



Tarif Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs Pasien Rawat Inap

Faik Agiwahyunto^{1✉}, Evina Widianawati¹, Widya Ratna Wulan¹, Rizqi Basuki Putri¹

¹Program Studi Rekam Medis dan Informasi Kesehatan D3, Fakultas Kesehatan, Universitas Dian Nuswantoro Semarang, Indonesia

Info Artikel

Sejarah Artikel:

Diterima 13 Juli 2020
Disetujui 1 Oktober 2020
Dipublikasikan 31
Oktober 2020

Keywords:

INA-CBGs, hospital services tariff, Dengue Haemorrhagic Fever (DHF).

DOI:

<https://doi.org/10.15294/higeia/v4i4/37117>

Abstrak

Di Indonesia pada tahun 2017 terdapat 68.407 kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) dengan sebanyak 43,44% pada golongan usia 5-14 tahun dan 33,25% pada usia 15-44 tahun. Kasus DHF Kota Semarang pada tahun 2016 menduduki peringkat ke-5 yaitu sebanyak 4.809 penderita. Rata-rata pasien pasien DHF yang rawat inap di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang sebesar 5,45%. Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs pasien rawat inap kasus DHF di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang tahun 2018. Jenis penelitian deskriptif dengan rancangan *cross-sectional*. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2019 sampai dengan Mei 2019. Data diperoleh dengan metode dokumentasi Instalasi Rekam Medis dan bagian *casemix* pada indeks penyakit pasien kasus DHF. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tarif rumah sakit dipengaruhi oleh lamanya dirawat, tindakan, dan diagnosis sekunder yang menyertai, namun tarif INA-CBGs tetap sesuai dengan jenis kelas perawatan dan *severity level*. Simpulan penelitian ini adalah nominal tarif rumah sakit bervariasi namun tarif INA-CBGs tetap sama.

Abstract

Indonesia in 2017, DHF cases were 68,407 cases with 43.44% at 4-14 years and 33.25% at 15-44 years age category. Semarang city in 2016, DHF cases at 5th were 4,809 patients. The average DHF patient in the RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang City was 5.45%. The aim of the study was to analyze differences in hospital services tariff with INA-CBGs tariff in DHF inpatients the RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Semarang City in 2018. Research type was descriptive analysis and research design was *cross-sectional*. Research conducted at April 2019 to May 2019. Data collection using documentation method of medical record installation and *casemix* section used DHF index observation cases. The results showed that hospital service tariff influenced by length of stay, carrying-on, and severity level, but the INA-CBGs tariff results will remain same according to the treatment class and severity level. Conclusion research was nominal hospital tariff is variation, but the INA-CBGs tariff remain was same.

© 2020 Universitas Negeri Semarang

✉ Alamat korespondensi:
Jl. Imam Bonjol No. 207, Pindrikan Lor, Semarang
Tengah, Semarang, Jawa Tengah 50131
E-mail: faik.agiwahyunto@dsn.dinus.ac.id

PENDAHULUAN

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) sebagai pengendalian biaya tanpa mengesampingkan pelayanan yang bermutu. Penyelenggara pelayanan kesehatan adalah semua Fasilitas Kesehatan bekerja sama dengan BPJS Kesehatan yaitu Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL) (Peraturan Menteri Kesehatan atau PMK No. 52 Tahun 2016). Sesuai PMK Nomor 69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada FKTP dan FKRTL, kepada FKRTL, BPJS Kesehatan melakukan pembayaran berdasarkan cara *Indonesia Case Base Groups* (INA-CBGs) (Indriani, 2013; Rahayuningrum, 2016).

Tarif rumah sakit adalah nilai jasa pelayanan ditetapkan dengan ukuran sebesar jumlah uang berdasarkan pertimbangan nilai uang tersebut dimana rumah sakit bersedia memberikan jasa kepada pasien (Dumaris, 2015). Bagi rumah sakit pemerintah, tarif RS ditetapkan berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan atau Pemerintah Daerah. Tarif INA-CBG's menurut Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada FKRTL atas paket-paket pelayanan berdasarkan pengelompokan diagnosis penyakit ditetapkan besarnya dalam PMK No. 69 tahun 2013, PMK No. 59 tahun 2014, PMK No. 52 tahun 2016, dan yang terbaru PMK No. 4 Tahun 2017 (Aulia, 2017; Dumaris, 2015; Rahayuningrum, 2016).

Perhitungan tarif INA-CBGs berbasis data *costing* dan data koding RS. Data *costing* didapatkan dari RS terpilih (RS yang dijadikan sampel) representasi dari kelas RS, jenis RS, dan kepemilikan RS (swasta dan pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh RS, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah. Data koding diperoleh dari data koding RS PPK Jamkesmas untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 RS pemerintah dan

swasta serta 6 juta data koding (kasus) (Dumaris, 2015).

Dalam penyelenggaraan Jamkesmas, masalah yang sering ditemukan adalah perbedaan antara biaya riil dengan tarif paket INA-CBGs, terutama instalasi rawat inap (Indriani et al., 2013). Penelitian lainnya menunjukkan bahwa biaya INA-CBGs lebih besar dibanding *Fee For Service* untuk kasus non bedah, sebaliknya untuk kasus bedah biaya INA-CBGs jauh lebih rendah dibanding *Fee For Service* (Putra, 2014).

RSAB Harapan Kita tarif INA-CBGs masih lebih besar dari tarif RS sebanyak Rp. 50.800.894 (Dumaris, 2015). Penelitian tentang BPJS Kesehatan lainnya menunjukkan bahwa ada selisih biaya tarif RS dan tarif INA-CBGs pasien JKN terapi penyakit diabetes mellitus yang berpotensi menimbulkan kerugian RS (Yuniarti, 2015). Hal lain yang berhubungan dengan selisih pembiayaan kesehatan bahwa faktor-faktor pembiayaan pelayanan kesehatan adalah biaya obat, lama dirawat, penggunaan *Intensive Care Unit* (ICU), dan lokasi RS (Puspandari, 2015). Penelitian pada kelas pelayanan pasien rawat inap bahwa kelas perawatan dan tingkat keparahan dari suatu penyakit atau diagnosa pasien berpengaruh terhadap pembiayaan pelayanan kesehatan dan biaya penyakit katastropik mencapai 32% dari jumlah biaya pelayanan kesehatan (Ambarriani, 2019).

Perbedaan biaya riil pelayanan kesehatan dengan tarif INA-CBGs berakibat kesenjangan tarif. Perbedaan tersebut menyebabkan RS menanggung risiko finansial. Beberapa kelompok diagnosis CBGs mengalami keuntungan karena biaya riil lebih kecil dari tarif INA-CBGs, namun beberapa kelompok CBGs yang lain mengalami kerugian, biaya riil lebih besar dari tarif INA-CBGs. Untuk mengatasi permasalahan tersebut, RS menerapkan subsidi silang. Di RS Al-Nisa Banten terdapat selisih positif yang berarti RS mendapatkan keuntungan dalam penerapan tarif INA-CBGs. RS yang surplus dalam era BPJS Kesehatan adalah RS yang mampu menerapkan efisiensi dan efektivitas biaya, dapat membangun

manajemen kesehatan yang baik, mutu coding yang baik, mutu klaim yang baik dan tidak melakukan *fraud* (Dumaris, 2015; Indriani, 2013).

Menurut data dari Kementerian Kesehatan Republik Indonesia bahwa tercatat jumlah penderita DHF di Indonesia pada tahun 2017 terdapat 68.407 kasus dengan sebanyak 43,44% pada golongan usia 5-14 tahun dan 33,25% pada usia 15-44 tahun. BPJS Kesehatan menanggung biaya perawatan apabila pemeriksaan penunjang menunjukkan trombosit di bawah 100.000 per mikroliter dan pemeriksaan antibodi *Ig-M* positif (Kemenkes RI, 2018). Kasus DHF Kota Semarang pada tahun 2017 menduduki peringkat ke-5 yaitu sebanyak 4.809 penderita. DHF adalah penyakit yang disebabkan oleh virus *dengue* yang masuk ke tubuh manusia melalui gigitan nyamuk *aedes aegypti*. Gejala yang ditimbulkan apabila seseorang terkena DHF yang paling umum adalah demam yang tinggi serta nyeri pada otot atau sendi (Dinas Kesehatan Kota Semarang, 2017).

Berdasarkan data di Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang didapatkan kasus DHF periode tahun 2018 sebanyak 125 pasien pada unit IGD, 270 pasien pada unit Rawat Inap, serta 92 pasien pada unit Rawat Jalan. Rata-rata pasien DHF sebanyak 5,45%. Terdapat *clinical pathway* yang mengatur tentang penanganan pasien dengan kasus DHF, sehingga bisa terkontrol jenis pelayanan yang diberikan. Tarif rata-rata kasus DHF sebesar Rp 1.604.082 sedangkan tarif rata-rata INA-CBGs pada kasus DHF sebesar Rp 2.262.430.

Berdasarkan penjelasan di atas menunjukkan pembiayaan kesehatan merupakan masalah penting dan masih terdapat perbedaan tarif riil RS dengan tarif INA-CBGs dari berbagai penelitian tersebut. Efisiensi penggunaan sumber daya RS pada pasien DHF di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang merupakan tema penelitian ini. Penelitian sebelumnya pada kasus bedah dan non bedah, penyakit diabetes mellitus, pembiayaan pelayanan kesehatan, dan biaya

penyakit katastrofik sedangkan penelitian ini pada kasus DHF. Penelitian sebelumnya meneliti faktor-faktor yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah biaya obat, lama dirawat, penggunaan *Intensive Care Unit* (ICU), dan lokasi RS sedangkan penelitian ini pada faktor-faktor lama rawat, diagnosis, tindakan, dan *severity level* (tingkat keparahan). Penelitian sebelumnya menggunakan jenis penelitian korelasi sedangkan penelitian ini jenis penelitian deskriptif. Tujuan penelitian adalah menganalisis perbedaan tarif rumah sakit dan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap kasus *Dengue Haemorrhagic Fever* (DHF) di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

METODE

Jenis penelitian deskriptif dan rancangan penelitian *cross sectional*. peneliti mendeskripsikan perbedaan tarif RS dengan tarif INA-CBGs pada pasien rawat inap kasus DHF yang ada di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro periode tahun 2018. Metode yang digunakan adalah observasi pada indeks penyakit pasien kasus DHF. Penelitian ini dilakukan pada bulan April 2019 sampai dengan Mei 2019 di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang.

Variabel penelitian yaitu diagnosis utama dan diagnosis sekunder, tindakan medis, lama rawat, dan *severity level* atau tingkat keparahan. Diagnosis utama adalah suatu jenis penyakit yang telah ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan mendalam yang diderita pasien yang menjadikan penyebab utama alasan pasien dirawat dirumah sakit. Diagnosis sekunder adalah suatu penyakit penyerta diagnosis utama yang sudah ada sebelum diagnosis utama ditemukan. Diagnosis utama dan diagnosis sekunder diperoleh berdasarkan observasi pada indeks penyakit dan grouping INA-CBGs. Tindakan medis adalah suatu intervensi medis yang dilakukan berdasarkan indikasi medis tertentu yang berguna sebagai integritas organ yang abnormal. Tindakan medis diperoleh dari observasi pada grouping INA-CBGs.

Lama rawat adalah lamanya waktu pasien menjalankan perawatan di rumah sakit dengan satuan hari. Lama rawat diperoleh berdasarkan observasi pada grouping INA-CBGs. *Severity level* atau keparahan kasus penyakit yang dipengaruhi adanya komorbiditas atau komplikasi lain dalam masa perawatan. *Severity level* diperoleh berdasarkan observasi pada grouping INA-CBGs.

Sampel kasus DHF sebanyak 73 pasien dari seluruh total pasien unit rawat inap RSUD K.R.M.T Wongsonegoro Kota Semarang. Metode pengambilan sampel menggunakan *nonprobability sampling* yaitu teknik yang tidak memberi peluang sama bagi setiap unsur atau anggota populasi untuk menjadi sampel.

Sumber data primer berupa hasil observasi. Data sekunder berupa laporan indeks penyakit dan *grouping* INA-CBGs sehingga diketahui diagnosis utama, diagnosis sekunder, kode penyakit, lama dirawat, serta cara bayar pasien.

Metode pengumpulan data dengan observasi yaitu melakukan pengamatan secara langsung kepada objek yang diteliti untuk mengidentifikasi diagnosis yang ditentukan dokter dan penentuan kode diagnosis oleh koder sehingga muncul tarif RS dan tarif INA-CBGs. Instrumen penelitian menggunakan *checklist* untuk mengambil dan mengumpulkan data pasien peserta BPJS kasus DHF yaitu diagnosis pasien, tindakan medis, lama rawat, dan *severity level* atau tingkat keparahan serta tarif pelayanan medis yang dapat menggambarkan adanya perbedaan antara tarif RS dengan INA-CBGs.

Analisis data adalah analisis deskriptif yaitu peneliti menggambarkan dan menganalisis perbedaan tarif RS dengan tarif INA-CBGs untuk mengetahui hal-hal yang dapat mempengaruhi perbedaan antara tarif yang ditetapkan oleh RS dengan tarif INA-CBGs. Hasil deskripsi data berupa angka dianalisis menggunakan univariate dengan persentase.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Lama dirawat pada pasien DHF pada tahun 2018 paling banyak adalah selama 5 hari

yaitu sebanyak 31,5%. Lama dirawat yaitu lamanya seorang pasien dirawat pada satu episode dalam hitungan hari. Rata-rata lama dirawat pasien dengan kasus DHF rata-rata lama dirawat sebanyak 5 hari dengan presentase 31,5%. Kasus DHF rata-rata lama dirawat yaitu ± 5 hari.

Pasien dengan kasus DHF gejala awal yang muncul adalah demam lebih dari 2-3 hari setelah digigit oleh nyamuk yang terinfeksi virus *dengue*. Pasien yang menderita DHF hanya membutuhkan istirahat yang cukup dan monitoring hematokrit serta diberikan obat analgesik untuk menurunkan demam. Biasanya pada hari ke-7 *trombosit* akan naik dengan sendirinya sejak terjadinya demam.

Diharapkan setelah penerapan sistem DRG maka proses pelayanan kesehatan menjadi semakin baik. Seluruh komponen RS termotivasi meningkatkan pelayanan kesehatan pasien. Terjadi penurunan lama dirawat 3-4 hari setelah penerapan DRG dan proses pelayanan kesehatan menunjukkan perbaikan (Indriani, 2013).

Penerapan DRG berpengaruh positif terhadap efisiensi penggunaan teknologi kedokteran RS. Efisiensi penggunaan teknologi kedokteran ini berpengaruh positif terhadap peningkatan pelayanan kesehatan. Secara signifikan terdapat penurunan *readmission* pasien setelah penerapan DRG. Secara umum tidak terdapat penurunan kualitas pelayanan kesehatan, akan tetapi terjadi peningkatan efisiensi pembiayaan karena penurunan lama dirawat di RS (Rahayuningrum, 2016).

Perubahan paradigma dari *fee for service* menjadi *package system* salah satu hambatan meningkatkan motivasi tenaga medis untuk meningkatkan pelayanan kesehatan pasien. Perubahan paradigma yang menuntut perubahan perilaku seluruh komponen RS terhadap proses pelayanan kesehatan sangat berpengaruh terhadap tingkat keberhasilan penerapan sistem DRG ini. Para profesional kesehatan di RS dituntut untuk melakukan tindakan pelayanan kesehatan yang tepat, tidak *underuse*, *overuse*, maupun *misuse* (Indriani, 2013).

Tingkat keparahan kasus DHF paling banyak adalah tingkat keparahan level I yaitu

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Lama Rawat pada Pasien Rawat Inap Kasus DHF

Lama Rawat	Jumlah	Persentase
2 hari	1	1,4%
3 hari	4	5,5%
4 hari	16	21,9%
5 hari	23	31,5%
6 hari	12	16,5%
7 hari	4	5,5%
8 hari	6	8,2%
9 hari	3	4,1%
10 hari	2	2,7%
11 hari	2	2,7%
Jumlah	73	100%

Sumber: Data Primer

sebanyak 65,7%. Tingkat keparahan atau yang biasa disebut *severity level* yaitu suatu klasifikasi yang menunjukkan derajat keparahan suatu penyakit. Pada program JKN *severity level* menunjukkan dari angka “0” yaitu menunjukkan rawat jalan, angka romawi “I” menunjukkan tingkat keparahan ringan, angka romawi “II” menunjukkan tingkat keparahan sedang, dan angka romawi “III” menunjukkan tingkat keparahan berat. Berdasarkan tabel 2 menunjukkan bahwa rata-rata *severity level* atau tingkat keparahan pada kasus DHF pasien rawat inap menunjukkan angka romawi “I” yaitu tingkat keparahan ringan. Hal tersebut dibenarkan melalui data yang terdapat pada lembar klaim BPJS Kesehatan. *Severity level* terbanyak yaitu tingkat “I” sebanyak 65,7% sedangkan *severity level* tingkat “II” sebanyak 27,4%. Penyakit DHF rata-rata *severity level* pada tingkat “I” karena masih belum adanya tanda-tanda *syok hipovolemik*, sehingga perawatan masih bisa dilakukan di bangsal.

Tingkat keparahan atau yang biasa disebut *severity level* yaitu suatu klasifikasi yang menunjukkan derajat keparahan suatu penyakit. Pada program JKN *severity level* menunjukkan dari angka “0” yaitu menunjukkan rawat jalan, angka romawi “I” menunjukkan tingkat keparahan ringan, angka romawi “II” menunjukkan tingkat keparahan sedang, dan angka romawi “III” menunjukkan tingkat keparahan berat. Tiap RS menetapkan tarif sesuai misinya masing-masing. Perhitungan tarif RS berdasarkan perhitungan biaya retrospektif yaitu biaya ditagih setelah pelayanan dilaksanakan, sehingga tidak mendorong tim

penyedia pelayanan kesehatan untuk melakukan efisiensi. Tarif INA-CBGs disusun berdasarkan metode prospektif berdasarkan masa mendatang. Menurut Rahayuningrum (2016) perhitungan tarif RS tidak lagi berdasarkan perhitungan biaya retrospektif, sehingga penting bagi RS untuk menentukan prosedur standar menangani penyakit dengan *clinical pathways*. Di era JKN, tim RS dapat melakukan pelayanan yang optimal, efisien dan efektif. Pelayanan RS tidak saja melayani secara medis juga mengarah ke komoditi yang mengacu kekuatan pasar perekonomian masyarakat. Sebagai suatu organisasi, RS mulai berubah dari organisasi yang normatif (sosial) ke arah organisasi utilitarian (ekonomis), sehingga RS menjadi organisasi yang berfungsi secara mediko-sosio-ekonomis (Aulia, 2017; Rahayuningrum, 2016).

Tarif klaim INA CBGs yang lebih tinggi dari tarif RS akan memberikan keuntungan pada RS. Menurut Rosdiana (2017) dan Witcahyo (2018) menyatakan bahwa anggaran merupakan hal yang sangat penting dalam proses kegiatan organisasi. Anggaran merupakan faktor penunjang pelaksanaan program agar dapat menghasilkan kinerja yang efektif dan efisien. Oleh karena itu, diperlukan pengkajian ulang dan perbaikan dalam sumber daya anggaran baik dalam besar tarif, lama waktu pencairan dana imbalan jasa, dan perjanjian kerjasama yang baik antara BPJS Kesehatan dengan RS (Ambarriani, 2019; Rosdiana, 2017; Wardani, 2018).

Sistem pembayaran DRG meningkatkan kendali pembiayaan pelayanan kesehatan, menghasilkan *outcome* terhadap tingkat kualitas pelayanan kesehatan yang cukup, dan proses administrasi yang rumit. Proses administrasi yang rumit dalam pencatatan rekam medik merupakan salah satu hambatan proses klasifikasi koding diagnosis dari pasien. Kekurangan kelengkapan pemeriksaan penetapan diagnosis menyebabkan proses klasifikasi diagnosis pasien terhambat. Penelitian Moreland menyebutkan salah satu hambatan pelaksanaan DRG adalah ketidaklengkapan rekam medik pasien sehingga menghambat proses klasifikasi pembiayaan. Kondisi ini mungkin terjadi di berbagai RS di Indonesia (Indriani, 2013; Lilissuriani, 2017).

Tabel 2. Distribusi Frekuensi *Severity Level* pada Pasien Rawat Inap Kasus DHF

Severity Level	Jumlah	Persentase
I	48	65,7%
II	20	27,4%
III	5	6,9%
Jumlah	73	100%

Tarif rumah sakit untuk tipe kelas perawatan III berkisar Rp 677.592 sampai dengan Rp 11.602.927. Pada tarif INA-CBGs kelas perawatan III untuk kasus dengan *severity level* “I (ringan)” diklaimkan sebesar Rp 2.029.100, untuk *severity level* “II (sedang)” diklaimkan sebesar Rp 2.589.700 sedangkan untuk *severity level* “III (berat)” diklaimkan sebesar Rp 3.107.700. Lama rawat serta *severity level* dapat mempengaruhi variasi nilai tarif rumah sakit, akan tetapi pada tarif INA-CBGs hasil tarif akan tetap sama sesuai dengan kelas perawatan dan *severity level* meskipun tarif rumah sakit bervariasi.

Pada hasil penelitian didapatkan tarif INA-CBGs lebih tinggi daripada tarif RS, sehingga RS mendapatkan keuntungan. Sebaliknya, apabila tarif INA CBGs lebih rendah daripada tarif RS, maka RS mengalami kerugian. Penelitian menunjukkan tarif INA-CBGs lebih rendah daripada tarif RS pada kasus pasien diabetes mellitus (Yuniarti et al., 2015). Hasil lain menunjukkan hasil yang sama yaitu tarif RS lebih tinggi dari tarif INA-CBGs. Faktor-faktor yang berhubungan positif dengan tarif RS secara statistik signifikan adalah penggunaan ICU dan lama perawatan (Rahayuningrum, 2016). Hal lain yang terjadi adalah perbedaan tarif antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs. Beberapa penyebab terjadinya perbedaan tarif yang mungkin terjadi diantaranya seperti penetapan kode diagnosis utama oleh petugas PJRM juga akan mempengaruhi besar tarif INA-CBGs yang akan diklaimkan dan ketepatan tindakan yang diberikan juga bisa mempengaruhi tarif (Dumaris, 2015; Lilissuriani, 2017).

Tarif rumah sakit untuk tipe kelas perawatan II berkisar Rp 891.949 sampai dengan Rp 4.524.373. Tarif INA-CBGs kelas perawatan II untuk kasus dengan *severity level* “I (ringan)” diklaimkan sebesar Rp 2.434.900,

untuk *severity level* “II (sedang)” diklaimkan sebesar Rp 3.107.700 sedangkan untuk *severity level* “III (berat)” diklaimkan sebesar Rp 3.729.700. Lama rawat serta *severity level* dapat mempengaruhi variasi nilai tarif rumah sakit, akan tetapi pada tarif INA-CBGs hasil tarif akan tetap sama sesuai dengan kelas perawatan dan *severity level* meskipun tarif rumah sakit bervariasi.

Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Sari (2014) bahwa terdapat perbedaan antara tarif RS dengan tarif INA-CBGs pada pasien diabetes mellitus dimana tarif INA-CBGs lebih tinggi dari tarif RS. Sebaliknya penelitian Yuniarti (2015) bahwa tarif INA CBGs lebih rendah dibanding tarif RS. Tarif RS merupakan aspek yang harus sangat diperhatikan oleh RS swasta dan pemerintah. Tarif RS pemerintah ditetapkan berdasar peraturan daerah dan tarif RS swasta ditetapkan berdasar peraturan menteri kesehatan (Indriani, 2013; Yuniarti, 2015).

Di setiap rumah sakit dalam melakukan proses klaim akan menghasilkan perbedaan tarif yang ditetapkan oleh RS dengan hasil klaim INA-CBGs. Perbedaan antara tarif RS dengan tarif INA-CBGs karena belum terlaksananya semua *clinical pathway* dan perbedaan muncul dikarenakan tarif RS dibuat oleh SMF atau per poli sesuai dengan biaya operasional dan biaya investasi di RS tersebut. Dengan demikian akan terjadi perbedaan biaya tarif rumah sakit di suatu daerah masing-masing walaupun memiliki prosedur yang sama. Tarif INA-CBGs dibuat berdasarkan masukan dari tarif-tarif rumah sakit di seluruh Indonesia. Tarif rumah sakit lebih tinggi dipengaruhi oleh lama dirawat serta diagnosis penyerta yang memberatkan sehingga mempengaruhi biaya akomodasi yang menyebabkan tingginya tarif rumah sakit (Rahayuningrum, 2016).

Sistem INA-CBGs merupakan instrumen penting pengajuan dan pembayaran klaim bekerjasama dengan FKRTL sehingga harus memahami program dan konsep JKN. Sistem INA-CBGs terdiri dari beberapa komponen yaitu *coding* dan *clinical pathway*. Masalah yang sering ditemui terkait pada sistem INA-CBGs

Tabel 3. Distribusi Tarif Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs Kelas Perawatan III

Kode Utama	Diagnosis	Kode Sekunder	Diagnosis Tindakan	LOS	Tarif Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs
A91		J06.9	-	8	Rp 1.976.858	Rp 2.029.100
A91		-	-	7	Rp 2.329.410	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 2.001.249	Rp 2.029.100
A91		J06.9	-	4	Rp 1.260.911	Rp 2.029.100
A91		J06.9	-	6	Rp 1.660.806	Rp 2.029.100
A91		A09.9	-	9	Rp 5.302.739	Rp 2.029.100
A91		-	-	4	Rp 979.190	Rp 2.029.100
A91		J06.9	-	4	Rp 983.573	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 2.126.527	Rp 2.029.100
A91		-	-	3	Rp 677.592	Rp 2.029.100
A91		A09.9	-	6	Rp 1.894.503	Rp 2.029.100
A91		A09.9	-	5	Rp 1.664.970	Rp 2.029.100
A91		-	-	3	Rp 1.292.083	Rp 2.029.100
A91		-	99.05	5	Rp 11.602.927	Rp 2.029.100
A91		K30	-	7	Rp 2.329.702	Rp 2.029.100
A91		-	-	6	Rp 3.551.185	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 1.276.195	Rp 2.029.100
A91		-	99.04	9	Rp 5.892.647	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 1.532.118	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 3.459.790	Rp 2.029.100
A91		-	-	4	Rp 1.139.782	Rp 2.029.100
A91		A09.0	-	9	Rp 2.776.148	Rp 2.029.100
A91		-	-	-	Rp 3.291.589	Rp 2.029.100
A91		K72.9	99.05	6	Rp 6.569.698	Rp 2.029.100
A91		E11.9	99.04	2	Rp 1.932.597	Rp 2.029.100
A91		K72.9	99.05	6	Rp 6.569.698	Rp 2.029.100
A91		E11.9	99.04	2	Rp 1.932.597	Rp 2.029.100
A91		J06.9	-	4	Rp 971.400	Rp 2.029.100
A91		-	-	5	Rp 1.962.706	Rp 2.029.100
A91		E87.1	-	5	Rp 1.924.223	Rp 2.589.700
A91		E87.6	-	4	Rp 1.242.602	Rp 2.589.700
A91		K75.9	-	10	Rp 4.795.230	Rp 2.589.700
A91		E87.1	-	6	Rp 2.387.605	Rp 2.589.700
A91		A09.0	99.04	10	Rp11.048.506	Rp 2.589.700
A91		E87.1	-	4	Rp 1.583.772	Rp 2.589.700
A91		D64.9	99.04	8	Rp10.668.930	Rp 2.589.700
A91		E87.1	-	5	Rp 1.824.637	Rp 2.589.700
A91		K12.1	-	11	Rp 3.934.530	Rp 2.589.700
A91		A09.0	-	8	Rp 6.067.464	Rp 3.107.700
A91		A01.0	-	5	Rp 1.036.552	Rp 3.107.700

Sumber: Data Primer

pada saat proses klaim yaitu *software* yang sering kali *error* pada saat melakukan input berkas klaim sehingga mengganggu aktifitas proses klaim. Dari adanya masalah tersebut maka proses klaim dapat telat sehingga petugas rekam medis harus melakukan kerja lembur untuk mengejar keterlambatan proses klaim (Dumaris, 2015). Tarif rumah sakit untuk tipe kelas perawatan I berkisar Rp 1.674.092 sampai dengan Rp 9.384.944. Tarif INA-CBGs kelas

perawatan I untuk kasus dengan *severity level* "I (ringan)" diklaimkan sebesar Rp 2.840.700, untuk *severity level* "II (sedang)" diklaimkan sebesar Rp 3.625.600 sedangkan untuk *severity level* "III (berat)" diklaimkan sebesar Rp 4.350.800.

Lama rawat serta *severity level* dapat mempengaruhi variasi nilai tarif rumah sakit, akan tetapi pada tarif INA-CBGs hasil tarif akan tetap sama sesuai dengan kelas perawatan dan

Tabel 4. Distribusi Frekuensi Tarif Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs Kelas II pada Pasien Rawat Inap Kasus DHF

Kode Utama	Diagnosis	Kode Sekunder	Diagnosis	Kode Tindakan	LOS	Tarif Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs
A91		-		-	3	Rp 891.949	Rp 2.434.900
A91		B05.9		-	4	Rp 1.220.254	Rp 2.434.900
A91		E11.9		-	5	Rp 2.121.402	Rp 2.434.900
A91		-		-	4	Rp 1.642.500	Rp 2.434.900
A91		J06.9		-	4	Rp 2.687.643	Rp 2.434.900
A91		-		-	8	Rp 3.279.063	Rp 2.434.900
A91		K59.0		-	6	Rp 1.854.489	Rp 2.434.900
A91		-		-	5	Rp 1.673.890	Rp 2.434.900
A91		K72.9		99.05	6	Rp 4.524.373	Rp 2.434.900
A91		-		-	5	Rp 2.097.338	Rp 2.434.900
A91		-		-	6	Rp 2.094.866	Rp 2.434.900
A91		J06.9		-	4	Rp 1.814.493	Rp 2.434.900
A91		E83.6		-	4	Rp 2.676.888	Rp 3.107.700
A91		A04.9		-	4	Rp 4.305.427	Rp 3.107.700
A91		D64.9		99.04	6	Rp 3.777.504	Rp 3.107.700
A91		E87.1		-	5	Rp 2.303.300	Rp 3.107.700
A91		E87.1		-	5	Rp 2.621.318	Rp 3.107.700
A91		E87.1		-	4	Rp 2.141.974	Rp 3.107.700
A91		J18.0		-	4	Rp 1.871.232	Rp 3.729.700
A91		J18.0		-	6	Rp 2.146.348	Rp 3.729.200

Sumber: Data Primer

severity level meskipun tarif rumah sakit bervariasi.

Tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs pada kasus DHF terdapat perbedaan. Berdasarkan tabel 5 menunjukkan tarif rumah sakit untuk kelas perawatan III yaitu berkisar Rp 677.592 sampai dengan Rp 11.602.927, tarif rumah sakit pada kelas perawatan II berkisar Rp 891.949 sampai dengan Rp 4.524.373 serta tarif

rumah sakit kelas perawatan I berkisar Rp 1.674.092 sampai dengan Rp 9.384.944. Tingginya tarif rumah sakit dipengaruhi oleh lamanya dirawat serta tindakan dan diagnosis sekunder yang menyertai (Puspandari, 2015).

Semakin lama seorang pasien dirawat serta adanya diagnosis penyerta yang memberatkan maka tarif rumah sakit menjadi lebih tinggi, hal ini disebabkan oleh biaya

Tabel 5. Distribusi Frekuensi Tarif Rumah Sakit dengan Tarif INA-CBGs Kelas I pada Pasien Rawat Inap Kasus DHF

Kode Utama	Diagnosis Sekunder	Diagnosis Tindakan	LOS	Tarif Rumah Sakit	Tarif INA-CBGs
A91	N93.8	-	4	Rp 3.471.627	Rp 2.840.700
A91	-	-	5	Rp 1.674.092	Rp 2.840.700
A91	J06.9	-	5	Rp 6.181.953	Rp 2.840.700
A91	-	-	5	Rp 4.507.769	Rp 2.840.700
A91	A04.9	-	5	Rp 2.329.515	Rp 2.840.700
A91	L20.9	-	3	Rp 3.412.520	Rp 2.840.700
A91	J06.9	-	5	Rp 6.074.563	Rp 2.840.700
A91	R56.0	-	11	Rp 9.384.944	Rp 3.625.600
A91	R56.0	-	11	Rp 9.384.944	Rp 3.625.600
A91	E83.5	-	7	Rp 3.528.606	Rp 3.625.600
A91	R57.1	-	5	Rp 4.594.567	Rp 4.350.800

Sumber: Data Primer

akomodasi. Semakin tinggi kelas perawatan maka biaya akomodasi rumah sakit juga akan semakin besar. Oleh karena itu, kelas perawatan juga mempengaruhi tarif rumah sakit selain faktor-faktor seperti lama dirawat, diagnosis sekunder dan tindakan. Pada tarif INA-CBGs selisih tarif perkelas sekitar Rp 500.000 (Aulia, 2017; Lilissuriani, 2017; Puspendari, 2015).

Diagnosis utama (primer) adalah suatu jenis penyakit yang telah ditetapkan berdasarkan hasil pemeriksaan mendalam yang diderita pasien yang menjadikan penyebab utama alasan pasien dirawat dirumah sakit. Diagnosis sekunder adalah suatu penyakit penyerta diagnosis utama yang sudah ada sebelum diagnosis utama ditemukan. Diagnosis utama dan diagnosis sekunder diperoleh berdasarkan observasi pada indeks penyakit dan grouping INA-CBGs. Tindakan medis adalah intervensi medis berdasarkan indikasi medis tertentu. Tindakan medis berguna sebagai integritas organ yang abnormal. Tindakan medis diperoleh berdasarkan observasi pada *grouping* INA-CBGs (Indriani, 2013).

Sebelum pasien pulang dilakukan monitoring biaya yang berfungsi untuk mengetahui perkiraan biaya tarif INA-CBGs dengan tarif RS apakah terdapat *over cost* atau laba bagi rumah sakit. Terdapat perbedaan komponen pada tarif RS dan tarif INA-CBGs yang signifikan yaitu pada tarif kamar, lama dirawat, dan tindakan. Pada RS, akomodasi tarif kamar dihitung berdasarkan tipe kelas, apabila semakin tinggi tipe kelas maka semakin

tinggi biaya akomodasi kamar yang di tetapkan. Begitu pula dengan lama dirawat, semakin lama pasien dirawat maka semakin banyak menghabiskan sumber daya RS. Hal itu mempengaruhi tarif pelayanan medis di RS. Pada INA-CBGs pengelompokan tarif sesuai dengan kasus yang sama dan ciri klinis serta tindakan yang sama. Dengan demikian tarif yang dihasilkan tidak terpengaruh oleh lama dirawat dan tipe kelas perawatan (Puspendari, 2015; Putra, 2014).

Sistem *Casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur yang sama yang mengacu pada ciri klinis sama serta biaya perawatan sama. Sistem yang digunakan adalah *grouping*. Dengan diberlakukannya sistem *casemix* maka terdapat komponen *casemix* yang menunjang program JKN antara lain yaitu *coding*, *costing*, *Clinical pathway*, dan sistem *grouping*. Dari komponen tersebut sudah terlaksana di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro. *Coding* adalah kegiatan memberikan kode dengan huruf atau angka atau kombinasi pada data rekam medis. *Coding* inilah dilakukan oleh bagian PJRM sebelum diteruskan ke bagian *casemix* untuk di koreksi guna mengurangi angka revisi klaim (Dumaris, 2015).

Sudah ada staff rekam medis yang berkaitan langsung dengan adanya program JKN ini. Bagian PJRM selain bertugas memberikan kode pada diagnosis dan tindakan ada tugas lain yang terkait dengan program JKN yaitu melakukan simulasi *grouping* dan memonitoring tarif agar tidak terjadi *overcost*.

Selain PJRM, *casemix* juga berkaitan dengan proses klaim. Tugas dari *casemix* adalah mengoreksi koding dan menginputkan hasil koding ke dalam *bridging* yang kemudian difinalkan untuk proses klaim. Selain PJRM dan *casemix*, terdapat bagian yang tidak kalah penting terkait dengan klaim yaitu bagian *verifikator internal*. Tugas dari *verifikator internal* yaitu mengklaim berkas-berkas persyaratan klaim pasien BPJS.

Metode pembayaran BPJS Kesehatan adalah menggunakan metode *prospective payment* atau metode *casemix* yaitu pembayaran yang disetujui atau dilakukan sebelum pelayanan diberikan (Aulia, 2017). Dalam penerapan JKN ada staff yang berkaitan langsung dengan program JKN antara lain PJRM, *Casemix*, Koding dan *Verifikator Internal*. Tugas utama PJRM adalah melakukan simulasi dan memonitoring tarif agar tidak terjadi *overcost*. Dalam pelaksanaan JKN pedoman yang dipakai berdasarkan PMK No. 52 tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan JKN (Aulia, 2017; Rahayuningrum, 2016).

Tarif INA-CBGs adalah tarif paket yang artinya tidak dipengaruhi oleh lama dirawat dan diagnosis sekunder. Pada tarif INA-CBGs, tarif bervariasi disebabkan oleh *severity level* pada suatu penyakit. Tarif yang diklaimkan oleh INA-CBGsakan berbeda-beda tiap kelas perawatan serta dilihat pula tingkat keparahan suatu penyakitnya. Pada tarif INA-CBGs kelas perawatan I untuk kasus dengan *severity level* “I (ringan)” diklaimkan sebesar Rp 2.840.700, untuk *severity level* “II (sedang)” diklaimkan sebesar Rp 3.625.600 sedangkan untuk *severity level* “III (berat)” diklaimkan sebesar Rp 4.350.800. Pada tarif INA-CBGs kelas perawatan II untuk kasus dengan *severity level* “I (ringan)” diklaimkan sebesar Rp 2.434.900, untuk *severity level* “II (sedang)” diklaimkan sebesar Rp 3.107.700 sedangkan untuk *severity level* “III (berat)” diklaimkan sebesar Rp 3.729.700. Pada tarif INA-CBGs kelas perawatan III untuk kasus dengan *severity level* “I (ringan)” diklaimkan sebesar Rp 2.029.100, untuk *severity level* “II (sedang)” diklaimkan

sebesar Rp 2.589.700 sedangkan untuk *severity level* “III (berat)” diklaimkan sebesar Rp 3.107.700 (Aulia, 2017; Dumaris, 2015).

Sistem INA-CBGs merupakan instrumen penting dalam pengajuan dan pembayaran klaim yang telah bekerjasama dengan FKRTL sehingga harus memahami program dan konsep JKN. Sistem INA-CBGs terdiri atas beberapa komponen yaitu *coding* dan *clinical pathway* (Dumaris, 2016). Dengan adanya program JKN maka setiap rumah sakit wajib mempunyai *Clinical Pathway* yang berguna untuk memonitoring tindakan klinis yang dilakukan pada fasilitas pelayanan kesehatan guna mencapai efektivitas pelayanan sebagai bahan edukasi pasien tentang perkiraan prosedur yang akan dilakukan. Selain bermanfaat dalam peningkatan mutu pelayanan, *clinical pathway* juga bermanfaat dalam efektivitas biaya. Dalam kaitannya dengan program JKN alangkah baiknya setiap kasus terdapat *clinical pathway* sehingga biaya prosedur dan tindakan yang dilakukan tidak melebihi tarif paket INA-CBGs dan tidak menimbulkan kerugian biaya bagi rumah sakit (Dumaris, 2015; Lilissuriani, 2017).

Masalah yang sering ditemui terkait pada sistem INA-CBGs pada saat proses klaim yaitu *software* yang sering kali *error* pada saat melakukan input berkas klaim sehingga mengganggu aktifitas proses klaim. Dari adanya masalah tersebut maka proses klaim dapat terlambat sehingga petugas rekam medis harus melakukan kerja lembur untuk mengejar keterlambatan proses klaim. Adapun staf yang terkait langsung dengan Program JKN antara lain *casemix*, koding, *verifikator internal*, dan PJRM. PJRM berkaitan dengan klaim karena keakuratan koding akan mempengaruhi klaim. Masalah terkait dengan proses klaim antara lain *software* yang sering *error*, pembuatan kebijakan BPJS Kesehatan secara sepihak, dan belum berlakunya *Clinical Pathway* secara keseluruhan. Tarif INA-CBGs dipengaruhi oleh parahnya suatu penyakit. Walaupun LOS rumah sakit lama, tarif INA-CBGs tidak akan berubah karena tarif INA-CBGs adalah tarif paket sehingga tarif INA-CBGs dapat berubah apabila tingkat parahnya suatu penyakit dan

tipe kelas perawatan. Tarif rumah sakit akan tinggi apabila terdapat diagnosis penyerta serta lama dirawat yang melebihi dari ketentuan yang ada pada *Clinical Pathway* sehingga mempengaruhi biaya akomodasi yang menjadikan tingginya tarif rumah sakit (Dumaris, 2015; Rahayuningrum, 2016).

Meskipun nominal tarif rumah sakit bervariasi akan tetapi hasil tarif INA-CBGs akan tetap sama. Perbedaan nominal antara tarif rumah sakit dengan tarif INA-CBGs diakibatkan oleh diagnosis penyerta, tindakan dan *severity level*. Dari 73 kasus pelayanan rawat inap terdapat 18 kasus (24,7%) dengan selisih tarif lebih tinggi daripada tarif yang diklaimkan oleh INA-CBGs hal tersebut menghasilkan selisih negatif. Dari 73 kasus tersebut 55 kasus (75,3%) diantaranya memiliki selisih tarif INA-CBGs yang lebih tinggi daripada tarif rumah sakit hal tersebut menghasilkan selisih positif yang artinya rumah sakit tetap memiliki potensi keuntungan meskipun menggunakan subsidi silang (Dumaris, 2015).

Salah satu cara mengatasi selisih biaya tersebut dengan membuat *clinical pathway* berisi langkah-langkah penanganan pasien terdiri atas protokol terapi dan standar pelayanan pasien mulai dari masuk sampai dengan keluar RS (Indriani, 2013). *Clinical pathway* adalah suatu dokumen yang berisi perencanaan pelayanan kesehatan sesuai standar pelayanan medis, asuhan keperawatan, dan standar pelayanan kesehatan lainnya pada saat pasien masuk ke rumah sakit sampai dengan pasien pulang. Peningkatan mutu pelaksanaan pelayanan kesehatan efisien dapat dicapai dengan penerapan *clinical pathway*. Penerapan *clinical pathway* meningkatkan efisiensi penggunaan lama hari dirawat tanpa mengurangi kualitasnya (Indriani, 2013). Dengan adanya *Clinical Pathway* bertujuan untuk kendali mutu dan kendali biaya. Di RSUD K.R.M.T Wongsonegoro belum semua penyakit memiliki *Clinical Pathway*, akan tetapi pada kasus DHF sudah terdapat *Clinical Pathway*. Dengan adanya *clinical pathway* yang mengatur tentang kasus DHF, maka besarnya biaya pengobatan dan perawatan dapat diprediksikan secara tepat.

Pada era JKN ini penting diberlakukannya *Clinical Pathway* di setiap penyakit. Dengan adanya *Clinical Pathway* yang diterapkan maka tarif rumah sakit tidak akan melebihi tarif INA-CBGs (Aulia, 2017). Dengan adanya *Clinical Pathway* dokter penanggungjawab dapat memantau tarif rumah sakit apakah sudah *overcost* atau belum. Dengan adanya *Clinical Pathway* tidak perlu adanya monitoring tarif yang dilakukan di bagian PJRM. *Clinical pathway* dibuat sebagai pedoman minimal pengelolaan diagnosis. Dengan menggunakan *clinical pathway* dapat meningkatkan mutu dan kendali biaya. Belum semua penyakit terdapat *Clinical Pathway* sehingga terdapat kegiatan monitoring tarif di bagian PJRM yang berguna untuk mengawasi tarif rumah sakit sudah *overcost* atau belum (Lilissuriani, 2017).

Dengan adanya perbedaan tarif rumah sakit lebih tinggi, maka bagian manajemen perlu melakukan koordinasi untuk penetapan tarif rumah sakit. Organisasi Rumah Sakit mengusulkan untuk adanya kenaikan tarif INA-CBGs kepada BPJS. Penyusunan *clinical pathway* sangat penting untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan pada pasien. Penegakan diagnosis kasus DHF seringkali sulit ditegakkan. Penegakan diagnosis DHF seringkali membutuhkan tahapan pemeriksaan penunjang medis yang teliti. Penerapan *clinical pathway* penegakan diagnosis DHF diharapkan meningkatkan efisiensi penggunaan sumber daya RS pada kasus DHF (Aulia, 2017; Dumaris, 2015).

Adapun staff RSUD K.R.M.T Wongsonegoro yang terkait langsung dengan Program JKN antara lain *casemix*, koding, *verifikator internal*, dan PJRM. PJRM berkaitan dengan klaim karena keakuratan koding akan mempengaruhi klaim. Masalah terkait dengan proses klaim antara lain *software* yang sering *error*, pembuatan kebijakan BPJS Kesehatan secara sepihak, dan belum berlakunya *Clinical Pathway* secara keseluruhan. Tarif INA-CBGs dipengaruhi oleh parahnya suatu penyakit (Rahayuningrum, 2016). Walaupun LOS rumah sakit lama, tarif INA-CBGs tidak akan berubah

karena tarif INA-CBGs adalah tarif paket sehingga tarif INA-CBGs dapat berubah apabila tingkat parahnya suatu penyakit dan tipe kelas perawatan. Tarif rumah sakit akan tinggi apabila terdapat diagnosis penyerta serta lama dirawat yang melebihi dari ketentuan yang ada pada *Clinical Pathway* sehingga mempengaruhi biaya akomodasi yang menjadikan tingginya tarif rumah sakit (Dumaris, 2015; Rahayuningrum, 2016).

PENUTUP

Nominal tarif rumah sakit bervariasi namun tarif INA-CBGs tetap sama. Tingginya tarif rumah sakit dipengaruhi oleh lamanya dirawat, tindakan, dan diagnosis sekunder yang menyertai. Semakin lama seorang pasien dirawat serta adanya diagnosis penyerta yang memberatkan maka tarif rumah sakit menjadi lebih tinggi, hal ini disebabkan oleh biaya akomodasi. Semakin tinggi kelas perawatan maka biaya akomodasi rumah sakit juga akan semakin besar. Oleh karena itu, kelas perawatan juga mempengaruhi tarif rumah sakit selain faktor-faktor seperti lama dirawat, diagnosis sekunder, dan tindakan.

Keterbatasan penelitian ini yaitu rancangan penelitian *cross-sectional* sehingga hasil temuan penelitian ini bisa berubah di waktu yang berbeda. Sampel penelitian pasien DHF sehingga hasil berbeda apabila sampel pasien berbeda seperti pasien jantung, stroke, hepatitis melitus dan lain sebagainya. Metode pengambilan sampel menggunakan teknik *nonprobability sampling* sehingga pasien DHF di luar sampel bisa memiliki karakteristik yang berbeda dari sampel penelitian sehingga tidak bisa digeneralisasikan. Saran bagi penelitian selanjutnya dapat melakukan penelitian terkait analisis upaya RS menutupi kekurangan biaya klaim INA-CBGs yang dihitung dengan metode *Activities Base Costing* (ABC) serta membandingkan efektivitas kuantitatif dan kualitatif perhitungan biaya riil menggunakan metode ABC dan membandingkan dengan biaya klaim INA-CBGs.

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarriani, A. S. 2019. Hospital Financial Performance in The Indonesian National Health Insurance Era. *An Interdisciplinary Journal on Applied Business and Economics Research*, 4(1): 367–379.
- Aulia, D., Ayu, S. F., & 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.
- Dinas Kesehatan Kota Semarang. 2017. *Profil Kesehatan Kota Semarang 2017*. Semarang: Dinas Kesehatan Kota Semarang.
- Dumaris, H. 2015. Analisis Perbedaan Tarif Rumah Sakit dan Tarif INA-CBG ' s Pelayanan Rawat Jalan di RSUD Budhi Asih Jakarta Tahun 2015. *Jurnal Administrasi Rumah Sakit*, 3(1): 20–28.
- Indriani, D., Kusnanto, H., Mukti, A. G., & Kuntoro, K. 2013. Dampak Biaya Laboratorium Terhadap Kesenjangan Tarif INA-CBGs dan Biaya Riil Diagnosis Leukemia. *Kesmas: National Public Health Journal*, 7(10): 440.
- Kemenkes RI. (2018). *Profil Kesehatan Indonesia Tahun 2017*. Jakarta.
- Lilissuriani, Saputra, I., & Ruby, M. 2017. Perbedaan biaya riil rumah sakit dan tarif ina-cbg untuk kasus katastrofik dengan penyakit jantung koroner pada pasien rawat inap peserta jaminan kesehatan nasional di rsuza. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 3(1): 198–205.
- Puspendari, D. A., Mukti, A. G., & Kusnanto, H. 2015. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Biaya Obat Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit di Indonesia. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 4(3): 104–108.
- Putra, R. S. P., Indar, Jafar, N., & Universitas Hasanuddin. 2014. Ability to Pay and Catastrophic Payment on Self Payers Participants in. *JST Kesehatan*, 4(3): 283–290.
- Rahayuningrum, I. O., Tamtomo, D., & 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.

- Rosdiana, A. I, Raharjo, B. B., Sofwan, I. 2017. Implementasi Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis). *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 1(3): 140–150.
- Wardani, A. P., Witcahyo, E., & Utami, S. 2018. Efektivitas Biaya Program Pengelolaan Penyakit Kronis (Prolanis) di Puskesmas. *HIGEIA (Journal of Public Health Research and Development)*, 2(4): 622–633.
- Yuniarti, E., Amalia, A., & Handayani, T. M. 2015. Analsis Biaya Terapi Penyakit Diabetes Melitus Pasien Jaminan Kesehatan Nasional di RS PKU Muhammadiyah Yogyakarta - Perbandingan Terhadap Tarif INA CBGs. *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia : JKKI*, 4(3): 97–103.