CBGs berkisar antara Rp. 3.843.500 sampai dengan Rp 4.112.200. Operasi *sectio caesaria* mempergunakan sumber daya yang besar yaitu tenaga medis, paramedis, kamar operasi beserta alat medisnya serta obat dan bahan habis pakai.

Hospital baserate persalinan *sectio caesaria* dipengaruhi oleh klasifikasi rumah sakit. *Hospital baserate* rumah sakit kelas B lebih tinggi dibandingkan rumah sakit kelas lainnya. *Hospital baserate sectio caesaria* rumah sakit kelas B sebesar Rp. 6.521.768, rumah sakit kelas C sebesar Rp 5.940.716 dan rumah sakit kelas D sebesar Rp. 5.613.507. Tingginya nilai *hospital baserate* rumah sakit kelas B terkait dengan

Tabel 4. Uji korelasi rank Spearman Persalinan Vaginal dan Persalinan *Sectio Caesaria* RSMA Jawa Timur 2017 – 2020

			Klasifikasi RS	Lama dirawat
<i>Spearman's rho</i>	Klasifikasi RS	<i>Correlation ratio</i>	1,000	.390
		<i>Sig (2-tailed)</i>	-	.060
		N	24	24
	Lama dirawat	<i>Correlation ratio</i>	.390	1.000
		<i>Sig (2-tailed)</i>	0.06	-
		N	24	24
			Klasifikasi RS	Lama dirawat
<i>Spearman's rho</i>	Klasifikasi RS	<i>Correlation ratio</i>	1,000	-.048
		<i>Sig (2-tailed)</i>	-	.825
		N	24	24
	Lama dirawat	<i>Correlation ratio</i>	-.048	1,000
		<i>Sig (2-tailed)</i>	.825	-
		N	24	24

sistem rujukan, kompleksitas kasus dan pemakaian sumber daya yang lebih besar (Sihombing, 2017)

Hospital baserate persalinan *sectio caesaria* lebih tinggi dibandingkan tarif yang berlaku, kecuali RSMA D12. Hal ini menunjukkan hampir seluruh RSMA Jawa Timur mengalami defisit pada pelayanan persalinan *sectio caesaria*. RSMA D12 merupakan rumah sakit yang paling efektif mengelola pembiayaan persalinan *sectio caesaria* dengan *hospital baserate* sebesar Rp. 4.422.400 selama 2,8 hari. *Hospital baserate* persalinan *sectio caesaria* tertinggi pada RSMA D1 sebesar Rp. 7.666.786, dengan rerata hari perawatan selama 3,45 hari.

Hasil uji korelasi rank Spearman (tabel 4) menunjukkan tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit dengan lama rawat inap persalinan *sectio caesaria* ($p = 0.825$) dan hasil uji statistik dengan regresi logistik biner menunjukkan tidak ada hubungan antara klasifikasi rumah sakit, lama rawat inap dan kondisi untung atau rugi pada persalinan *sectio caesaria* ($p:0.086$).

Peningkatan *hospital baserate* persalinan *sectio caesaria* pada tahun 2020 berkaitan dengan peningkatan biaya penapisan COVID-19. Menurut Kusuma (2021), rumah sakit harus mempersiapkan persalinan yang aman untuk ibu yang akan melahirkan. Setiap ibu yang akan melahirkan wajib melakukan rapid test untuk dilakukan penapisan COVID-19. Apabila hasil rapid test reaktif, ibu hamil akan ditempatkan

diruangan isolasi untuk mencegah terjadinya penularan kepada pasien yg lain. Setiap pasien *suspect* dan terkonfirmasi COVID-19 akan segera dilakukan tindakan operasi *sectio caesarea* dengan sumber daya dan pembiayaan lebih besar. Menurut Ferdian (2021), infeksi COVID-19 terjadi akibat interaksi SARS-CoV-2 dengan sistem kekebalan tubuh individu, termasuk ibu hamil dan melahirkan. Respon imun ini dipengaruhi oleh genetik, usia, jenis kelamin, status gizi, dan status fisik.

PENUTUP

Hospital baserate rumah sakit merupakan indikator penting dalam mengukur efektifitas rumah sakit dalam pembayaran INA-CBGs. Hampir semua RSMA Jawa Timur mempunyai *hospital baserate* persalinan lebih tinggi dibandingkan dengan tarif yang berlaku (pelayanan persalinan mengalami defisit). Dari 24 RSMA Jawa Timur, hanya RSMA C9 yang surplus pada pelayanan persalinan vaginal dan hanya RSMA D12 yang mencatatkan hasil surplus pada pelayanan persalinan *sectio caesaria*. Dapat dipastikan RSMA C9 mendapatkan keuntungan dari klaim persalinan vaginal dan RSMA D12 mendapatkan keuntungan dari klaim persalinan *sectio caesaria*. Rumah sakit harus mengevaluasi dan memonitor indikator *hospital baserate* secara berkala dan membandingkannya dengan tarif yang berlaku dan rumah sakit lain yang memiliki kapasitas

sama. Hasil perhitungan dan perbandingan nilai *hospital base rate* dapat menjadi informasi penting untuk pengambilan keputusan strategis dalam upaya peningkatan mutu dan efisiensi rumah sakit.

Penelitian ini dilakukan dengan melihat rekapitulasi data klaim persalinan melalui aplikasi e-Klaim Kementerian Kesehatan yang dimasukkan oleh rumah sakit. Peneliti belum melakukan verifikasi ketepatan kualitas *coding* dan nilai *costing* klaim persalinan rumah sakit. Penelitian berikutnya dapat dilakukan dengan melaksanakan penelitian kualitatif dan melakukan kajian terhadap rumah sakit yang mengalami surplus pelayanan, baik dalam aspek penentuan tarif persalinan (*costing*) maupun pengkodean diagnosis dan prosedur tindakan (*coding*). Penelitian berikutnya juga dapat dilakukan dalam skala lebih luas dengan melihat perbedaan cakupan klaim persalinan JKN antara rumah sakit dengan rumah sakit khusus ibu dan anak.

DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K.A., Suparmi, Achadi, E.L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A.H., Thabrany, H., Susiloretni, K.A., Soewondo, P., Ahmad, S.A., Kurniawan, M., Hidayat, B., Pardede, D., Mundiharno, Nelwan, E.J., Lupita, O., Setyawan, E., Nurwahyuni, A., Martiningsih, D. and Khusun, H. 2019. Universal Health Coverage in Indonesia: concept, progress, and challenges. *The Lancet*, 393 (10166): 75–102.
- Ashar, H. and Kusriani, I. 2020. Determinant of the Increased Sectio Caesarea Labor Rates of Indonesia in 2017. *Advances in Health Sciences Research*, 22(Ishr 2019): 268–272.
- Aulia, D., Ayu, S.F. and Nasution, N.H. 2017. Analisis Upaya Rumah Sakit dalam Menutupi Kekurangan Biaya Klaim Indonesia Case Base Group (INA-CBGs) Yang Dihitung dengan Metode Activities Base Costing pada Rumah Sakit Swasta Kelas C di Kota Medan Tahun 2017. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4): 159–166.
- Blumenthal, D., Fowler, E.J., Abrams, M. and Collins, S.R. 2020. Covid-19: Implications for the Health Care System. *The New England Journal of Medicine*, 383(15): 1483-1488.
- BPJS Kesehatan, 2020. *Kendali Mutu Dan Biaya Jaminan Keberlangsungan JKN KIS*. BPJS Kesehatan. Jakarta.
- Ferdian, D., Noyan, E. and Annisa, N. 2021. Faktor Risiko COVID-19 di Wilayah Komunitas UT Group Siaga COVID-19. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 5(38): 463–469.
- Idris, F., Nurwahyuni, A., Saut, B., Jaya, C. and Baros, W.A. 2021. Sistem Pembayaran Mixed Method INA-CBGs dan Global Budget di Rumah Sakit: Tahap 1 Uji Coba Mixed Method INA- CBGs- Global Budget di Indonesia Health Service Payment System in Hospital Mixed INA-CBGs and Global Budget. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(2): 72–88.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2016. *Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No 64 Tahun 2016 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan No 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*. Jakarta.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. 2018. *Laporan Riset Kesehatan Dasar 2018*. Jakarta.
- Kusuma Dewi, P.D.P., Dwijayanti, L.A., Ayu Suarmini, K., Tangkas, N.M.K.S., Lutfiana, I. and Dian Purnami, D.A. 2021. Karakteristik Gestasional Dan Standar Operasional Prosedur Ibu Bersalin Dengan Sectio Caesaria Pada Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(3): 471–480.
- Langenbrunner, J.C., Cashin, C. and Dougherty, S.O. 2009. *Designing and Implementing Healthcare Provider Payment System. How-To Manuals*. Washington, D.C.: The World Bank.
- MPKU PWM Jawa Timur. 2021. *Data Rumah Sakit Muhammadiyah Aisyiyah Jawa Timur*. Surabaya.
- Nurwahyuni, A. and Setiawan, E. 2020. Kinerja Rumah Sakit Swasta dengan Pembayaran INA-CBGs di Era Jaminan Kesehatan Nasional: Casemix, Casemix Index, Hospital Base Rate. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 4(2): 1–10.
- Rahayuningrum, I.O., Tamtomo, D. and suryono, A. 2016. Comparison Between Hospital Inpatient Cost and INA-CBGs Tariff of Inpatient Care

- in the National Health Insurance Scheme in Solo, Boyolali and Karanganyar Districts, Central Java. *Journal of Health Policy and Management*, 01(02): 102–112.
- Sihombing, N.M., Saptarini, I. and Putri, D.S.K. 2017. Determinan Persalinan Sectio Caesarea Di Indonesia (Analisis Lanjut Data Riskesdas 2013). *Jurnal Kesehatan Reproduksi*, 8(1): 63–73.
- Soeroso, S., Widyarto, D., Hakin, L., Muchtar, O. and Sihombing, F. 2019. *Buku Putih PERSI Refleksi Perjalanan 5 Tahun Era Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia.
- Suhartoyo, S. 2018. Klaim Rumah Sakit Kepada BPJS Kesehatan Berkaitan Dengan Rawat Inap Dengan Sistem INA– CBGs. *Administrative Law and Governance Journal*, 1(2): 182–195.
- Tetriadi and Nurwahyuni, A. 2019. Analisis Biaya Satuan Pelayanan Sectio Caesaria dan Upaya Efisiensinya di RSD Kol . Abundjani Bangko. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 5(1): 1–9.
- Thabrany, H. 2016. *Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Vogl, M. 2012. Assessing DRG cost accounting with respect to resource allocation and tariff calculation: the case of Germany. *Health Economics Review*, 5(12): 1-12.
- Widjayanto, A.D.W., Sudiro, S. and Suryawati, C. 2017. Kebijakan Penetapan Tarif Seksio Sesarea Tanpa Penyulit dengan Metode Activity Based Costing Berdasarkan ICD-9CM pada Jaminan Kesehatan Nasional di Rumah Sakit XY Kabupaten Kudus Tahun 2016. *Jurnal Ekonomi Kesehatan Indonesia*, 1(4): 1–8.
- World Health Organization, 2015. Cæsarean Section Rates. In: *WHO statement on Caesarean Section Rates*. [online] Geneva Switzerland: Departement of Reproductive Health and Research.