

**ANALISIS PENERAPAN *INDONESIA CASE BASED GROUPS*  
(*INA-CBG'S*) DALAM PELAYANAN BADAN PENYELENGGARA JAMINAN  
SOSIAL (BPJS) KESEHATAN DI RUMAH SAKIT KABUPATEN PELALAWAN**

**Rizky Amalia**

**Magister Akuntansi Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Riau**

**E-mail: rizkyamalia@gmail.com**

**ABSTRACT**

*There is discrepancy in hospital tariff methods, namely fee for service and BPJS Kesehatan tariff method, namely Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's) that have the potential to be beneficial or detrimental to the hospital. This study aims to investigate at the factors that influence the difference in tariff. The research method used was an analytic observational study with a cross sectional approach. The study was conducted on inpatients in three hospitals in Pelalawan District in 2017. The sampling technique was consecutive sampling. The analysis model used is a multiple regression analysis model. The results showed that the ward class had a significant negative influence with the significance value 0.000. The length of stay has a significant negative influence with the significance value 0.000. The operative procedures has a significant negative influence with the significance value 0.000. The severity has a significant positive influence with the with the significance value 0.000. The type of hospital has a significant positive influence with the with the significance value 0.000.*

**Keywords:** *BPJS kesehatan, indonesia case based groups (ina-cbg's), ward class, length of stay, operative procedures, severity level, hospital type*

**LATAR BELAKANG PENELITIAN**

Pada 1 Januari tahun 2014 pemerintah secara resmi mentransformasi PT. Askes (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dalam mensukses penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang kemudian diatur dalam UU No. 24 Tahun 2011. BPJS Kesehatan diberi kewenangan untuk menyelenggarakan suatu bentuk jaminan yang adil dan merata untuk seluruh lapisan masyarakat Indonesia serta menentukan besarnya pembayaran sesuai dengan standar tarif yang ditetapkan oleh pemerintah. Selain menentukan pembayaran klaim kepada rumah sakit yang bekerjasama, BPJS Kesehatan juga diberi wewenang untuk menentukan besaran iuran yang harus dibayarkan peserta BPJS Kesehatan baik mandiri ataupun tenaga kerja. Standar tarif pelayanan kesehatan yang digunakan oleh BPJS Kesehatan adalah salah satu bentuk metode prospektif yaitu tarif *Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)*. Tarif paket *INA-CBG's* adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut (rumah sakit) atas paket layanan yang didasarkan pada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur yang dilakukan. Prosedur pembayaran menggunakan sistem *INA-CBG's*, baik rumah sakit maupun pihak pembayar tidak lagi merinci tagihan berdasarkan rincian pelayanan yang diberikan, melainkan hanya dengan menyampaikan diagnosis keluar pasien dan kode *INA-CBG's*. Besarnya penggantian biaya untuk diagnosis tersebut telah disepakati

bersama antara *provider*, asuransi atau ditetapkan oleh pemerintah. Perkiraan lamanya waktu perawatan (*length of stay*) yang akan dijalani oleh pasien juga sudah diperkirakan sebelumnya dan disesuaikan dengan jenis diagnosis.

Sistem pembayaran *INA-CBG's* dipilih karena dirasa dapat mengendalikan biaya kesehatan, mendorong pelayanan tetap bermutu sesuai dengan standar, membatasi pelayanan kesehatan yang tidak diperlukan atau berlebihan serta mendorong *provider* untuk melakukan *cost containment* (pengendalian biaya). Sedangkan pada umumnya sistem pembayaran yang diterapkan rumah sakit di Indonesia adalah sistem pembayaran per jasa pelayanan (*fee for service*). Dimana melalui sistem ini, *provider* layanan kesehatan menarik biaya untuk tiap jenis pelayanan yang diberikan sehingga setiap pasien membayar sesuai dengan pelayanan yang diterima. Setiap pemeriksaan dan tindakan akan dikenakan biaya sesuai dengan tarif yang ada di rumah sakit. Pada sistem pembayaran *fee for service*, semakin banyak layanan yang diberikan maka semakin besar biaya yang harus dikeluarkan. Akibatnya terjadi kenaikan pada setiap biaya pelayanan kesehatan.

Seiring berjalannya, penggunaan sistem *INA-CBG's* ini dinilai belum efektif, hal ini ditunjukkan dengan besaran tarif *INA-CBG's* yang lebih besar dibanding *fee for service* untuk kasus-kasus non tindakan bedah. Sedangkan untuk kasus-kasus tindakan bedah kecenderungan biaya *INA-CBG's* jauh lebih rendah dibanding *fee for service* (Putra, 2014). Selain itu, Puspandari, (2015) menyatakan bahwa faktor-faktor yang berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan diantaranya adalah biaya obat, lama dirawat, penggunaan *Intensive Care Unit (ICU)*, dan lokasi rumah sakit. Ambarriani (2014) menunjukkan bahwa kelas perawatan dan tingkat keparahan juga berkaitan dengan pembiayaan pelayanan kesehatan dan biaya penyakit katastropik mencapai 32% dari total biaya pelayanan kesehatan. Demikian juga penelitian yang dilakukan Yuniarti (2015) menunjukkan bahwa terdapat selisih biaya terapi penyakit Diabetes melitus pasien peserta BPJS Kesehatan antara tarif rumah sakit dan tarif *INA-CBG's* yang berpotensi menimbulkan kerugian bagi rumah sakit.

Pemaparan di atas menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan merupakan masalah penting dan masih ada kontroversi dari berbagai penelitian tersebut. Maka penulis ingin mengetahui lebih lanjut mengenai perbedaan tarif rumah sakit dan tarif *INA-CBG's* dan apakah terdapat hubungan antara tarif rumah sakit dengan tipe rumah sakit, kelas rawat, tindakan, tingkat keparahan dan lama perawatan.

Penelitian ini berfokus pada penyelenggaraan BPJS Kesehatan di Rumah Sakit di Kabupaten Pelalawan. Berdasarkan fenomena dan persoalan yang telah dijelaskan, peneliti perlu melakukan penelitian tentang Analisis Penerapan *Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)* Dalam Pelayanan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Di Rumah Sakit Kabupaten Pelalawan.

## KAJIAN PUSTAKA

### **Agency Theory**

Menurut Anthony dan Govindarajan (2005), teori agensi adalah hubungan atau kontrak antara *principal* dan *agent*. Pembeli dalam hubungan kontraktual ini disebut sebagai '*principal*'. Sementara itu, pihak yang menyediakan jasa pelayanan disebut sebagai '*agent*'. Oleh karena itu teori ini disebut sebagai 'teori agensi'.

Hubungan antara principal dan agent ini diatur oleh kontrak yang berisi apa yang harus dilakukan oleh agent dan apa yang harus dilakukan oleh principal sebagai imbalannya.

Dalam teori hubungan *Principal-Agent*, BPJS Kesehatan berperan sebagai *purchaser* yang berfungsi sebagai *principal* untuk lembaga pelayanan kesehatan. Sebagai *principal* BPJS dalam pembelian menggunakan berbagai perangkat seperti sistem kontrak, keuangan, regulasi, dan menjalankan mekanisme monitoring untuk memastikan lembaga pelayanan kesehatan yang berfungsi sebagai agent memberikan pelayanan yang bermutu, di dalam tarif yang disepakati.

### **Rumah Sakit**

UU Rumah Sakit No. 44 Tahun 2009 dijelaskan bahwa Rumah Sakit merupakan institusi pelayanan kesehatan bagi masyarakat dengan ciri yang khusus tersendiri yang dipengaruhi oleh perkembangan ilmu pengetahuan kesehatan, kemajuan teknologi, dan kehidupan sosial ekonomi masyarakat yang harus mampu meningkatkan pelayanan yang lebih bermutu dan terjangkau oleh masyarakat agar terwujud derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Rumah Sakit menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat.

Pengelolaan rumah sakit pemerintah membutuhkan biaya yang terus meningkat karena disamping biaya umum yang meningkat juga adanya peningkatan kebutuhan pelayanan oleh masyarakat. Dilain pihak kemampuan sumber dana pemerintah sangat terbatas sehingga peran serta masyarakat dalam pembiayaan rumah sakit perlu terus digali dan ditingkatkan, khususnya golongan masyarakat mampu tanpa mengabaikan golongan masyarakat kurang mampu.

### **Tarif**

Ada dua jenis sistem tarif pelayanan kesehatan, yaitu dengan retrospektif dan prospektif.

Cara pembiayaan retrospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang diberikan kepada pasien berdasarkan pada setiap aktivitas pelayanan yang diberikan, semakin banyak layanan kesehatan yang diberikan semakin besar biaya yang harus dibayarkan. Contoh pola pembayaran retrospektif adalah *Fee for service*. Pengendalian biaya tersebut dalam bentuk pembayaran *fee for service reimbursement* yang diberikan setelah pelayanan dilakukan. Ternyata sistem ini tidak efisien, karena terjadinya *moral hazard* akan lebih besar, akibatnya pelayanan kesehatan naik drastis.

Pembayaran prospektif adalah metode pembayaran yang dilakukan atas layanan kesehatan yang besarnya sudah diketahui sebelum pelayanan kesehatan diberikan. Sistem pengendalian biaya kesehatan dikenal dengan bentuk pembayaran *Prospective Payment System (PPS)*, yaitu suatu sistem pembayaran kepada Pemberi Pelayanan Kesehatan, baik rumah sakit maupun dokter dalam jumlah yang ditetapkan sebelum suatu pelayanan medik dilaksanakan tanpa memperhatikan tindakan medik atau lamanya perawatan di rumah sakit. Sistem ini pertama kali dipakai di Amerika Serikat ketika biaya pelayanan kesehatan meningkat tajam. Melalui *Amandemet of 1993* yang ditandatangani oleh Presiden Ronald Reagan pada tanggal 20 April 1993, mewajibkan pembayaran peserta program "*Medicare*" berdasarkan jumlah yang tetap sesuai diagnosis yang besarnya

telah ditetapkan sebelum pelayanan diberikan. Pendekatan seperti ini mendorong pemberi pelayanan kesehatan, untuk hanya melakukan tindakan medik yang memang diperlukan dan menurunkan *Length of Stay (LoS)*. Dengan demikian *over utilization* dapat dicegah.

### **Indonesia Case Based Groups (INA-CBG's)**

Di Indonesia, metode pembayaran prospektif dikenal dengan *Casemix (case based payment)* dan sudah diterapkan sejak Tahun 2008 sebagai metode pembayaran pada program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas). Sistem *casemix* adalah pengelompokan diagnosis dan prosedur dengan mengacu pada ciri klinis yang mirip/sama dan penggunaan sumber daya/ biaya perawatan yang mirip/sama, pengelompokan dilakukan dengan menggunakan *software grouper*. Sistem *casemix* saat ini banyak digunakan sebagai dasar sistem pembayaran kesehatan di negara-negara maju dan sedang dikembangkan di negara-negara berkembang.

Sejak diimplementasikan nya sistem *casemix* di Indonesia telah dihasilkan 3 kali perubahan besaran tarif, yaitu tarif *INA-DRG* Tahun 2008, tariff *INA-CBG's* Tahun 2013 dan tarif *INA-CBG's* Tahun 2014. Tarif *INA-CBG's* mempunyai 1.077 kelompok tarif terdiri dari 789 kode grup/ kelompok rawat inap dan 288 kode grup/ kelompok rawat jalan, menggunakan sistem koding dengan *ICD-10* untuk diagnosis serta *ICD-9-CM* untuk prosedur/ tindakan. Pengelompokan kode diagnosis dan prosedur dilakukan dengan menggunakan *UNU Grouper*. *UNU Grouper* adalah *Grouper casemix* yang dikembangkan oleh *United Nations University (UNU)*.

Dasar pengelompokan dalam *INA-CBG's* menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan/prosedur yang menjadi output pelayanan, dengan acuan *ICD-10* untuk diagnosis dan *ICD-9-CM* untuk tindakan/prosedur.

### **Tarif INA-CBG's dalam Jaminan Kesehatan Nasional**

Tarif *INA-CBG's* yang digunakan dalam program JKN per 1 Januari 2014 diberlakukan berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan, dengan beberapa prinsip sebagai berikut: Pengelompokan tarif tujuh kluster rumah sakit, yaitu: Tarif Rumah Sakit Kelas A, Tarif Rumah Sakit Kelas B, Tarif Rumah Sakit Kelas B Pendidikan, Tarif Rumah Sakit Kelas C, Tarif Rumah Sakit Kelas D, Tarif Rumah Sakit Khusus Rujukan Nasional, Tarif Rumah Sakit Umum Rujukan Nasional.

Pengelompokan tarif berdasarkan penyesuaian setelah melihat besaran *Hospital Base Rate (HBR)* sakit yang didapatkan dari perhitungan total biaya pengeluaran rumah sakit. Apabila dalam satu kelompok terdapat lebih dari satu rumah sakit, maka digunakan *Mean Base Rate*.

Regionalisasi, tarif terbagi atas 5 regional yang didasarkan pada Indeks Harga Konsumen (IHK) dan telah disepakati bersama antara BPJS Kesehatan dengan Asosiasi Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan.

Terdapat pembayaran tambahan (*Top Up*) dalam sistem *INA-CBG's* versi 4.0 untuk kasus-kasus tertentu yang masuk dalam *special casemix main group (CMG)*, meliputi; *Special Prosedure*, *Special Drugs*, *Special Investigation*, *Special Prosthesis Special Groups Subacute* dan Kronis.

*Top up* pada *special CMG* tidak diberikan untuk seluruh kasus atau kondisi, tetapi hanya diberikan pada kasus dan kondisi tertentu. Khususnya pada beberapa kasus atau kondisi dimana rasio antara tarif *INA-CBG's* yang sudah dibuat berbeda cukup besar dengan tarif rumah sakit.

Tidak ada perbedaan tarif antara rumah sakit umum dan khusus, disesuaikan dengan penetapan kelas yang dimiliki untuk semua pelayanan di rumah sakit berdasarkan surat keputusan penetapan kelas yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan RI. Tarif *INA-CBG's* merupakan tarif paket yang meliputi seluruh komponen sumber daya rumah sakit yang digunakan dalam pelayanan baik medis maupun non-medis.

Untuk Rumah Sakit yang belum memiliki penetapan kelas, maka tarif *INA-CBG's* yang digunakan setara dengan Tarif Rumah Sakit Kelas D sesuai regionalisasi masing-masing.

Penghitungan tarif *INA-CBG's* berbasis pada data *costing* dan data koding rumah sakit. Data *costing* didapatkan dari rumah sakit terpilih (rumah sakit sampel) representasi dari kelas rumah sakit, jenis rumah sakit maupun kepemilikan rumah sakit (rumah sakit swasta dan 31 pemerintah), meliputi seluruh data biaya yang dikeluarkan oleh rumah sakit, tidak termasuk obat yang sumber pembiayaannya dari program pemerintah (HIV, TB, dan lainnya). Data koding diperoleh dari data koding rumah sakit PPK Jamkesmas. Untuk penyusunan tarif JKN digunakan data *costing* 137 rumah sakit pemerintah dan swasta serta 6 juta data koding (kasus).

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 51 Tahun 2018 Tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional tarif iuran BPJS Kesehatan sebesar Rp. 80.000 untuk kelas I, Rp. 51.000 untuk kelas II, dan Rp. 25.500 untuk kelas III.

Menurut Muramatsu (1992), seperti yang dikutip Suningsih (2003), faktor-faktor yang mempengaruhi biaya rawat inap adalah faktor rumah sakit, faktor pasien, dan faktor kasus (*casemix*). Faktor-faktor yang mempengaruhi besarnya biaya rumah sakit tersebut adalah karakteristik pasien (umur dan jenis kelamin), tindakan medis (bedah), ama hari rawat, penyakit penyerta dan penyakit penyulit, tingkat keahlian dokter, kelas perawatan dan utilisasi fasilitas.

Lain halnya dengan penelitian yang dilakukan oleh Indriyati, Didik dan Arief (2016) dengan meneliti 5 faktor yaitu jenis rumah sakit, kelas perawatan, penggunaan *ICU*, tingkat keparahan dan lama perawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor yang berhubungan positif dengan tarif RS dan secara statistik signifikan adalah penggunaan *ICU* dan lama perawatan.

## METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif menggunakan studi *analytic observational* dengan pendekatan *cross sectional*. Penelitian dilakukan di tiga rumah sakit di Kabupaten Pelalawan pada tahun 2017. Teknik pengambilan sampel adalah *consecutive sampling*. Teknik pengumpulan data dengan observasi pada catatan medis pasien yang telah diverifikasi oleh BPJS Kesehatan. Analisis data menggunakan analisis regresi linear ganda.

## HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN

### Uji Statistik Deskriptif

**Tabel 1**  
**Hasil Uji Statistik**  
*Descriptive Statistics*

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Lama Rawat	527	1	16	4,29	2,305
LN_Selisih Tarif	527	27,44	30,70	28,8286	,74048
Valid N (listwise)	527				

Sumber: Data Olahan SPSS 24 (2019)

Salah satu indikator kinerja rumah sakit adalah *Average Length of Stay (ALOS)* yang mencerminkan rata-rata lama hari perawatan yang diperoleh dari perbandingan jumlah hari perawatan pasien keluar terhadap jumlah pasien keluar baik hidup maupun mati. Rata-rata lama rawat seorang pasien yang secara umum yang ideal adalah antara 6–9 hari (Depkes, 2005). Dari hasil olah data rata-rata lama rawat adalah 4,29 hari yang mana lebih rendah dari *ALOS* ideal, sedangkan untuk variabel tindakan dari 527 sampel yang diuji terdapat 134 (25,4%) pasien dengan tindakan dan 393 (74,6%) pasien dengan perawatan non tindakan.

Untuk variabel kelas rawat dari total 527 sampel yang diuji, terdapat 139 (26,4%) pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan kelas I, 162 (30,7%) pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan kelas II dan 226 (42,9%) pasien yang menggunakan BPJS Kesehatan kelas III.

Untuk tingkat keparahan terbagi menjadi tingkat yaitu ringan, sedang dan berat. Dimana 290 (55%) pasien mempunyai tingkat keparahan ringan, 186 (35,3%) pasien mempunyai tingkat keparahan sedang dan 51 (9,7%) pasien mempunyai tingkat keparahan berat.

Untuk tipe rumah sakit pada pengujian ini hanya mengambil 2 tipe rumah sakit yaitu C dan D. Dimana 261 (49,5%) merupakan pasien yang dirawat di rumah sakit tipe C dan 266 (50,5%) merupakan pasien yang dirawat di rumah sakit tipe D.

### Uji Normalitas

Berdasarkan hasil perhitungan data pada Kolmogorov-Smirnov nilai Asymp. Sig. > 0,05. Nilai Asymp. Sig. (2-tailed) sebesar 0,200. Nilai tersebut lebih besar dari nilai taraf signifikan 0,05. Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa data berdistribusi normal.

### Uji Multikolinieritas

Berdasarkan hasil perhitungan statistik yang telah dilakukan didapatkan hasil kelima variabel independen memiliki nilai tolerance > 0,10 dan VIF < 10,00, sehingga dapat disimpulkan bahwa model regresi tersebut bebas dari multikolinieritas.

### Uji Autokorelasi

Berdasarkan Tabel 1 di atas dapat diketahui nilai *Durbin Watson* sebesar 1,945 ini berarti nilai *Durbin Watson* berada pada  $1,65 < 1,945 < 2,35$ , maka dapat disimpulkan bahwa dalam penelitian ini tidak terdapat autokorelasi.

### Uji Heterokedastisitas

Berdasarkan hasil pengolahan data, disimpulkan bahwa tidak terjadi heteroskedastisitas pada model regresi dalam penelitian ini.

### Uji Regresi Berganda

Hasil uji regresi berganda dapat dilihat pada Tabel 2 berikut ini.

**Tabel 2**  
**Hasil Uji Regresi Berganda**  
**Coefficients<sup>a</sup>**

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.
	B	Std. Error	Beta		
1 (Constant)	27,857	,153		182,025	,000
Kelas Rawat	-,188	,026	-,207	-7,363	,000
Lama Rawat	-,052	,011	-,162	-4,913	,000
Tindakan	-,199	,055	-,117	-3,611	,000
Tingkat Keperahan	,554	,032	,498	17,142	,000
Tipe rumah sakit	,731	,042	,494	17,277	,000

Sumber: Data Olahan SPSS 24 (2019)

Persamaan regresi sebagai berikut:

$$Y = 27,857 - 0,188 X_1 - 0,052 X_2 - 0,199 X_3 + 0,554 X_4 + 0,731 X_5 + e$$

a. Konstanta (a)

Dari hasil uji analisis regresi terlihat bahwa nilai konstanta sebesar 27,857. Hal ini berarti bahwa jika variabel independen (kelas rawat, lama rawat, tindakan, tingkat keparahan dan tipe rumah sakit) tidak ada atau bernilai nol, maka besarnya selisih tarif yang terjadi adalah sebesar 27,857.

b. Koefisien regresi ( $b_1$ ) kelas rawat ( $X_1$ )

Nilai koefisien regresi variabel kelas rawat sebesar -0,188. Artinya adalah bahwa setiap peningkatan kelas rawat sebesar 1 tingkatan maka akan menurunkan selisih tarif sebesar 0,188% dan sebaliknya dengan asumsi variabel lain tetap dan sebaliknya setiap penurunan kelas rawat sebesar 1 tingkatan maka akan menaikkan selisih tarif sebesar 0,188% dengan asumsi variabel lain tetap.

c. Koefisien regresi ( $b_2$ ) lama rawat ( $X_2$ )

Nilai koefisien regresi variabel lama rawat sebesar -0,052. Artinya adalah bahwa setiap peningkatan lama rawat sebesar 1 satuan akan menurunkan selisih tarif sebesar 0,052% dan sebaliknya setiap penurunan lama rawat sebesar 1 satuan akan menaikkan selisih tarif sebesar 0,052% dengan asumsi variabel lain tetap.

d. Koefisien regresi ( $b_3$ ) tindakan ( $X_3$ )

Nilai koefisien regresi variabel tindakan sebesar -0,199. Artinya adalah bahwa setiap adanya tindakan maka akan menurunkan selisih tarif sebesar 0,199% dan sebaliknya setiap tidak adanya tindakan maka akan menaikkan selisih tarif sebesar 0,199% dengan asumsi variabel lain tetap.

e. Koefisien regresi ( $b_4$ ) tingkat keparahan ( $X_4$ )

Nilai koefisien regresi variabel tingkat keparahan sebesar 0,554. Artinya adalah bahwa setiap peningkatan tingkat keparahan maka akan meningkatkan selisih tarif sebesar 0,554% dan sebaliknya setiap penurunan tingkat keparahan maka akan menurunkan selisih tarif sebesar 0,554% dengan asumsi variabel lain tetap.

f. Koefisien regresi ( $b_5$ ) tipe rumah sakit ( $X_5$ )

Nilai koefisien regresi variabel tipe rumah sakit sebesar 0,731. Artinya adalah bahwa tipe rumah sakit C maka akan meningkatkan selisih tarif sebesar 0,731% dan sebaliknya tipe rumah sakit D maka akan menurunkan selisih tarif sebesar 0,731% dengan asumsi variabel lain tetap.

g. Standar error ( $e$ ) merupakan variabel acak dan mempunyai distribusi probabilitas yang mewakili semua faktor yang mempunyai pengaruh terhadap  $Y$  tetapi tidak dimasukkan dalam persamaan.

### Hasil Pengujian Hipotesis dan Pembahasan

#### Pengaruh Kelas Rawat terhadap Selisih Tarif *INA-CBG's* dan Tarif Rumah Sakit

Berdasarkan tabel 2 diketahui  $t$  hitung (-7,363) <  $-t$  tabel (-1,965) dengan Sig. (0,000) < 0,05. Artinya variabel kelas rawat berpengaruh signifikan terhadap selisih tarif. Sehingga dapat disimpulkan hipotesis pertama ( $H_1$ ) **diterima**.

Hasil analisis menunjukkan bahwa kelas perawatan mempunyai pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit. Setiap kenaikan pasien ke kelas rawat yang lebih tinggi berakibat turunnya selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit. Ini berarti untuk pelayanan pasien kelas 3 BPJS Kesehatan tarif *INA-CBG's* lebih menguntungkan bagi rumah sakit.

Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tarif rumah sakit kelas 1 lebih tinggi dibanding kelas 2 dan 3 (Yuniarti, 2015). Dalam penelitian yang dilakukan oleh Ayu dan Pujiyanto (2014) juga menunjukkan bahwa untuk rawat inap kelas 3 mempunyai selisih negatif sebesar 4%, sedangkan untuk rawat inap kelas 2 selisih negatif meningkat menjadi 11% dan meningkat menjadi 22% pada rawat inap kelas 1.

#### Pengaruh Lama Rawat terhadap Selisih Tarif *INA-CBG's* dan Tarif Rumah Sakit

Berdasarkan tabel 2 diketahui  $t$  hitung (-4,913) <  $-t$  tabel (-1,965) dengan Sig. (0,000) < 0,05. Artinya variabel lama rawat berpengaruh signifikan terhadap selisih tarif. Sehingga dapat disimpulkan hipotesis kedua ( $H_2$ ) **di-terima**.

Hasil analisis lama perawatan terhadap selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit hubungan korelasi negatif dan secara statistik signifikan. Rata-rata lama rawat seorang pasien yang secara umum yang ideal adalah antara 6–9 hari (Depkes, 2005). Sedangkan dari hasil olah data rumah sakit di Kabupaten Pelalawan rata-rata lama rawat adalah 4,29 hari yang mana lebih rendah dari *ALOS*

ideal. Walaupun lama rawat yang dilakukan oleh rumah sakit di Kabupaten Pelalawan ini di bawah rata-rata lama rawat ideal, tetapi secara statistik lama rawat mempunyai pengaruh signifikan yang negatif terhadap selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit.

Lama rawat mengakibatkan pe-ningkatan biaya rumah sakit karena pelayanan kesehatan yang diberikan menjadi lebih banyak. Hal ini juga menimbulkan *inefficiency* terhadap sumberdaya. Di era JKN ini, rumah sakit harus meningkatkan efisiensi dan efektifitas tarif untuk meningkatkan alokasi pelayanan kesehatan dan menurunkan lama rawat.

#### **Pengaruh Tindakan terhadap Selisih Tarif *INA-CBG's* dan Tarif Rumah Sakit**

Berdasarkan tabel 2 diketahui  $t$  hitung (3,611) >  $t$  tabel (1,965) dengan Sig. (0,000) < 0,05. Artinya variabel tindakan berpengaruh signifikan terhadap selisih tarif. Sehingga dapat disimpulkan hipotesis ketiga ( $H_3$ ) **diterima**.

Hasil analisis menunjukkan bahwa tindakan mempunyai pengaruh yang signifikan secara statistik terhadap selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit. Setiap pasien dengan tindakan seperti operasi, akan mengakibatkan turunnya selisih tarif *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit.

Biaya seperti penggunaan kamar operasi, penggunaan obat bius, penggunaan bank darah serta penggunaan peralatan medis lainnya yang tidak digunakan pada rawat inap tanpa tindakan berdaampak yang secara signifikan terhadap total biaya yang akan ditanggung rumah sakit. Sedangkan untuk tarif *INA-CBG's* sendiri perbedaan tarif tidak cukup signifikan untuk menutupi pe-nambahan biaya yang diakibatkan oleh tindakan medis tersebut.

#### **Pengaruh Tingkat Keparahan terhadap Selisih Tarif *INA-CBG's* dan Tarif Rumah Sakit**

Berdasarkan tabel 2 diketahui  $t$  hitung (17,142) >  $t$  tabel (1,965) dengan Sig. (0,000) < 0,05. Artinya variabel tingkat keparahan berpengaruh signifikan terhadap selisih tarif. Sehingga dapat disimpulkan hipotesis keempat ( $H_4$ ) **diterima**.

Hasil analisis tingkat keparahan menunjukkan hasil yang signifikan. Hasil ini sesuai penelitian Ornek (2012) tingkat keparahan me-ningkatkan biaya perawatan pasien dan mengakibatkan penurunan selisih tarif dengan *INA-CBG's*.

Tingkat keparahan dan komplikasi suatu diagnosa penyakit membawa efek dalam pemberian pelayanan kesehatan yang lebih. Pemberian pelayanan kesehatan seperti obat, alat kesehatan ataupun alat penunjang lainnya.

#### **Pengaruh Tipe Rumah Sakit terhadap Selisih Tarif *INA-CBG's* dan Tarif Rumah Sakit**

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui  $t$  hitung (17,277) >  $t$  tabel (1,965) dengan Sig. (0,000) < 0,05. Artinya variabel tipe rumah sakit berpengaruh signifikan terhadap selisih tarif. Sehingga dapat disimpulkan hipotesis kelima ( $H_5$ ) **diterima**.

Hasil uji menunjukkan bahwa tarif *INA-CBG's* untuk rumah sakit swasta tipe D lebih rendah dari tarif rumah sakit pemerintah tipe C. Hal ini diakibatkan adanya perbedaan antara tarif rumah sakit menurut tipe dan kepemilikan pada tarif *INA-CBG's*. Pada kenyataannya, perkembangan yang pesat dan meningkatnya persaingan mengakibatkan rumah sakit harus berbenah dalam berbagai bidang terutama dalam masalah tarif dan kualitas pelayanan kesehatan (Folland, 2001).

Peningkatan fasilitas kesehatan seperti kamar operasi, bank darah serta penunjang medis lainnya dapat mengakibatkan peningkatan biaya rumah sakit, karena terkait dengan insentif sumber daya manusia dan investasi peralatan canggih di dalamnya. Hal inilah yang memberatkan rumah sakit swasta yang hanya mengandalkan modal sendiri. Meskipun tarif *INA-CBG's* telah mempertimbangkan untuk mem-bedakan tarif antara rumah sakit swasta dan rumah sakit pemerintah, akan tetapi hal tersebut belum cukup untuk menutupi biaya-biaya yang muncul pada rumah sakit swasta

## SIMPULAN

Kelas rawat, lama rawat, tindakan, tingkat keparahan dan tipe rumah sakit mempunyai pengaruh yang signifikan terhadap selisih tarif antara *INA-CBG's* dan tarif rumah sakit.

### Saran

1. Peneliti selanjutnya agar dapat membahas rumah sakit dengan cakupan wilayah yang lebih luas.
2. Peneliti selanjutnya dapat menggunakan tarif BPJS Kesehatan yang terbaru. Peneliti selanjutnya dapat meneliti rumah sakit yang menggunakan metode selain *fee for service*.
3. Memperluas analisis dengan menambah menambah faktor lain yang dapat mempengaruhi tarif rumah sakit seperti penggunaan ICU, penggunaan alat bantu medis dan lain-lain.

## DAFTAR PUSTAKA

- Anthony, N. dan Vijay Govindarajan., 2005, *Management Control System*, Edisi Kesebelas, Salemba Empat, Jakarta.
- Ayu, Pujiyanto., 2014, *Analisis Perbandingan Antara Biaya Pelayanan Pasien Rawat Jalan dan Rawat inap berdasarkan tarif Rumah sakit dengan Tarif INA- CBG Pada Program Jaminan Kesehatan Nasional di RSUD Zahirah Bulan Pelayanan Januari hingga Mei 2014*, Program Studi Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta.
- Folland S., Goodman AC., dan Stano M., 2001, *The economics of health and health care*, Third edition, Prentice Hall, New Jersey.
- Indriyati, Didik, Arif., 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* 1(2):102-112.
- Ornek T, Tor M, Altin R, Atalay F, Geredeli E, Soylu O dan Erboy F., 2012, Clinical factors affecting the direct cost of patients hospitalized with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease, *International Journal Medical Science*. 9(40):285-290.

- Puspandari DA, Mukti AG, Kusnanto H., 2015, Faktor-faktor yang Mempengaruhi Biaya Obat Pasien Kanker Payudara di Rumah Sakit di Indonesia, *Jurnal Kebijakan Kesehatan Indonesia*, 4(3): 24-35.
- Putra PRS, Indar, Jafar N., 2014, Ability to Pay dan Catastrophic Payment pada Peserta Pembayar Mandiri BPJS Kesehatan Kota Makassar, *Jurnal Kesehatan*, 4(3): 283-290.
- Suningsih, Cici., 2013, *Studi Eksplorasi Variasi Biaya dalam Rangka Penetapan DRG's Kasus Cedera Kepala dengan Craniotomy di RSUD Tangerang Tahun 2002*, Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Jakarta.
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 51 Tahun 2018 tentang Pengean Urun Biaya dan Selisih Bayar dalam Program Jaminan Kesehatan
- Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 59 Tahun 2014 tentang standar Tarif Jaminan Kesehatan Nasional
- Undang – Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)
- Undang – Undang Nomor 44 Tahun 2009, tentang Rumah Sakit